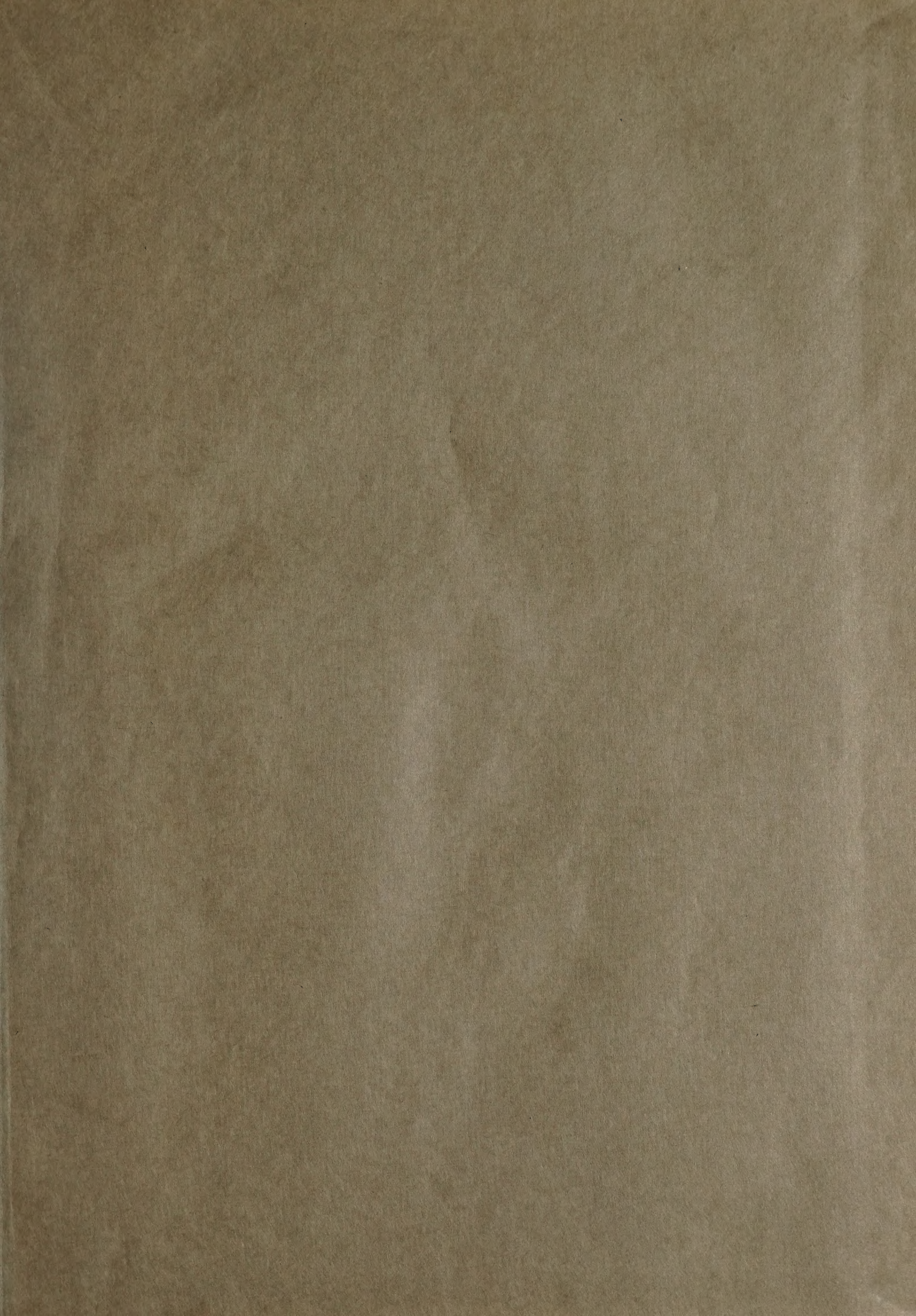
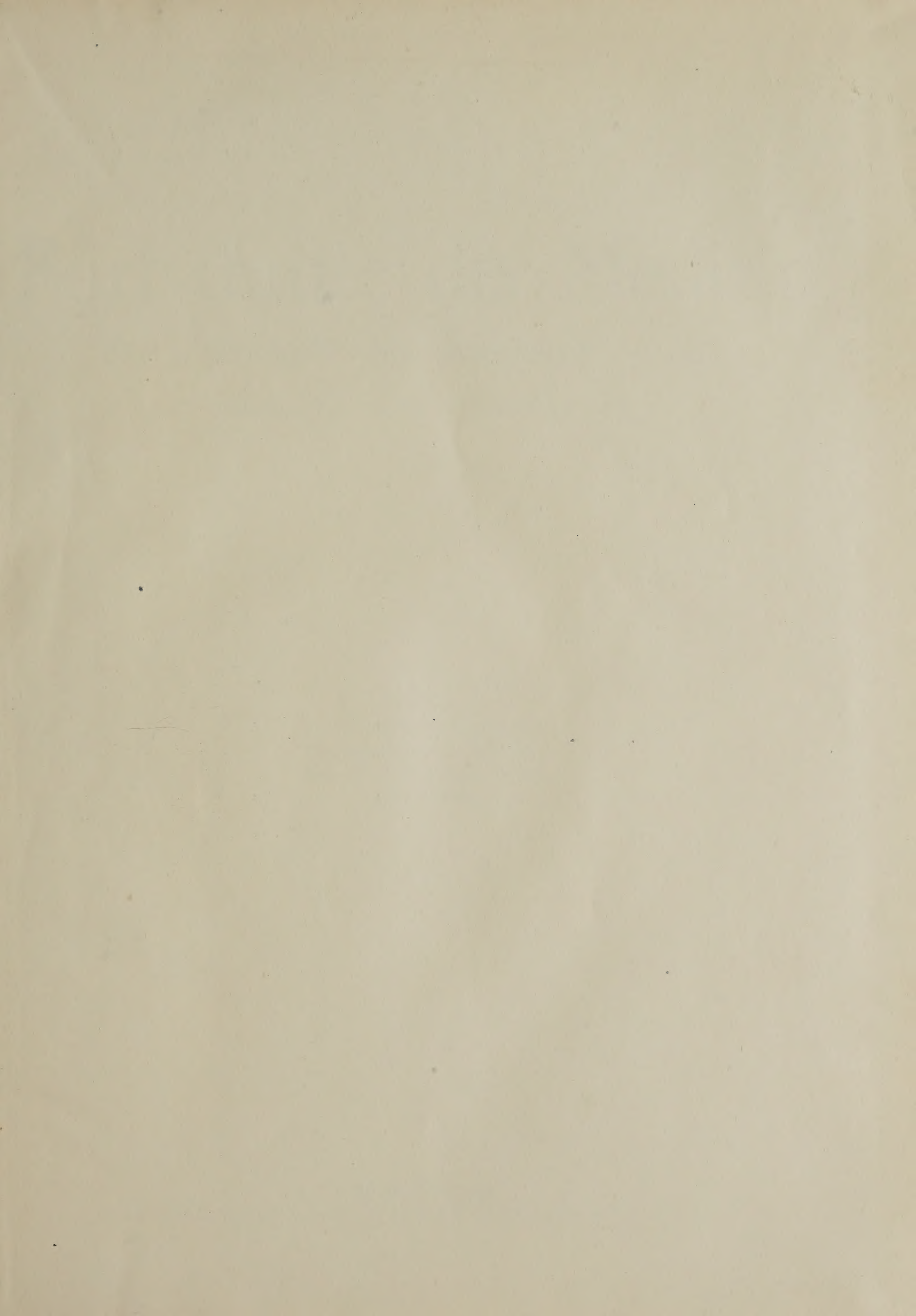
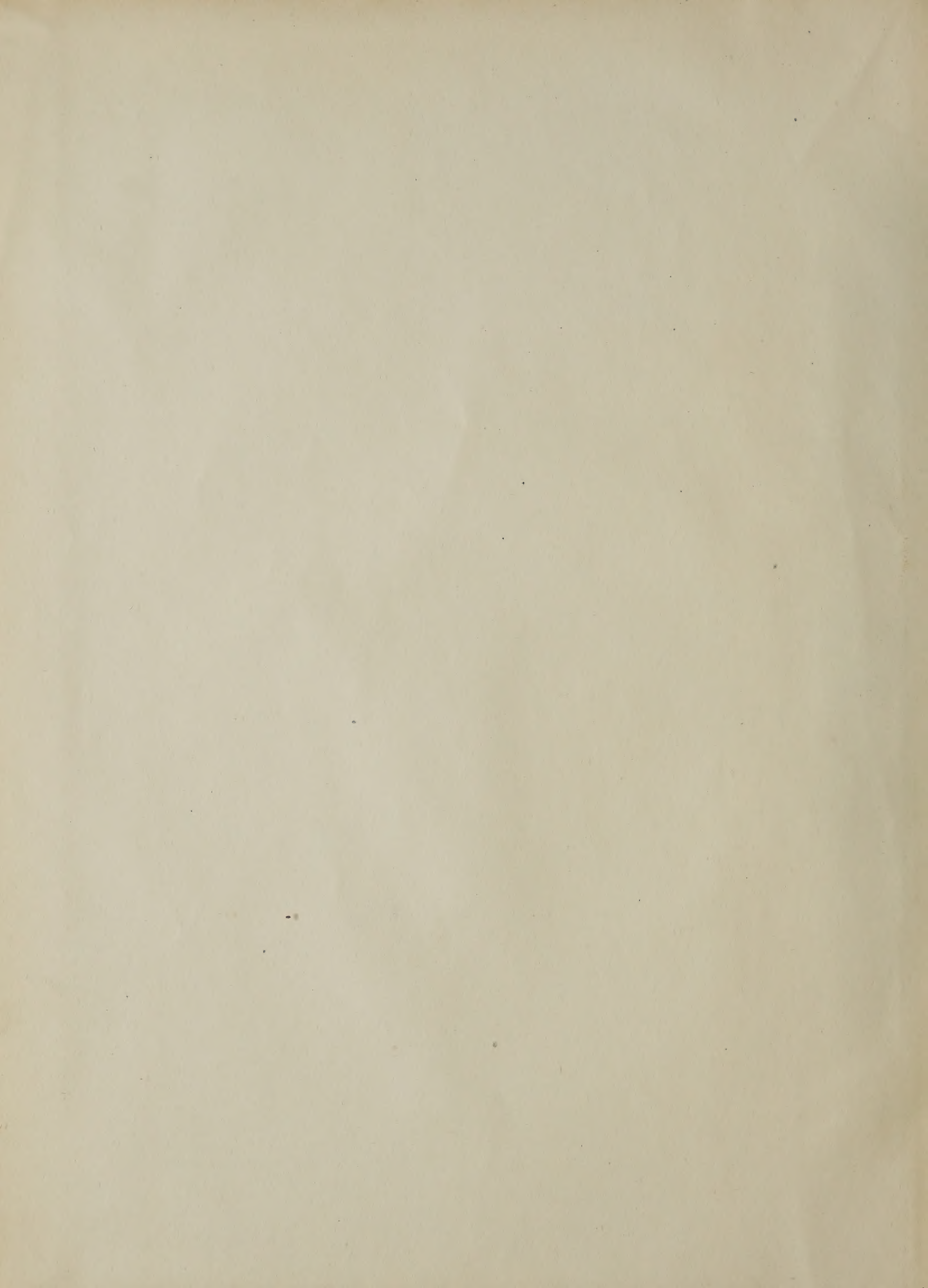










Fortschritte der Medizin

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER

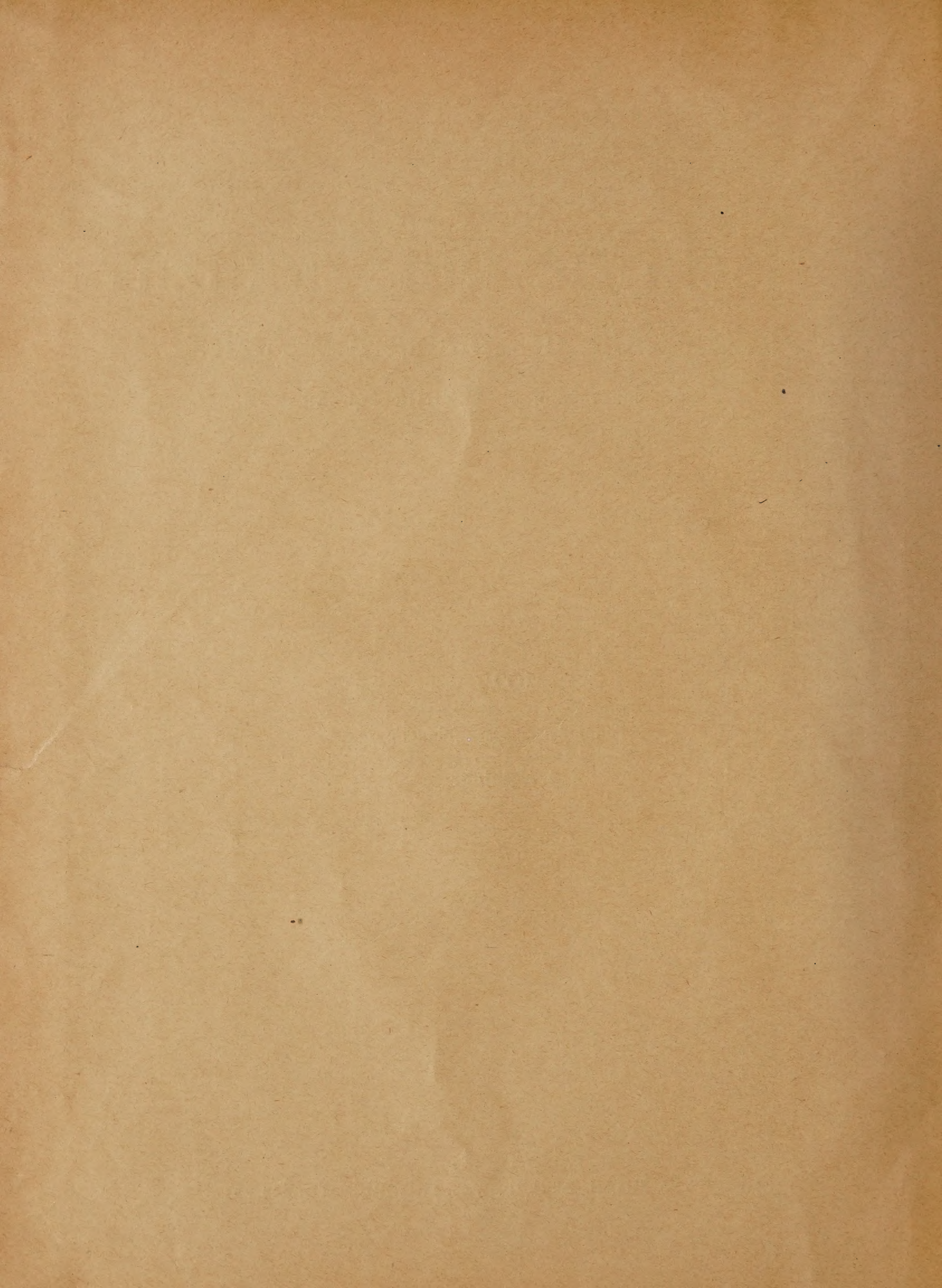
1927

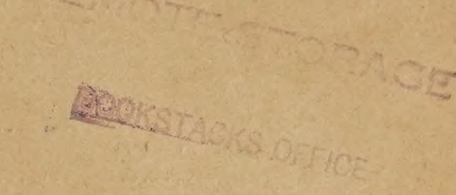
Fünfundvierzigster Jahrgang

2. Halbjahr

BERLIN 1927

VERLAG: HANS PUSCH, BERLIN SW 48, FRIEDRICHSTRASSE 231





Inhaltsverzeichnis

III. und IV. Quartal 1927

Originalmitteilungen.

Originalberichte von Kongressen und Versammlungen.

Medizinisch-rechtlicher Teil.

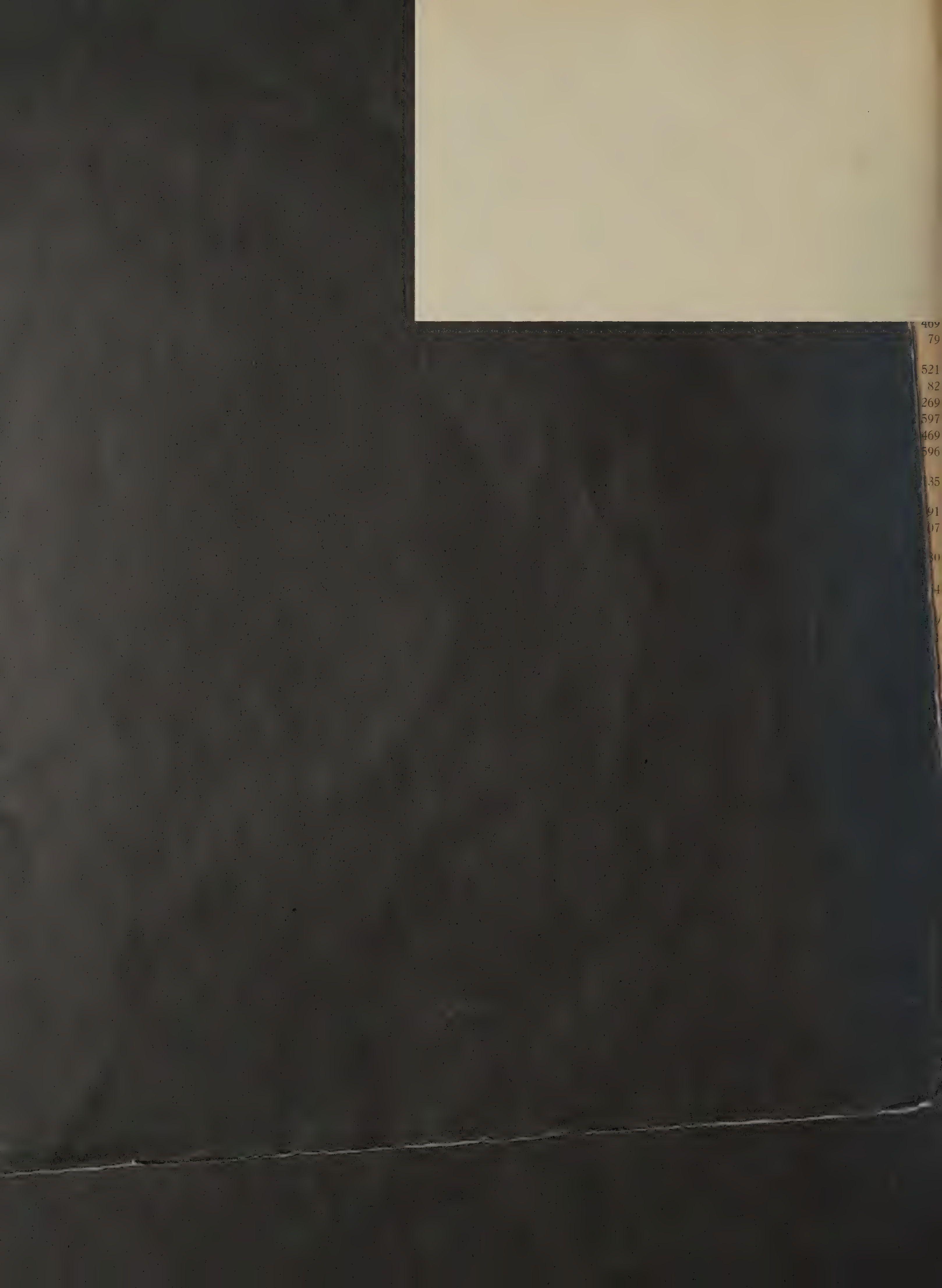
Von Dr. J. Frankfurter, Leipzig.

Referate.

siehe Sachregister.

Therapeutische Mitteilungen.

Index for heft 27--39 is in the back of the Vol.



Sachverzeichnis IV. Quartal

(Heft 40—52)

1927

O = Originalarbeit; T = Therapeutische Mitteilung; B = Buchbesprechung; R = Referat; C = Citat.

O = Originalarbeit; T = Therapeutische Mitteilung; B = Buchbesprechung; R = Referat; C = Citat.

O = Originalarbeit; T = Therapeutische Mitteilung; B = Buchbesprechung; R = Referat; C = Citat.

O = Originalarbeit; T = Therapeutische Mitteilung; B = Buchbesprechung; R = Referat; C = Citat.

O = Originalarbeit; T = Therapeutische Mitteilung; B = Buchbesprechung; R = Reierat; C = Citat.

Druck: Hans Pusch & Co., G. m. b. H.,
Berlin S 42, Oranienstr. 140/42.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
/erlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854
IUMMER 27 BERLIN, DEN 8. JULI 1927 45. JAHRGANG

Originalien.

Variation in der Koli-Gruppe.

Von
Dr. FRIEDRICH HODER, Berlin-Dahlem.

Das Bakterium coli comune nimmt in der Beziehung der 3akterien zum Menschen eine eigenartige Stellung ein. Es ist un-ennbar mit dem Darmtrakt des Menschen und Tieres verbunden nd führt scheinbar das Leben eines durchaus gutartigen Sapro-hyten. Aber eben leider nur scheinbar. Wir wissen heute genau, aß das Bakterium coli unter Umständen in einem mehr oder veniger bösartigen Krankheitserreger sich umwandeln kann, der die erschiedenartigsten Prozesse hervorruft, von harmlosen Abszessen is zu tödlichen Peritonitiden, von leichten Zystitiden bis zu den chwersten, oft tödlichen Erkrankungen der Harn- und Gallenwege, on einfachen Durchfällen, die weiter nicht beachtet werden, bis zu yphus- und paratyphusähnlichen Darmerkrankungen, die mit-nter sogar epidemischen Charakter annehmen können.

Dieser stets möglichen Verwandlungsmöglichkeit der Koli-azillen können wir so gut wie keine Abwehr entgegenstellen. Denn vir sind nicht imstande, unsere Darmkolis auf Pathogenität zu ontrollieren, ja wir müssen gestehen, daß es uns ungeachtet aller ortschritte der Bakteriologie oft genug nicht gelingt, den rsächlichen Erreger einer Darmerkrankung festzustellen. Wir appen gerade auf dem Gebiete der Darminfektionen und ihren Be-iehungen zu der Koligruppe auch heute noch im Dunkeln.

Gerade diese Verhältnisse haben aber die Forscher immer vieder veranlaßt, sich mit dem Koliproblem zu befassen, und auf xperimentellem Wege seiner Lösung näher zu kommen. Diese rbeiten führten zunächst zu Versuchen einer Systematik der Koli-tämme. Allein es zeigte sich bald, daß auch die dauernd verbesserte, noderne Untersuchungstechnik nicht in der Lage war, auch nur inigermaßen Ordnung in die Mannigfaltigkeit der Kolibakterien zu ringen. Ja im Gegenteil, die systematischen Untersuchungen haben ur die Lücken in unserer Untersuchungstechnik und Diagnostik auf-edeckt und die ganze Kompliziertheit der Kolifrage erst in ihrem anzen Umfange gezeigt.

Die große Verwandtschaft der Koligruppe mit den gemeinhin als phathogene Darmparasiten" bezeichneten Erregern des Typhus, 'aratyphus und der Dysenterie wurde bald erkannt und die Gruppe ls Koli-Typhus-Paratyphusgruppe zusammengefaßt. Die bakterio-ogische Diagnostik, die ja eine reinliche Scheidung zwischen Parasit nd Saprophyt zu einer erfolgreichen Arbeit dringend benötigt, schuf ine schematische Einteilung, die streng zwischen den typischen Er-egern der einzelnen Infektionskrankheiten unterscheidet. Diese Ein-eilung hat ihre Begründung in dem Zweck und Wesen der Diagnostik. Dagegen stößt sie in der Praxis auf zahlreiche Schwierig-eiten, die Zugeständnisse und Krompromisse nötig machen, und sie ft in die größte Verlegenheit bringen.

Jedem, der mit der Arbeit einer bakteriologischen Unter-uchungsanstalt einigermaßen vertraut ist, ist das häufige Versagen er Technik bei der Diagnose atypischer Keime der Typhus-Koli-ruppe zur Genüge bekannt. Dieses Versagen ist in einer Fähigkeit er gramnegativen Stäbchen der pathogenen wie apathogenen Darm-ora, der Mutation begründet.

Die Mutation ist eine Erscheinung, die wir bei allen Bakterien beobachten können. Bei keiner Form spielt sie aber eine so große Rolle wie beim Bakterium coli.

Seit den grundlegenden Versuchen Baertheleins beschäftigten sich viele Autoren mit dieser äußerst interessanten Erscheinung. Es zeigte sich, daß die Bakterien der Koligruppe sehr wenig stabil sind. Sie sind gegenüber äußeren wie inneren Einflüssen bekannter und unbekannter Art insofern sehr empfindlich, als sie leicht ihre kulturellen und biologischen Eigenschaften ändern, oft in so weitgehendem Maße, daß äußerlich kaum noch Beziehungen zu den Ausgangsstämmen zu bestehen scheinen. Diese neuen Formen (Varianten), sind oft sehr stabil. Die veränderten Eigenschaften sind erblich fixiert und erhalten sich durch ungezählte Generationen unverändert. Oft geht aber die Mutation weiter, das heißt, es werden immer wieder neue Formen abgespalten oder es kommt zur Bildung von sogenannten Rückschlägen, die wieder ganz den unveränderten Ausgangsformen entsprechen.

Wir beschäftigten uns eingehend mit dem Studium der Mutation bei den gramnegativen Stäbchen des Darmtraktes, vor allem bei Vertretern der Koligruppe. Als Mittel zur Herstellung von Varianten wählten wir teils die von anderen Autoren angegebenen Wege, wie alternde Kulturen, Halten der Bakterien unter schlechten Lebensbedingungen u. ähnl. Daneben griffen wir aber auch noch zu anderen Mitteln, unter anderem zu dem D'Herellschen Agens, dem Bakteriophagen. Die genauen Versuche sind in einer Reihe größerer Arbeiten niedergelegt. Wir beschränken uns hier auf eine zusammenfassende Uebersicht unter besonderer Berücksichtigung der Möglichkeit der Umwandlung von Bakt. coli comune in Paratyphus und paratyphusähnliche Bakterien.

Wir konnten feststellen, daß im allgemeinen die Zahl der möglichen Varianten zwar sehr groß ist, daß aber die Bakterienzelle auf verschiedene Reize oft mit der Bildung identischer Mutationsformen antwortet. Wir konnten dies bei Koli, Paratyphus B und Typhus beobachten. Im ersten Falle wurden aus alternden Kulturen, also spontan entstandene Varianten gezüchtet, die sich mit den Mutationsformen, die durch Bakteriophagenwirkung entstanden waren, als identisch erwiesen. Bei Paratyphus waren durch Einwirkung von Chloramin die gleichen Formen entstanden, wie durch Bakteriophagenwirkung. Dasselbe gilt für die Typhusvarianten.

Die Mutation geht nun nicht immer in der Weise vor sich, daß die Bakterien zwar gewisse Eigenschaften, die der Gruppe eigentümlich sind, verlieren, aber auch weiterhin als mehr oder weniger typische Vertreter ihrer Art erscheinen. In vielen Fällen ist dies wohl das regelmäßige Verhalten. Aber ein gewisser, nicht unerheblicher Prozentsatz zeigt teils durch Verlust ursprünglich vorhandener, teils aber auch durch Neuerwerbung fermentativer Fähigkeiten ein Verhalten, das die Keime von den Ausgangsformen scharf trennt, und sie entweder eine Zwischenstellung zwischen gewöhnlichem Coli comune und den pathogenen Vertretern der Paratyphusgruppe einnehmen oder sie scheinbar als Paratyphen erscheinen läßt.

Wir konnten durch die Wirkung eines Bakteriophagen aus einem vollkommen einheitlichen, durch Jahre kulturell und biologisch stabilen Kolistamm nicht weniger als 40 Variationsformen züchten, die sich als relativ stabil erwiesen. Alle waren theoretisch von Interesse, besonders fielen aber einige Keime auf, die sich durch ihr vollkommen verändertes kulturelles Verhalten der Reihe der Paratyphen näherten.

Der Ausgangsstamm zeigte das bekannte, typische Verhalten gegenüber den gebräuchlichen Zuckernährböden. Sine Vergärungs- und Säurebildungsfähigkeit war vollkommen charakteristisch, während vier Stämme, die durch die Wirkung eines Bakteriophagen innerhalb 24 Stunden entstanden waren, sich wie paratyphusähnliche Keime verhielten, Milchzucker nicht mehr vergärten, und äußerlich durch nichts an Koli erinnerten. Einer der Stämme zeigte kulturell vollkommen das Verhalten eines Paratyphus.

Keime, wie wir sie auf künstlichem Wege erhielten, sind in der Natur sehr häufig. Sowohl in Stühlen gesunder wie darmkranker Menschen, aber auch bei Tieren, weiter sehr häufig in Wässern kann man sie leicht finden. Der Nachweis der Pathogenität kann, da uns leider kein Tier, das für Paratyphus B empfindlicher wäre als für Koli, zur Verfügung steht, schwer geführt werden. Man kann lediglich Analogieschlüsse ziehen, und diese berechtigen uns allerdings, den Keimen unter Umständen pathogene Wirkung zuzuschreiben (B a r i k i n, K l ü c h i n u. v. a.).

Wir selbst konnten über zwei Fälle von schweren Erkrankungen berichten, die durch paratyphusähnliche Keime hervorgerufen wurden. Einer endete letal, während der andere eine kleine lokale Epidemie von benignem Charakter verursachte (H o d e r und S i n e k).

Um den Beweis der Abstammung paratyphusähnlicher Keime, die lediglich durch den Mangel einer spezifischen Agglutination von typischen Vertretern der Paratyphusgruppe abwichen, vom Bakt. coli comune zu erbringen, war es notwendig, Rückschläge zu den vermutlichen Ausgangsstämmen zu erzielen. Das ist uns in einigen Fällen teils spontan aus alternden Agarkulturen, teils mittels der Einwirkung von Bakteriophagen gelungen. In beiden Fällen wirkte der Reiz mutationsfördernd und rief Rückschläge, die in ihrem Verhalten gewöhnlichem Koli entsprachen, hervor. Daß die Rückverwandlung nur in einzelnen Fällen gelingt, scheint eine Folge der verschiedenen Stabilisierung der Varianten zu sein. Wenn die neuen resp. umgewandelten Eigenschaften restlos im Keimplasma fixiert sind, also der ganze Organismus von Grund aus umgestimmt ist, ist der Mutationsvorgang, der durch irgendeinen Reiz, meist wohl durch die Aenderung des Milieus, verursacht wurde, endgültig zum Stillstand gekommen, und es ist erheblich schwieriger, die neue Form wieder in einen labilen Zustand zurückzuversetzen. Auf diese Weise dürften die verschiedenen paratyphusähnlichen Wasserkeime entstanden sein, die sich in vielen Wässern, selbst in Wasserleitungen finden und vielfach ohne Schaden genossen werden. Daß die Kolibakterien im Darme, wo sie unter Einflüssen stehen, die uns in ihrer Gesamtheit nicht annähernd bekannt sind, zu Mutationen neigen, beweisen die Stuhlplatten, auf denen sich mutierende Kolistämme häufig finden. Daß auch die Bakteriophagen, deren eigentliche Fundstätte ja der Darminhalt darstellt, daran beteiligt sind, darf wohl als sicher angenommen werden.

Auch die Agglutination, die als letztes Kriterium bei der Bestimmung eines paratyphusverdächtigen Keimes in Betracht kommt, läßt durchaus nicht immer einen sicheren Schluß auf die Zugehörigkeit eines Bakteriums zu einer bestimmten Gruppe zu. Das beweisen die zuerst von K u h n und W o i t h e erhobenen Befunde. Die Autoren konnten nachweisen, daß sonst typischer Koli unter Umständen in den Immunseris pathogener Keime bis zu relativ hohen Verdünnungen ausgeflockt werden kann. Diese Beobachtungen wurden von verschiedener Seite bestätigt und vielfach ergänzt. Wir konnten durch unsere Untersuchungen den Beweis erbringen, daß es sich bei der sogenannten Paragglutination um ein Mutationsphänomen handle, das durch verschiedene äußere Einflüsse künstlich herbeigeführt werden kann. So zeigen zum Beispiel einige unserer durch Bakteriophagenwirkung gewonnenen Kolivarianten in den Seris verschiedener menschenpathogener Paratyphen bis zur Titergrenze eine deutliche bis komplette Agglutination, die ganz das Bild einer spezifischen Ausflockung bot, während doch die Stämme selbst kulturell dem normalen Ausgangsstamm entsprachen. Umgekehrt führen äußere Einflüsse oft zur Bildung inagglutinabler Formen, aus ursprünglich agglutinierenden Stämmen (bei Typhus, Paratyphus und Ruhrbakterien). Findet man einen solchen Keim im Wasser, im Stuhle eines Patienten oder in irgendeinem anderen Medium, so ist es klar, daß man ihn nach Belieben für einen paratyphusähnlichen Koli halten kann, ihn in die Verlegenheitsgruppe Parakoli einreihen oder endlich ihn als atypischen Paratyphus bezeichnen kann. Diese Zwischenglieder zwischen scheinbar eindeutig bestimmten Gruppen, entziehen sich unserer mangelhaften Systhematik und bleiben vielfach unerkannt und unberücksichtigt. Es sei uns gestattet, hier einen Befund anzuführen, den wir an einer Shigavariante, die durch Einwirkung von Karbolsäure gewonnen wurde, erheben konnten. Diese Mutationsform verhielt sich in ihren sonstigen Eigenschaften ziemlich typisch, hatte aber das Agglutinationsvermögen im Eigenserum vollkommen eingebüßt, dagegen die Fähigkeit gewonnen, im Serum der Paratyphen B und β bis zueiner Verdünnung 1:2000 zu agglutinieren. Angenommen, der Keim würde im Stuhle eines Kranken gefunden und von einem unbefangenen Beobachter untersucht, so würde der betreffende Bakteriologe wohl nicht zögern, ihn als atypischen Paratyphus zu bezeichnen und damit eine Fehldiagnose stellen.

Wir wollen einen weiteren Befund anführen, der geeignet ist, einen Einblick in die Uebergänge von Coli zu Paratyphus oder wenigstens zu Keimen, die echtem Paratyphus außerordentlich nahestehen, zu beleuchten. Wir züchteten aus dem Stuhle eines Patienten, der mit der Diagnose Typhus abdom. an einer internen Klinik lag, einen Keim, der ganz einem der beschriebenen paratyphusähnlichen Bakterien entsprach. Er agglutinierte in keinem Paratyphusserum und zeigte auch nicht die für Paratyphus B typische Bildung von Schleimwällen. Einige Monate später wies der Stamm eine deutliche Wallbildung der Kolonien auf, wurde aber auch jetzt weder vom B noch vom β-Serum beeinflußt. Er glich also jetzt einem inagglutinablen Paratyphus B. Bei einer dritten Untersuchung, die wiederum nach einigen Monaten vorgenommen wurde (der Stamm wurde in der Zwischenzeit in einer Stichkultur aufbewahrt) zeigte sich plötzlich ein überraschendes Bild. Es wuchsen im Ausstrich auf der Agarplatte dreierlei Kolonien. Die einen entsprachen der wallfreien Ausgangsform, wie sie aus dem Stuhle gezüchtet worden war. Die zweiten waren Kolonien vom Typus des Paratyphus B und die dritten endlich erwiesen sich als gewöhnlicher Koli, dem lediglich die Fähigkeit der Indolbildung fehlte. Der wallbildende Stamm entsprach nun auch serologisch vollkommen einem Paratyphus B. Es scheint also hier ein Fall vorzuliegen, der deutlich für die Herkunft des Paratyphus B vom Bakterium coli comune spricht.

Wir sind auf Grund der Versuche verschiedener Autoren und auf Grund unserer eigenen Untersuchungen der Ansicht, daß eine Umwandlung von Bakt. coli comune in Formen, die kulturell und biologisch der Paratyphusgruppe angehören, in der Natur häufig vorkommt. Inwieweit diese Formen pathogen sind, entzieht sich dem experimentellen Nachweis, da uns kein Tier zur Verfügung steht, bei dem der menschenpathogene Paratyphus ein der menschlichen Erkrankung auch nur annähernd ähnliches Krankheitsbild zu erzeugen imstande wäre, und weil überdies eine große Zahl der gefundenen, als Paratyphus diagnostizierten Bakterien nicht ohne weiteres als pathogen bezeichnet werden kann und endlich, weil die Virulenz der Bakterien gewissermaßen eine Resultierende darstellt, deren Komponenten uns vollkommen unbekannt sind.

Kongreß-Berichte.

Bonn, 20. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. 8. bis 12. VI. 1927.

Berichterstatter: Dr. v o n S c h u b e r t,
Assistent an der Frauenklinik der Charité (Berlin).

Auf der letzten Tagung in Wien hatte man beschlossen, das nächste Mal in Bonn zusammenzukommen, um in dieser durch die Besetzung so schwer geprüften Stadt durch eine machtvolle Kundgebung das Deutschtum zu stärken. Die Tagung in der inzwischen befreiten Stadt hat auch entschieden in diesem Sinne gewirkt, wenn auch auf diesen Punkt kaum besonders hingewiesen wurde und der Kongreß sich sofort an die sachliche Arbeit machte, die ungeheure Fülle von Vorträgen (weit über 100) zu bewältigen. Erschwert wurde die Teilnahme an den Sitzungen durch die erstaunlich schlechte Akustik des Beethoven-Saales, in dem viele Redner völlig unverständlich blieben. Ein Hauptthema war nicht vorgesehen, die Vorträge aber nach verwandtem Inhalt in Gruppen gebracht worden. Es kann nicht die Aufgabe des vorliegenden Referats sein, über jeden einzelnen Vortrag zu berichten, zumal ein nicht geringer Teil der Gegenstände bereits vorher in dieser oder jener Form veröffentlicht war; es muß genügen, den ungefähren Gang der Verhandlungen zu schildern und Unwichtigeres zugunsten der markantesten Aeußerungen zurücktreten zu lassen.

Eine Gruppe von Vorträgen befaßte sich im **allgemeinen anatomisch-physiologischen Fragen.** K r a u l (Wien) untersuchte die A b -

ängigkeit von Nervensystem und Eierstock, wobei er Eireifung und Follikelwachstum auf Einflüsse des autonomen, ie Funktion des Corpus luteum und die Hemmung des Follikelachstums auf Reize des sympathischen Nervensystems zurückihrte. Adrenalin- und Pilokarpininjektionen hindern den Eintritt des estrus; nach Adrenalin fehlt die Follikelreifung, nach Pilokarpin berstürzte Follikeltätigkeit und keine Bildung von Corpora lutea. - Kok (Halle) untersuchte die pharmakologische Beeinlussung der Eileitermuskulatur, wobei Pilokarpin stets ine Kontraktion an beiden Enden des Eileiters auslöst, wogegen drenalin nur an der ampullären Ring- und Längsmuskulatur unter ewissen Umständen eine reine Erschlaffung bewirkt. Die Menruationswelle hat auf dieses Kräftespiel einen deutlichen Einfluß. - Schmid (Reichenberg) studierte die Blutgruppenverältnisse, wobei ein Zusammenhang zwischen bestimmten Konitutionstypen und Karzinom mit der Blutgruppenzugehörigkeit sich icht einwandfrei feststellen ließ. — Heim (Tübingen) berichtete ber weitere Explantationsversuche mit menschlichen Geweben und Geschwülsten. So wurde menschliche Uterusschleimhaut allen Stadien und Phasen explantiert und häufig membranartiges Vachstum erzielt. Menstruelle Schleimhaut wuchs im Explantat nur, venn auch die Basalzellen in die Kultur gelangten. Wichtigkeit ieser Untersuchungen für die Frage des ektopischen Wachstums erschleppter Endometriumteilchen. — Grodel (Dresden) beschrieb inen neuen Apparat zur äußeren Wehenmessung, velcher zur pharmakologischen Prüfung von Wehenmitteln nützliche nwendung verspricht. — Knaus (Graz) untersuchte das Veralten der Uterusmuskulatur während der chwangerschaft am Meerschweinchenuterus, wobei er eine llmähliche Steigerung der Kontraktilität während der ganzen chwangerschaft fand, so daß die Geburt schließlich nur den letzten chritt einer fortlaufenden Entwicklung darstellt, was an besonders chönen Kurven demonstriert wird. — Haupt (Köln) fand das linutenvolumen in der Gravidität erhöht, im Wochenett um 28% vermindert. — E. Straßmann (Berlin) berichtet über eitere Blutdruckuntersuchungen. Fast ein Drittel aller chwangeren zeigt am Ende der Zeit eine geringe Zunahme, im Vochenbett haben 80% einen Abfall unter 110 mm. Die stärksten enkungen zeigen sich zwischen dem 5. und 10. Wochenbettstage. — unge (Kiel) untersuchte den Nabelschnurkreislauf und ie osmotischen Verhältnisse der Sulze und der Ammonionscheide. - Beruti (Buenos Aires) berichtet über neue Registrieriethoden der fetalen Herztöne mit Hilfe radioelektrischer pparate, wodurch dieselben mit einem Lautsprecher einem zahleichen Auditorium zu Gehör gebracht werden können. — Frau choenhoff (Prag) spricht über Geburtenregelung und ält die Gynäkologen für berufen, das Publikum mit Präventivmaßahmen bekannt zu machen. Sie glaubt, damit die Abortseuche einämmen und eine positive Geburtenregelung erreichen zu können. — . Mikulicz-Radecki (Berlin) demonstriert ein von . Freund konstruiertes Uteroskop und zeigt damit geonnene Bilder. In einem Falle gelang auf diesem Wege die Sondieıng der Tube; außerdem ist es möglich, unter Kontrolle des Auges e Tubenmündung durch Elektrokoagulation zu veröden. — Gauß Würzburg) zeigt ebenfalls schöne Bilder, welche mit einem anderen teroskop gewonnen wurden, namentlich aus dem puerperalen terus.

Behandlungsmethoden und Krankheitsbilder. Wolff (Hannover) at von den Sächsischen Serumwerken eine Vakzine mit ebenden Gonokokken machen lassen, wovon im Kubikzentieter 8 Milliarden enthalten sind. Von größtem Interesse ist, daß ese Gonokokken Kälte und Temperatur bis 45% gut überstehen, odurch die von vielen Seiten versuchte Hitzetherapie der Genorioe hinfällig wird. Er hat 250 Injektionen ausgeführt, nie eine etastasierung gesehen, einige Fälle von harmlosem Hautausschlag. ijiziert wird subkutan oder intramuskulär, mit der Absicht, einen kalen Abszeß zu erregen, wobei die Gonokokken an der Einstichelle bis zu 14 Tagen leben bleiben. Für frische Fälle nicht gegnet, für chronische Fälle oft ausgezeichnet. — Benthin (Königserg) weist darauf hin, daß bei Greisinnen außer dem Karzinom t Blutungen entstehen durch gutartige Polypen, Gefäßveränderungen, Schleimhautatrophie und entzündliche Erkrankungen. — öhne (Greifswald) spricht über die Bauchwandneuralgie s typisches Frauenleiden und ihre Erkennung an typischen Druckınkten im Ausbreitungsgebiet des 12. Brust- und 1. Lendensegents. — Albrecht (München) weist darauf hin, daß diese Hyperensibilität auch nach Art der Headschen Zonen auf Tiefenerkrangen beruhen kann. — Leixl (München) zeigt schöne Bilder der lase und des Nierenbeckens in Röntgendarstelıng bei Anwesenheit von Tumoren mit Verdrängungsscheinungen. — P. Straßmann (Berlin) empfiehlt ein neues esinfektionsverfahren der Hände. Nach Abwaschen it sterilem Wasser werden die Hände mit pulverisierter Borsäure earbeitet, wobei für alle Beteiligten zusammen etwa 2½ Pfd. erforderlich sind. Die Hände werden weich und glatt, man spart den Alkohol und vermeidet giftige Mittel. — Nürnberger (Halle) verfolgte täglich nach Operationen die Gerinnungsfähigkeit des Blutes, die er in einer Gruppe von Fällen bald, in einer anderen Gruppe später verstärkt fand. — Walthard (Zürich) demonstriert im Film Turnübungen, welche systematisch von allen Operierten und Entbundenen unter Leitung einer Turnlehrerin im Bett ausgeführt werden. Unter 20000 Geburten nur eine Embolie. — Heynemann (Hamburg) spricht über primäre Genitaltuberkulose, deren Vorkommen er für durchaus möglich hält. Nur der anatomische Beweis ist gültig, wobei bei der Sektion dem Verhalten der regionären Lymphdrüsen Beachtung zu schenken ist. — Wagner-Hohenlobbesse (Dresden) bespricht die Richtlinien der Frauengymnastik, deren Besonderheit spezielle Kenntnisse verlangt, über welche der Sportarzt verfügt. — Wiegels (Schwerin) spricht über die Geschichte und Wichtigkeit der rhythmischen Gymnastik. Geräteübungen sind für Frauen meistens unzweckmäßig. Es kommt auf den Wechsel von Spannung und Entspannung an, hauptsächlich ist der Beckengürtel zu berücksichtigen.

Einige Vorträge befaßten sich mit der **Narkose.** Franken (Freiburg) sprach über die Narkosewahl. Jedes Mittel hat seine Vorteile und Nachteile. Manchmal ist eine Kombination das Beste. Man muß individualisieren und sich von äußeren Umständen unabhängig machen. Wichtig ist die Kohlensäureverabreichung, deren Anwendung in Amerika schon sehr verbreitet ist. Das Atmungsvolumen kann dadurch auf das Zehnfache gesteigert werden. Im Beginn der Narkose läßt sich ohne Exzitation in 4 bis 6 Minuten eine gute Aethervollwirkung erzielen. Am Ende der Narkose beschleunigt das Mittel die Ausscheidung des Narkotikums aus dem Kreislauf. Ein einfacher Apparat erlaubt, das Verfahren überall anzuwenden. Ein besonderer Apparat ermöglicht die Anwendung der verschiedensten Verfahren wie Tropfnarkose mit oder ohne Sauerstoff, Azetylen, Stickoxydul, Kohlensäure usw. Ueberdruck bis 20 cm Wasser ist leicht anzuwenden. Gegen die Explosionsgefahr des Narzylens wurden verschiedene Mittel erprobt. — Gauß (Würzburg) teilt einen zweiten Narzylentodesfall mit. Die Ursache Bildung von Norzylenkupfer, welches explosiv ist. Durch Verwendung von Bronze soll dies vermieden werden. — Polano (München) spricht über Rektalnarkose mit E. 107 und berichtet über eine Reihe von Todesfällen an verschiedenen Kliniken. Er selbst hat unter 260 Fällen das Verfahren ohne bedrohliche Nebenerscheinungen durchgeführt. Er begnügt sich mit 0,1 g pro Körperkilogramm und fügt für größere Eingriffe Aethernarkose hinzu. Besonders geeignet ist der erzielte Dämmerschlaf zur Demonstration von Kranken im Unterricht. — Hammerschlag (Berlin) hat ebenfalls 100 Fälle mit E. 107 ohne Todesfall narkotisiert und empfiehlt das Verfahren für besondere Fälle.

Fraenkel (Breslau) zeigt im Film eine neue Operation, die Ventrosuspension der Vagina, wobei das vordere Scheidengewölbe an der Bauchwand fixiert wird. — Einen Höhepunkt der Tagung bildeten eine Reihe von Vorträgen über das **Karzinom des Uterus.** Stoeckel (Berlin) demonstriert im Film die von ihm modifizierte Schauta-Staudesche Operation zur vaginalen Radikalexstirpation. Er macht einen doppelseitigen großen Schuchardt-Schnitt, eine gründliche Infiltration der Parametrien mit Novokain, Adrenalin. Außerdem bestrahlt er vor der Operation mit Radium, nachher mit Röntgenstrahlen. Unter 206 Fällen primär gestorben = 4,8%. 20 Fälle liegen 4 Jahre zurück, davon 10 gesund = 50%. Die Radiumbehandlung soll 6 bis 8 Wochen vorher erfolgen, damit sich die Krater reinigen. Die karzinomkranke Frau sollte möglichst einer monatelangen Sanatoriumsbehandlung unterzogen werden, zur Hebung ihrer Kräfte. — Peham (Wien) bemerkt, daß er schon an 1300 Fällen die Adrenalisierung der Parametrien seit vielen Jahren macht; 2 Paravaginalschnitte hält er nicht für nötig. — Halban (Wien) macht überhaupt keinen Schuchardt-Schnitt, sondern arbeitet sich durch zwei Scheidenschnitte nach den Seiten. — Wille (Berlin) fand in 159 Fällen der Wertheimschen Operation 38mal Karzinom in den Iliakaldrüsen. Von diesen Frauen lebten nach 5 Jahren noch 11 = 30%, woraus die Wichtigkeit der Entfernung dieser Drüsen hervorgeht. — Bracht (Berlin) vergleicht die Dauerresultate von Döderlein und Eymer durch Strahlenbehandlung mit den Zahlen von Franz bei der Wertheimschen Operation. Er betont die Wichtigkeit des Begriffs der Operabilität. — Katz (Wien) betont die besonders schlechte Prognose der Zervixhöhlenkarzinome mit intakter Portio. — A. Döderlein (München) bespricht sein einzigartiges mit Strahlen behandeltes Karzinommaterial von 1860 Fällen, von denen 1260 schon 5 Jahre zurückliegen. Die absolute Heilung beträgt über 14%; der Einfluß äußerer Faktoren wie Geldentwertung und Zusammenströmen eines besonders schweren Materials ist an Kurven deutlich abzulesen. — Kupferberg (Mainz) berichtet über gute Erfolge beim Karzinom mit der Mesothorium-

spickmethode. Von Wichtigkeit scheinen ihm auch die α- und β-Strahlen ungefilterter Präparate; auch die überweiche Röntgenstrahlung nach Bucky kann für geeignete Fälle von Wichtigkeit werden. — Lahm (Chemnitz) spricht über den Vorgang der Karzinomvernichtung beim bestrahlten Kollumkarzinom. Er glaubt, daß eine Säurebildung in der Zelle eine Rolle spiele. Man sieht Massendegeneration ganzer Krebszapfen, auch ganz ohne Beteiligung von Leukozyten. Aehnlichkeit mit dem anaphylaktischen Schock. — Thieß (Leipzig) berichtet weiter über Injektionsbehandlung mit Karzinomextrakten. — Mansfeld (Budapest) sah mit dem Verfahren keinerlei Heilung, dagegen mehrfach Impfmetastasen an der Injektionsstelle. — Pankow (Freiburg) will das Kollumkarzinom erst vollkommen bestrahlen und dann operieren. — Seitz (Frankfurt) teilt mit, daß Amerika und Frankreich ganz zur Bestrahlung des Kollumkarzinoms zurückgekehrt sind; das KoKrpuskarzinom hat bei der Operation bessere Chancen. — Martius (Göttingen) betont die Wichtigkeit der Anwendung von nicht zu großen Radiumdosen beim Karzinom; man soll die Frauen so lange wie möglich im Krankenhaus behalten.

Einen weiteren Höhepunkt der Tagung bildete eine Gruppe von Vorträgen über die **innere Sekretion.** Biedl (Prag) definiert die Brunsteinheit. In einem kg frischen Ovars etwa 300 Einheiten. Er hält es nicht für erwiesen, daß die Theka das Hormon erzeugte, sie könnte auch ein Speicherungsort sein. Er hat ein Präparat „Hormovar" in den Handel gebracht, wovon eine Ampulle 3—5 Mäuseeinheiten enthält. Für Frauen ist die richtige Dosierung die Menge von 3 Mäuseeinheiten. Man soll möglichst in der Mitte des Intervalls an 3—5 aufeinanderfolgenden Tagen täglich 3 Einheiten spritzen. In anderen Fällen längere Zeit hindurch jeden zweiten Tag eine Injektion. Gute Erfolge bei Amenorrhoe, Linderung der klimakterischen Beschwerden, Herbeiführung von Gravidität. Peroral bei der Maus kein Oestrus herbeizuführen. Dagegen bei Frauen bei peroaler Darreichung oft Linderung der klimakterischen Beschwerden. — Das Corpus luteum enthält eine brunsthemmende Substanz, wenn auch deren Reindarstellung noch nicht gelungen ist. — Die Hoden enthalten eine brunsthemmende Substanz, wie der Symbioseversuch von männlichen und weiblichen Ratten zeigt. Ebenso die Thyreoidea. — Einwirkung des Vorderlappens der Hypophyse auf den Oestrus wird bestätigt. Auf die männliche Keimdrüse wirkt die Hypophyse hemmend. — B. Zondek (Berlin) spricht über die Beziehungen von Ei und Hormon. Wenn sämtliche Eier durch Röntgenstrahlen außer Funktion gesetzt werden, wie es v. Schubert durchgeführt hat, geht der hormonale Brunstzyklus trotzdem monatelang weiter, während histologisch kein einziges intaktes Ei vorhanden ist. Also kann das Ei das Hormon nicht beherrschen. — Umgekehrt beherrscht auch das Hormon das Ei nicht, da man durch parenterale Zufuhr von Hormon das infantile Tier brünstig machen kann, ohne daß im Ovarium eine Eireifung zustande kommt. Endlich kann man durch Thalliumfütterung den Brunstzyklus zum Verschwinden bringen, während histologisch im Ovarium sich vollreife Eier finden. Diese reifen Eier können aber das Hormon nicht in Gang bringen. Aus alledem geht hervor, daß weder das Ei das Hormon beherrscht, noch umgekehrt. Beide sind koordiniert und werden gesteuert vom Hormon des Hypophysenvorderlappens, welches in den follikulären Zellen die Entstehung des Hormons bewirkt und das Ei zur Reife bringt. — Aschheim (Berlin): Hormon und Schwangerschaft. Das Ovarialhormon findet sich in geringen Mengen in der Milch der Wöchnerinnen in den ersten Tagen des Wochenbetts. Das Hypophysenvorderlappenhormon ließ sich in der Tubenschleimhaut der Schwangeren nachweisen. Die Hauptuntersuchung betrifft die Ausscheidung der beiden Hormone im Harn. Der Harn enthält am ersten Tage post partum etwa 1000 Einheiten Ovariolhormon und auch große Mengen Vorderlappenhormon. Fortlaufende Untersuchungen schwangerer Frauen zeigten das Ovarialhormon vom 5. Monat, das Hypophysenvorderlappenhormon aber bereits in der 5. Woche im Harn, wo es durch Tierversuche nachweisbar ist. Durch große Reihenuntersuchungen wird sich zeigen, ob hier ein Schwangerschaftsdiagnostikum gefunden ist. — Joseph (Berlin) berichtet über klinische Beobachtungen und Stoffwechseluntersuchungen nach Injektion des wasserlöslichen Ovarialhormon Follikulin. Histologische Kontrolle der Uterusschleimhaut vor und nach der Injektion. In 20 Fällen klinische Erfole. In einigen Fällen nach jahrelanger Amenorrhoe nach 6wöchentlicher Behandlung Wiederauftreten der Menses. Dosierung 10 Tage täglich 1 Spritze intramuskulär, dann 10 Tage intravenös, dann wieder 10 Tage intramuskulär. Stoffwechseluntersuchungen ergaben Steigerung des Kalkgehalts, beträchtliche Blutzuckersteigerung, Aenderung des Grundumsatzes, Einwirkung auf Cholesteringehalt. — Ehrhardt (Frankfurt): Untersuchungen über Sexualhormone. Als Testobjekt wurde das Auftreten von Verfärbungen in der Haut des Laubfrosches nach Injektion von Hypophysenhormon verwendet, welches sich so im Liquor, im Serum von Graviden, besonders von Eklamptischen, in eklamptischen Plazenten nachweisen ließ. — Fräulein Biehle (Leipzig) prüfte mit demselben Reagens die Wirkung des Serums auf Hypophysin nach, welches durch Schwangerenserum verstärkt, durch Wöchnerinnenserum abgeschwächt wird. — Fels (Breslau) untersuchte den Antagonismus der männlichen und weiblichen Keimdrüsenhormone. Nach Einspritzung von Schwangerenserum bei männlichen Tieren Atrophie der Hoden, Hypertrophie der Prostata und Samenblasen. — Neumann (Marburg) sah Geschlechtsumstimmung bei einem Ovarialtumor mit Hodenzwischenzellen, welche nach Exstirpation des Tumors zurückging. — Burckhardt-Socin (Basel) macht auf ovariell bedingte Knochenschmerzen in der Schwangerschaft aufmerksam, die er mit Störungen im Kalkstoffwechsel in Beziehung bringt. Arenalin in Einspritzungen bringt schnelle Hilfe. — Offergeld (Köln) konnte durch Darreichung von Zirbeldrüsen die weibliche Libido dämpfen. — Schenk (Prag) fand an der Hypophyse männlicher Ratten nach der Kastration histologische Veränderungen mit Auftreten von großen Zellen und Degeneration der Basophilen. — Saenger (München) empfiehlt bei habituellem Abort vitaminreiche Nahrung. — Cordua (Hamburg) fand bei Einspritzung von Gravidenserum die gleichen Wirkungen wie beim Follikulin. — Ehrhardt (Frankfurt) konnte bei kastrierten Aeffinnen mit Eierstockhormonen die Menstruation wieder herbeiführen.

Eine weitere Reihe von Vorträgen befaßte sich mit **geburtshilflichen Fragen:** Hellmuth (Würzburg) berichtet über weitere Erfahrungen mit der mediko-mechanischen Erregung von Wehen. Bei 49 Frauen mit übertragener Schwangerschaft wurde das Schüttelverfahren angewendet mit 59% Erfolgen. — Seynsche (Essen) empfiehlt die Einschränkung des Dammschutzes durch grundsätzliche mediane Scheidenspaltung, wodurch am besten Ueberdehnungen des Bechenbodens vermieden werden. — Martius (Göttingen) gibt ein Verfahren zur röntgenologischen Beckenmessung durch eine einzige Aufnahme an und glaubt durch Berechnung des Flächeninhalts der Beckeneingangsebene prognostische Aufschlüsse zu finden. — Sellheim (Leipzig) spricht zur Organisation der Geburtshilfe und verlangt reichlichere Benutzung der modernen Verkehrsmittel, damit geeignete Fälle schneller den Kliniken zugeführt werden können. — Küttge (Leipzig) zeigt schöne Röntgenaufnahmen von Zangenentbindungen. — Lunz (München) empfiehlt die Kiellandzange beim hohen Gradstand.

Eine weitere Gruppe befaßt sich mit der **Pathologie der Schwangerschaft:** Seitz (Frankfurt) spricht über Kolloidverschiebungen während der Gestation und bei Gestosen. — Eufinger (Frankfurt) fand bei Nephrose in der Schwangerschaft im Sediment doppelbrechende Substanzen, die er auf eine Dyskolloidose bezieht. — Zweifel (München) fand die Milchsäure bereits beim Eklampsismus im Blute vermehrt, infolge pathologischer Veränderungen der Leber nach den Anfällen noch ansteigen. — Nevermann (Hamburg) verarbeitete 350000 Geburten mit 500 Eklampsien im Staate Hamburg und brachte sie mit den meteorologischen Angaben der Seewarte in Verbindung, ohne eine Abhängigkeit zwischen Eklampsie und Wetter finden zu können. — Rißmann (Hannover) spricht über operative Klarstellung bei Ikterus in der Schwangerschaft, den er als selbständiges Leiden für ziemlich selten hält, im Gegensatz zu Steinverschlüssen und anderen Leberleiden. — Schulze-Rhonhof (Heidelberg) spricht über Gestation und Tuberkulose. An der Klinik von Menge ist eine besondere Lungenstation eingerichtet, auf welcher die tuberkulösen Schwangeren monatelang, soweit wie irgend möglich, konservativ behandelt werden. Von 62 solchen Patientinnen wurden 19 mit Lungenschwachbestrahlungen behandelt. Mitteilung von Krankengeschichten mit 9 günstig beeinflußten Fällen. — Michel (Koblenz) empfiehlt bei perforierter Appendicitis in vorgeschrittener Schwangerschaft ein möglichst aktives Vorgehen. — Philipp (Berlin) berichtet über die Durchlässigkeit der Plazenta beim Tier für Protozoen, wie Trypanosomen, Recurrens-, Weil- und Luesspirochäten und berichtet über die Verimpfungsresultate von Feten infizierter Muttertiere.

Der Kongreß wurde durch eine Ansprache des Alterspräsidenten Küstner (Breslau) geschlossen. Als nächster Kongreßort wurde mit großer Mehrheit Leipzig unter dem Vorsitz von Sellheim für das Jahr 1929 bestimmt.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 25., 18. Juni 1927.

Adreralin und Nebennierenfunktion. Konrad Fromherz.

* Ueber Wirkungen des bestrahlten Ergosterins auf den gesunden Erwachsenen. Chr. Kroetz.

Ueber nephelometrische Methoden zur Bestimmung von Trypsin und Pepsin im Magen- und Darmsaft nebst Beobachtungen über Stabilität des Trypsins. P. Rona und H. Kleinmann.

Ueber Wirkungen des bestrahlten Ergosterins auf den gesunden Erwachsenen. Beim gesunden Erwachsenen führt reichliche Zufuhr von Vitamin D (bestrahltem Ergosterin) zu entgegengesetzten Stoffwechseländerungen wie beim rachitischen Kind. Reichliche Ergosterinzufuhr führt beim gesunden Erwachsenen zu geringer Steigerung der renalen P-Ausscheidung, zu deutlichem Anstieg der renalen Cl- und H_2O-Ausfuhr, zur Senkung des Serumphosphatspiegels, zu erkennbarer Blutazidosis. Das geringe Ausmaß sämtlicher genannter Folgereaktionen des Vitamin-D-Stoßes beim gesunden, mehr oder weniger gut vitaminbalanzierten Erwachsenen wird betont.

Die Bedeutung der Galle für die Blutmauserung. Die Untersuchungen der Verfasser stellen einen neuen Versuch dar, das bemerkenswerte Gleichgewicht zwischen Erythrozytenaufbau und -abbau, das in der absoluten Konstanz der morphologischen Zusammensetzung des Blutes seinen Ausdruck findet, von einer neuen Seite in Angriff zu nehmen. Es konnte gezeigt werden, daß physiologisch hochwirksame Teile des Abbaues der Erythrocyten mit der Galle in den Darm sezerniert werden, deren Rückresorption die Aufbautätigkeit des Knochenmarks auf direktem oder indirektem Wege beherrscht. Als physiologisch wirksam erwiesen sich die Gallensäuren. In gleicher Weise wirksam zeigte sich das aktivierte Ergosterin. Es liegt durchaus im Bereiche der Möglichkeit, daß außerdem noch andere hochwirksame Substanzen im Organismus eine Rolle spielen. Schon das Beispiel einer Gallenfistelanämie zeigt, daß der Organismus nach dieser Richtung hin nicht mit einer, sondern mit mehreren Möglichkeiten der Regulation arbeitet. Dies beweist allein schon die Tatsache, daß de Gallenfistelanämie, auf einem bestimmten Niveau nach Wochen angelangt, durch Einschaltung eines neuen Regulationsmechanismus zum Stillstand kommt. Daß hierbei insbesondere die Milz eine wesentliche Rolle spielt, konnte durch das Eintreten schwerer progredienter Anämie bei gleichzeitiger Milzexstirpation erwiesen werden. Daß sich die hier mitgeteilten Ergebnisse auch auf die Therapie anämischer Zustände auswirken werden, deutet Verfasser an.

Untersuchungen über die Beeinflussung der Pituitrinsekretion durch Diuretica. Was die Bedeutung der mitgeteilten Beobachtungen für die Pathogenese des Diabetes insipidus betrifft, glauben die Verfasser, daß aus dem Nachweis von Pituitrin im Zisternenliquor der Patienten mit Diabetes insipidus, in einer Konzentration, die der von Patienten mit normalem Wasserhaushalt durchaus gleichkommt, hervorgeht, daß in der Pathogenese dieses Leidens, der Hypophyse nicht die entscheidende Rolle zufällt. Es wäre immerhin möglich, daß die nachgewiesene Störung in der Regulation der Hinterlappensekretion mit der Entstehung des Leidens verknüpft ist. Auch das refraktäre Verhalten gegen injiziertes Pituitrin und, wie dementsprechend angenommen wird, auch gegen das endogene, wie man dies gelegentlich bei Diabetes isipidus findet, möchten die Verfasser für die Aufklärung der Pathogenes des Leidens nicht heranziehen, da sie dieses Verhalten auch bei Nervenkranken mit sonst normalem Wasserhaushalt nachweisen konnten. Hingegen spricht ihres Erachtens der Umstand, daß es durch experimentelle Läsion der Nuclei Tuberis cin. mit Regelmäßigkeit gelingt, das Krankheitsbild des Diabetes insipidus hervorzurufen, dafür, daß die Ursache des Leidens in einer Erkrankung an dieser Stelle, nicht aber in dem System Nucl. supraopticus — Hypophysenhinterlappen — Regio hypothalamica gelegen ist. Da der Tractus supraoptico-hypozhyseus seinen Weg durch das Tuber cinereum nimmt, würde durch eine anatomische Läsion an dieser Stelle auch das Ausbleiben der erhöhten Pituitrinsekretion nach Diuretizis erklärt.

Ueber das motorische und sensible Phänomen des Nervus ulnaris. Das vom Verf. beschriebene motorische Ulnarisphänomen, das auf die mechanische Reizung des N. ulnaris erfolgt, stellt eine komplizierte Erscheinung dar und wird z. T. durch die direkte Reizung des N. ulnaris, z. T. durch eine reflektorische Reizübertragung von den zentripetalen Bahnen eines Nerven über das Rückenmark, bedingt. Die erste hat eine Beugebewegung des 4. und 5. Fingers, die zweite eine Beugung der anderen Finger und die Kontraktion einer Reihe von Muskeln, welche durch andere Nerven innerviert sind, zur Folge. Das Ulnarisphänomen, welches man bei gesunden und kranken Personen antrifft, ist, bei Fehlen organischer Schädigungen, der Ausdruck einer allgemeinen Spasmophilie, ist hormonal bedingt, und steht, wahrscheinlich, vor allem mit der Parathyreoideainsuffizienz in Zusammenhang. Bei Hemiparesen und Paralysen ist bei Vorhandenseins des Ulnarisphänomens dasselbe an der paretischen Seite deutlicher ausgesprochen als an der entgegengesetzten, was auf die Inaktivität und Degeneration des zentralen Neurons zu beziehen ist. Das Ulnarisphänomen ist vielfach ein empfindlicherer Indikator für Spasmophilie, als das Chvosteksche Symptom am N. facialis und die Reflexe der Gesichtsmuskulatur. In deutlich ausgesprochenen Fällen der Spasmophilie steigert sich allmählich, bei mehrmaliger mechanischer Reizung des Nerven, das Ulnarisphänomen. Bei Ungleichmäßigkeit des Ulnarisphänomens ist dasselbe fast immer deutlicher ausgesprochen an der Seite der deutlicher ausgesprochenen Sympathikotonie. Vom motorischen Ulnarisphänomen ist das „sensible" Ulnarisphänomen zu unterscheiden, welch letzteres einen Ausdruck erhöhter Erregbarkeit zentripetaler Ulnarisfasern darstellt. Bei hochgradig gesteigerter Spasmophilie sind analoge motorische und sensible Erscheinungen auch mechanischer Reizung anderer Nerven, z. B. des N. radialis, des N. medianus, des N. peroneus usw. nachweisbar.

Die gastro-duodenale Koliinfektion. An einem Material von über 180 kulturell verwerteten Duodenalsondierungen wurde gezeigt, daß die gastro-duodenale Koliinvasion so gut wie regelmäßig von den tieferen Darmabschnitten her erfolgt und daß eine Infektion vom Munde her bei Erwachsenen praktisch keine Rolle spielt. Vier Gesichtspunkte dürfen als maßgebend angesehen werden, in die alle scheinbar so verschiedenen Ergebnisse sich einreihen lassen. An erster Stelle steht die Koliinfektion im Anschluß an chronische Störungen von seiten des Magens, wobei neben dem Versiegen der HCl-Produktion noch weitere krankhafte Veränderungen der Schleimhaut (Atrophie) eine Rolle spielen, die zum Versiegen der wie im Magen so auch im Darm vorhandenen Schutzkräfte führen. So kommt es nur in einem gewissen Prozentsatz (33—55 %) von unkomplizierter Achylie zur Kolibesiedlung, nach eigenen Untersuchungen des Verf. in 50 % bei 32 Fällen. Bei Achylie infolge perniziöser Anämie findet sich so gut wie regelmäßig Koli. Bei Ca. ventriculi schwanken die positiven Ergebnisse in weiten Grenzen (33—83 %). Verf. konnte bei nur 36 % unter 14 sicheren Magenkarzinomen Koli nachweisen. Ein differentialdiagnostischer Wert kommt den Kolibefunden bei Karzinom nicht zu. Mit dieser ersten ist eine zweite Gruppe eng oft nicht trennbar verknüpft, bei dieser führen akute intestinale Störungen motorischer wie sekretorischer Art zur aszendierenden Kolibesiedlung. Hierzu zählen auch schwere akute Allgemeinerkrankungen, die mit toxischer Schädigung des Magen-Darmkanals (toxischer Achylie) einhergehen, sie bilden meistens einen Uebergang zwischen den beiden Gruppen. Charakteristisch für diese zweite Gruppe ist die Möglichkeit einer Restitutio ad integrum nach Ausschaltung der Noxe. Abseits steht die Gruppe der Galleninfekte, zu der sich gelegentlich Uebergänge von Gruppe 2 beim Icterus catarrh. und der Cholangitis finden. Beim Icterus catarrh. war bis zu 55 % Koli nachweisbar. (Andere Untersucher fanden sehr viel weniger.) Bei den übrigen Gallenerkrankungen ist mit 30—40 % Koli im Duodenalsaft zu rechnen. Gesondert bleibt eine kleine vierte Gruppe von Kolibefunden, bei denen die Salzsäureproduktion erhalten ist und sonstige Störungen seitens des Verdauungstraktus wie der Gallenwege im allgemeinen auszuschließen sind. In einzelnen solcher Fälle bestand gleichzeitig ein Ulkus.

Die Behandlung der Furunkulose. Die Prophylaxe spielt bei der Furunkulosebehandlung eine außerordentlich große Rolle. Durch peinliche Sauberkeit an Körper und Kleidung läßt sich die Zahl der Bakterien auf der Körperoberfläche wesentlich vermindern. Wenn es zu einer Haarbalginfektion gekommen ist, so hat die eigentliche Therapie einzusetzen. Je früher sie einsetzt, um so sicherer und schneller kann sie sich auswirken. Bei der Behandlung jeglicher Entzündung ist Ruhigstellung des ganzen befallenen Körperabschnittes oberstes Gesetz. Alle reibenden Kleidungsstücke sind zu entfernen. Um ein weiteres Zerren an den Haaren zu verhindern, tut man gut, nicht nur das Haar des entzündeten Follikels, sondern auch die Haare der Umgebung mit einer gutschneidenden Schere im Niveau der Haut abzuschneiden. Bei Armfurunkeln fixiere man die befallene Extremität mit Schienen, bei Furunkeln an den Beinen oder am Stamm bestehe man auf mehrtägiger Bettruhe. Die Heilung wird dadurch aßerordentlich abgekürzt. Das Coupierungsverfahren bei beginnender Haarbalgentzündung wirkt ebenfalls oftmals prompt. Die tägliche Erfahrung lehrt, daß die exakte Fixation oft ebenso schnell zur Heilung führt. Der Entzündungsherd und seine Umgebung wird mit Alkohol oder der noch besser gerbenden Jodtinktur desinfiziert und die Hautstelle wird mit einem messerrückendick gestrichenen Salbenlappen bedeckt. Verf. empfiehlt die Behandlung mit reinem Ichthyol. Die Salbenbehandlung ist der Pflasterbehandlung wesentlich vorzuziehen, denn das verwendete Zinkkautschuk-

pflaster verklebt die gesunden Follikelöffnungen der Umgebung und führt zu Mazeration. Verf. gibt der Histopinsalbe vor dem Histopinpflaster den Vorzug, da das Mittel die gesunde Haut nicht reizt und anscheinend die Heilungsvorgänge im entzündeten Gewebe fördert. Die Befestigung des Salbenlappens geschieht am vorteilhaftesten mit Mastixlösung. Beim ausgebildeten Furunkel bevorzugt Lotsch den horizontalen Kuppenschnitt, der die noch nicht nachgebende Epidermisdecke über der Nekrose auf die einfachste Art beseitigt. Wenn dies bei sehr umfangreichem Nekrosepfropf nicht genügt, läßt er eine Stichinzision folgen. Die Ausstoßung des Pfropfes ist am besten der Natur zu überlassen, Ausquetschen ist unter allen Umständen zu vermeiden. Bei völlig gelöster Nekrose kann der Pfropf mit einer Pinzette entfernt werden. Zur Anästhesierung genügt Vercisung durch Chloräthyl. Die Umspritzungen mit Novokain-Suprareninlösungen ist im Entzündungsgebiet wegen der möglichen Keimverschleppung in den Kreislauf immer etwas riskant; weit besser ist die Leitungsanästhesie. Einen wichtigen natürlichen Heilfaktor bildet die aktive Entzündungshyperämie, die sich als roter Entzündungshof dem Auge sichtbar macht. Zur Erhöhung dieser aktiven Hyperämie dient die altbekannte Wärmetherapie. Das „Aufpappen" von Furunkeln wird noch viel angewandt. Bei Verwendung feuchtwarmer Umschläge muß die umgebende Haut vor schädlicher Mazeration durch Salbe geschützt werden. Trockene Wärmebehandlung ist vorzuziehen.

Das Röntgenverfahren wird als Therapie gegen die Furunkulose immer mehr angewandt. Vor allem eignen sich beginnende Furunkel für diese Behandlung. Man filtere mit 3 mm Aluminiumfilter und gehe nicht über ⅓ der HED hinaus. Ausgebildete Furunkel und vor allem progrediente Koriumphlegmonen werden durch die Röntgenbehandlung wenig oder gar nicht beeinflußt. Der Harn des Furunkelträgers sollte stets auf Zucker untersucht werden; da es eine alte Erfahrungstatsache ist, daß Diabetiker besonders zu Follikeleiterungen neigen. Es wird auch angeraten, den Blutzuckergehalt festzustellen, da es Fälle von Diabetes gibt, die vorübergehend oder noch keinen Zucker im Harn nachweisen lassen. Bei Diabetes ist neben einer entsprechenden Diät die Behandlung mit subkutanen Insulininjektionen angeraten.

Das Blutbild zeigt bei Furunkulose eine Hyperleukozytose wenigstens mittleren Grades als Zeichen der toxinämischen Mitbeteiligung des gesamten Körpers.

Die unspezifische Proteinkörpertherapie wird vielfach angewendet; statt der früheren Milchinjektion bevorzugt man jetzt Aolan u. dgl.

Die spezifische Proteinkörpertherapie tritt von Jahr zu Jahr mehr in den Vordergrund. Es gibt eine ganze Reihe polyvalenter Staphylokokkenvakzinen. Durch die Injektion abgetöteter Bakterien wird eine aktive Immunisierung des Körpers erstrebt. Die Autovakzinen, die aus dem Eiter des Furunkelträgers besonders hergestellt werden, zieht Lotsch den käuflichen Staphylokokkenvakzinen vor. Die größte Schwierigkeit bei der Vakzinebehandlung besteht in der Dosierung. Mit kleinen Dosen soll begonnen werden und jeden zweiten Tag ist die Dosis zu steigern, bis eine deutliche Allgemeinreaktion eintritt. Bei aller Wichtigkeit der allgemeinen Therapie darf hierüber die örtliche Behandlung der Furunkulose nicht vergessen werden.

Nr. 26., 25. Juni 1927.

Ueber Störungen der Hautkitzelempfindung bei Erkrankungen innerer Organe und ihre diagnostische Bedeutung. Bei akuter Erkrankung der inneren Organe kommt es als Ausdruck veränderter Innervation der äußeren Körperwand neben sonstigen Refle symptomen, wie Hyperästhesie und Hyperalgesie der Haut und d tieferen Gewebe sowie erhöhter Muskelspannung in dem betroffen Bezirk, auch zu einer Verminderung, meist zu einer Aufhebung d Kitzelempfindung. Der Nachweis dieser Kitzelstörung ist bei einige maßen geeigneten Kranken leicht und sicher zu führen. Die a zuwendende Methode wird beschrieben. Sie eignet sich wegen ihr Einfachheit gut zum Gebrauch am Krankenbett. Der Wert d Kitzelempfindung in praktischer Hinsicht besteht darin, daß die Prüfung noch Störungen in den Reflexbeziehungen zwischen e kranktem inneren Organ und Körperoberfläche aufzudecken geeign ist, wenn sonstige Reflexsymptome nicht deutlich ausgeprägt sin Sie stellt also eine Verfeinerung der klinischen Diagnostik dar u gestattet unter Umständen Schlüsse auf bereits abgelaufene oder e in der Entwicklung begriffene Organveränderungen.

Das Glukoseäquivalent des Insulins beim kindlichen Diabete mellitus. Das Glukoseäquivalent des kindlichen Diabetikers häng bei den üblichen fettreichen Diäten mit 10 % Eiweiß und 100 Semmelwert ab 1. von der Dauer des Diabetes; 2. vom Alter d Kindes; 3. der Einfluß des Körpergewichts ist nur andeutungsweis nachweisbar, hat aber vielleicht doch einen gewissen Einfluß auf d Größe des Glukoseäquivalentes, der allerdings auch schon in de Alter des Kindes steckt. Unerklärt bleibt es, warum in gewisse anscheinend gleich schweren Fällen bei gleicher Dauer des Diabete (3 Jahre) ein Kleinkind ein wesentlich höheres Glukoseäquivalen aufweist als ein doppelt so altes Kind. Ein Aussetzen der Insulin zufuhr würde in beiden Fällen in gleich kurzer Zeit zum Kom führen. Es gelingt auch nicht, durch Heruntersetzen des ältere Kindes mit kleinem Glukoseäquivalent auf die Diät des jüngere Kindes mit großem Glukoseäquivalent, das Glukoseäquivalent de größeren Kindes auf dessen Höhe beim Kleinkinde zu bringen. Ma sieht in diesem Falle wohl, daß es jetzt möglich ist, die Insulinmeng etwas abzubauen, eine vollkommene Angleichung aber ist nicht mög lich. Es muß offenbleiben, ob das Glukoseäquivalent eine Funktio des Gewichtes, des Wachstums oder des Zellalters ist. Die durch gemachten interkurrenten Infekte spielen bei richtiger Behandlun neben Alter und Dauer keine überragende Rolle. Das Glukoseäquivalent als solches ist kaum als individuelle Konstante zu verwerten.

Klinischer Beitrag über den autonomen Muskeltonus. Patellar- und Achillessehnenreflex werden durch Adrenalininjektion auffallen erhöht, und Pseudoklonus ging dadurch in echten Fußklonus mi regelmäßigem Rhythmus und langer Dauer über. Die Muskeltonuszunahme wurde bei hypotonischen Tabikern durch Adrenalininjektion in beschränktem Grade auch durch Pilokarpininjektion beobachtet. Wernicke-Manns Kontraktur nach Pyramidenbahnläsion wird durch Ausscheidung des Halssympathikus gemildert. Dies beweist die Beteiligung des sympathischen Muskeltonus an der Entstehung der Kontraktur. Tumor und Rigidität bei Parkinsonismus werden durch Atropin- und Skopolamininjektion abgeschwächt. Dies zeigt die Beteiligung des parasympathischen Muskeltonus an der Rigidität des Parkinsonismus. Fazialiskontraktur wurde in einem Falle durch Skopolamininjektion abgeschwächt und durch Novokain zum Verschwinden gebracht. Dies zeigt die Beteiligung des parasympathischen Muskeltonus in gewissen Fällen von Fazialiskontraktur. Tonische Bewegung als striäres Symptom wird in einem Falle durch Skopolamin vollständig ausgeschaltet. Daraus gehen die innigen Beziehungen des parasympathischen Muskeltonus zu gewissen Fällen der striären Bewegung hervor.

Schicksal ungenügend behandelter Fälle von kindlicher Lues. Unter dem Nachuntersuchungsmaterial des Verf. von 42 Fällen fanden sich 6 zum Teil nur eben behandelte Kinder mit Syphilis, deren Diagnose sich nicht auf ein einziges Symptom, sondern eine beweisende Anzahl von Zeichen stützt. Diese Kinder blieben zwischen 3½ bis 12 Jahren ohne Behandlung. Unter ihnen zeigten nur noch zwei deutliche Anzeichen von Syphilis. Vier dagegen, also ⅔, die nach jeder Richtung hin durchuntersucht wurden, bei denen sämtliche Mittel, wie Liquoruntersuchungen, WaR. usw., angewandt wurden, boten keinen Anhalt für eine bestehende Lues. Diese Kinder müssen also nach Erschöpfung der diagnostischen Möglichkeiten als „praktisch gesund" bezeichnet werden. Die vier Kinder befanden sich in gutem Ernährungszustande und lebten unter günstigen Bedingungen. Vielleicht ist gerade darin mit ein Faktor zu erblicken, warum sie trotz völlig ungenügender Behandlung mit ihrer Syphilis fertig wurden. Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 25, 17. Juni 1927.

Zur Diagnostik der akuten Pankreasnekrose durch Diastasebestimmung im Harn. Nach den bisherigen Erfahrungen ist die Diastasebestimmung im Harn nach Wohlgemuth eine außerordentlich wertvolle Bereicherung der Untersuchungsmethoden bei akuter Pankreasnekrose. Der positive Ausfall der Reaktion läßt mit größter Wahrscheinlichkeit an akute Pankreasnekrose denken. Das negative Ergebnis schließt eine Pankreasnekrose im subakuten Stadium nicht aus. Die Diastaseerhöhung ist nicht spezifisch für akute Pankreasnekrose, gelegentliche Ausnahmen kommen vor, doch fand Verf. niemals normalen Diastasegehalt bei sicher nachgewiesener Pankreasnekrose im akuten Stadium. Die Diastaseerhöhung ist unabhängig von der Schwere und dem Verlauf der Erkrankung. Nur das klinische Bild gibt die Indikation zur Operation. Die Zeit von 40 Minuten, die die Reaktion beansprucht, wird in allen Fällen zur Verfügung stehen. Verf. beschränkt sich darauf, in dem Nachweis einer Diastaseerhöhung lediglich eine Stützung der Diagnose einer akuten Pankreasnekrose zu sehen, und ist damit so zufrieden gewesen, daß er in keinem Falle, wo unklare Baucherkrankungen an akute Pankreasnekrose denken lassen, auf die Diastasebestimmung verzichtet.

Ueber die Behandlung rheumatischer Erkrankungen mit Spiroprotasin. Bei der Anwendung des Spiroprotasins sah Verf. keine Nebenwirkungen, wie Schüttelfrost, Uebelkeit und ähnliche bei der Anwendung reiner Milch beobachtete Störungen; ein wesentlicher Temperaturanstieg nach der Injektion war nicht festzustellen. An den erkrankten Gelenken trat eine leichte reaktive Schwellung und Rötung kurze Zeit nach der Injektion auf. Im Anschluß daran sehr bald ein wesentliches Nachlassen der Schmerzen und subjektiven Beschwerden, objektiv nach einiger Zeit der Behandlung Nachlassen der Rötung und Schwellung der Gelenke, Zunahme der Beweglichkeit. Störende Nebenwirkungen, die auf Salyzilwirkung zurückzuführen sind, wurden nicht beobachtet. Vor allen Dingen sah Verf. keinerlei schädigende Nebenwirkungen auf Herz und Gefäßsystem. Die Anwendung des Medikaments erfolgte in der für intramuskuläre Injektionen üblichen Weise zweimal wöchentlich. Verf. kam bei allen behandelten Fällen mit kleinen Dosen aus und ist selten über 3 ccm pro Injektion gegangen. Die Anfangsdosis betrug je 1 ccm und wurde allmählich gesteigert. Unter den behandelten Fällen befinden sich auch mehrere von chronischem Muskelrheumatismus und akuter Ischias, bei denen ebenfalls mit dem Spiroprotasin sehr gute Erfolge erzielt wurden. Verf. führt aus der Zahl seiner behandelten Patienten drei Fälle an, die besonders charakteristisch für diese Kombination von Proteinkörpern mit Salyzilsäure sprechen. Bei allen drei Fällen wurden keine Temperatursteigerungen beobachtet.

Ueber das Auftreten fleckförmiger Pigmentationen in der Haut nach Wärmeapplikation. Es gibt zwei Möglichkeiten der Hautreaktion auf intensive Wärmebehandlung: 1. eine mehr diffuse Hyperämie mit späterer geringer diffuser Pigmentbildung; 2. eine fleckförmige Hyperämie entsprechend der Anordnung der Cutis marmorata mit nachfolgender, gleichfalls fleckförmiger Pigmentablagerung in der Haut. Die erste Möglichkeit findet sich bei Menschen mit wenig reizbarem peripherischen Gefäßabschnitt und häufig auch stärkerer natürlicher Pigmentierung. Die zweite Möglichkeit ist bei Leuten mit leicht reizbarem peripherischen Gefäßabschnitt und häufig auch geringerem natürlichen Pigmentvorrat gegeben.

Ueber den Wert von Streptokokkenkomplementuntersuchungen für klinische und biologische Fragen. Die Streptokokkenkomplementbindungsreaktion ist eine Methode, mit der es meist gelingt, die Antikörperbildung des Organismus gegenüber der Infektion mit Streptokokken zu prüfen. Daraus lassen sich diagnostische, therapeutische und prognostische Schlüsse ziehen. Für ganz schwere Fälle von Sepsis, bei denen sich die Krankheitserreger aus dem Blute züchten lassen, wird die Anwendung von vakziniertem Serum empfohlen.

Masern bei Erwachsenen. Masern bei Erwachsenen haben eine weit bessere Prognose quod vitam als bei Kindern und verlaufen im allgemeinen leichter. Hämorrhagische Masern bei Kindern wie bei Erwachsenen haben mit der Schwere dieser Krankheit nicht das Geringste zu tun.

Nr. 26, 24. Juni 1927.

Ein Beitrag zur nichtpuerperalen Osteomalazie. Die nichtpuerperale Osteomalazie ist, wie schon Curschmann betonte, besonders geeignet, die pluriglanduläre Genese der Krankheit zu beweisen. Welche Drüse dabei im einzelnen Falle im Vordergrund steht, hängt wohl in erster Linie von der primär gegebenen endokrinen Einstellung ab. Der vom Verf. beschriebene Fall bietet einen erneuten Beweis dafür, daß in seltenen Fällen die Schilddrüsenstörung weitaus vorherrschen kann.

Kombinierte konstitutionelle Therapie bei chronischen entzündlich katarrhalischen Genitalerkrankungen der Frau. Die kombinierte Moor-Vakzinebehandlung kann nach Ansicht des Verf. als völlig unschädlich gelten. Von den behandelten Fällen wurden durch die erste Kur 75 % und, die wiederholte Behandlung eingerechnet, 85 % geheilt; 25 % bzw. 15 % nicht nur beschwerdefrei, sondern ganz wesentlich gebessert; manchmal war schon nach der 4. bis 5. Injektion eine so merkliche Verkleinerung der Adnexgeschwulst — darunter manche von beträchtlicher Größe — und ein subjektives Wohlbehagen der Patienten zu konstatieren, daß man mit der Vakzination aussetzen konnte. Nicht ein einziger Fall blieb ohne günstige Beeinflussung, und in keinem Fall trat eine Verschlimmerung ein. Durch die Kombinationsmethode wird eine Potenzierung der Reaktion und eine Abkürzung der Gesamtheildauer erreicht.

Zufriedenstellende Erfolge erzielte der Verf. auch in den Fällen von chronischem Gebärmutterkatarrh (meist gonorrhoischer Natur), die sich durch besondere Hartnäckigkeit auszeichnen und bei denen die üblichen Behandlungsarten, wie es jahrzehntelange Erfahrungen beweisen, meistens nutzlos sind. Hier bleibt kein anderer Ausweg, als eine Allgemeinbehandlung mit tiefgreifender örtlicher Auswirkung, die mit der spezifischen Vakzination möglichst gesteigert wird.

Insulinbehandlung septischer Prozesse an Nichtdiabetikern. Der Verf. sieht in dem konstitutionellen Merkmal der mehr oder weniger großen Infektionsdisposition des Individuums dasjenige, was im Volksmunde als „gute" oder „schlechte Heilhaut" bezeichnet wird, und führt dies auf den ungleichen Blutzuckergrad der Individuen zurück, gegen dessen ungünstigen Ausschlag die Insulintherapie auch in solchen Fällen erfolgreich anzugehen berufen ist, in denen die bisherigen Mittel und Wege versagten.

Ueber Erfahrungen bei der Prophylaxe der Diphtherie mit dem Ramonschen Anatoxin. Verfasser mahnt zur Vorsicht bei Anwendung des Verfahrens in geschlossenen Anstalten. Der verzögerte Eintritt der Immunität, mehr noch eine starke Depression einer bereits vorhandenen Immunität, die den einzelnen Injektionen folgt, gefährdet in einer Umgebung, in der Diphtheriebazillen niemals fehlen, gelegentlich die Kinder, so daß es im Anschluß an die Injektion des Anatoxins zur Diphtherieerkrankung kommen kann. Für das Kind in der Familie und Schule scheint die Anwendung des Ramonschen Anatoxins das einfachste und gefahrloseste Verfahren zur Immunisierung gegen Diphtherie zu sein. Für Kinder, die in geschlossenen Anstalten aufgenommen werden sollen, wird das Verfahren nur dann mit Sicherheit anzuwenden sein, wenn es möglich ist, die Immunisierung vor dem Eintritt in die Anstalt durchzuführen.

Die therapeutische Bedeutung von Yoghurt und Kefir in der inneren Medizin. In Yoghurt und Kefir hat man ein nützliches und ungefährliches, leicht beschaffbares Diätetikum mit spezifischen Heilwirkungen: für den Mast als Roborans, gegen Gärungs- und Fäulnisdyspepsien, gegen die Obstipation, gegen die Ruhr.

Arnold Hirsch, Berlin.

Münchener Med. Wochenschrift.

Nr. 23., 10. Juni.

Asthma und die Stormschen Kammern, neue Wege in der Therapie der Atmungsorgane: Folgende Ergebnisse wurden an 150 nach Storm van Leeuven behandelten Asthmatikern erzielt. In den allermeisten Fällen genügt bereits ein Aufenthalt von zwei Tagen in gekühlter, von Haus- und Klimaallergenen befreiter Luft, um die akuten Erscheinungen wesentlich zu bessern oder zum Verschwinden zu bringen. Für die Beseitigung der Anfälle scheint oft die Austrocknung der Bronchitis wesentlich zu sein, denn erst durch die Radikalkur in allergenfreier Trockenluft heilt die Bronchitis vollkommen aus und während vorher nur Besserung zu erzielen war, da mit dem Aufflackern der Bronchitis erneute Anfälle sich einstellten, bleiben manche Kranke nach dem Schwinden der Bronchitis ohne weitere Therapie bei Rückkehr in das gewohnte Millieu anfallsfrei. In 80% der Fälle kann allmählich die völlig allergenfreie Luft in der Kammer durch eine nur von den Hausallergenen gesäuberte Luft ersetzt werden, ohne daß eine Störung des Wohlbefindens sich einstellt. Wenn in drei Tagen des Aufenthaltes in der Kammer keine wesentliche Zustandsänderung zu bemerken ist, muß mit der Möglichkeit von Nahrungsallergenen gerechnet werden. Sobald in weiteren zwei Tagen, wo der Kranke nur Tee und Zwieback erhält, eine entschiedene Besserung sich zeigt, muß sorgsam eine geeignete, von Allergenen für den betreffenden Kranken freie Kost zusammengestellt werden. Da fast alle Nahrungsmittel Allergene enthalten können, ist ein mühseliges Ausprobieren erforderlich. Vor allem müssen die Fleischgruppen untersucht werden (häufig Ueberempfindlichkeit gegen Fisch, verdächtig ist Schweine- oder Rindfleisch). Unter Gemüsen kommen des öfteren Spinat und Kohl als auslösend in Frage. Sehr selten ist die Empfindlichkeit gegen Eiereiweiß, häufiger noch die gegen Milcheiweiß, bei deren Vorliegen Butter und Käse aus der Nahrung ausgeschaltet werden müssen. Weiterhin ist zu untersuchen, wie kardiorenale Symptome mitspielen, ob Bakterieneiweißüberempfindlichkeit (nach einer Grippe oder Pneumonie) vorliegt (Versuche mit Vakzine).

Zur Prüfung der Hausallergene ist die Kutanreaktion mit geeichten Stammlösungen der verschiedensten, in der menschlichen Umgebung vorkommenden Stoffe vorzunehmen. Mit der Feststellung der Allergie — wie sie bei 80 % der Kranken zu erbringen ist — sind keineswegs sichere Aufschlüsse über die spezifische Ursache des Asthmas im Einzelfall gewonnen. Es wird nur ermittelt, daß der Kranke allergisch ist und gegen die betreffenden Substanzen sich überempfindlich verhält. Die meisten positiven Reaktionen (90 %) sind mit Bettfederallergenen zu gewinnen. Dieser Befund macht die Tatsache verständlich, daß manche Kranke beim Bettschütteln die heftigsten Anfälle bekommen, daß der Anfall rascher vorübergeht, wenn sie das gewohnte Bett verlassen, um in einem anderen Raum sitzend oder liegend die Nacht zu verbringen. Die Asthmatiker sind daher zu veranlassen, statt der Federbetten nur Kapokmatratzen und Kapokkissen sowie Decken in ihrem Schlafzimmer zu dulden, die alle 3 Monate in Dampf sterilisiert werden. In ungefähr 70—80 % ergeben Extrakte von Milben und Schimmelpilzen eine positive Hautreaktion. Dieses Ergebnis bringt die Forderung mit sich, für völlig trockene Wohnungen zu sorgen. In jedem Fall ist zudem hinsichtlich des Staubes eine „übertriebene Hygiene" zu empfehlen (peinlich gesäuberte Zimmer, Achten auf die Stoffbespannung der Wände, das Nichtentfernen alter Tapeten bei Neutapezierung, Entfernung aller Staubträger wie Teppiche, Plüschmöbel usw.). Ueberraschend oft ergeben sich positive Hautreaktionen mit Tierhaarallergenen (60 %), so daß nach Möglichkeit das Zusammentreffen mit Tieren zu vermeiden ist, da selbst nach einer Desensibilisierung wohl eine Verminderung der Ueberempfindlichkeit, jedoch keine Immunität sich zeigt. Eine Sonderstellung kommt den Reaktionen mit Pollenextrakten zu. Während die übrigen Hausallergene öfters eine gleich starke Reaktion hervorrufen, ergeben die Pollen als eine Gruppe für sich negative, schwächere oder stärkere Reaktionen (Pollenasthma). Solche Kranke dürfen keinerlei Blumen in der Wohnung dulden und nicht durch blühende Wiesen gehen. In der Frage der Klimaallergene bestehen noch viele Unklarheiten (Zersetzungsprodukte organischer Stoffe des Erdbodens?, Sensibilisierung gegen andere Allergene oder selbständig wirksame Körper?), wenn es auch gelingt, durch Einspritzung der im Kondenzwasser der Luftkühlmaschine enthaltenen Klimaallergene, Asthma zu erzeugen.

Die Zeit des Kammeraufenthaltes ist zur Desensibilisierung auszunützen, da in allergenfreier Luft die bei jedem Asthmatiker vorhandenen natürlichen Abwehrstoffe bei Fehlen des äußeren Reizstoffes verloren gehen und daher bei den meisten der erste Kontakt mit den Allergenen — nach dem Verlassen der Kammer — besonders schwere Anfälle auslösen würde. Diese schutzlose Periode wird durch die vorherige planmäßige Impfung vermieden. Nach umfassender Feststellung der im Einzelfall allergisch wirkenden Stoffe wird für jeden Stoff die Reaktionsgrenze ermittelt, bis eine optimale Lösung gefunden ist, mit der in allmählich größer werdenden Abständen und sehr langsam anwachsenden Dosen desensibilisiert wird. Mißerfolge der Desensibilisierung sind der schwierigen Technik, der Wahl zwischen zu kleinen und zu großen Dosen zur Last zu legen. Wenn die Desensibilisierung scheitert und der gegen Hausallergene überempfindliche Kranke gezwungen ist, unter ungünstigen Bedingungen weiter zu leben, so bleibt die Möglichkeit, zu Hause eine Kammer einbauen zu lassen (Kosten ca. 1200 M.). Wenn der Asthmatiker in dieser Kammer schläft, bleibt er zumeist am Tage außerhalb der Kammer von Anfällen verschont. In ca. 30 % der nach diesen Gesichtspunkten behandelten Kranken, deren Beobachtung sich über ein Jahr erstreckt, war der Erfolg glänzend, kein Anfall trat in Erscheinung. In ca. 45 % wurden die Anfälle vom Beginn der Behandlung ab immer seltener und leichter. Weitere 15 % verhielten sich refraktär oder konnten nicht fortlaufend beobachtet werden. In 10 % der Fälle handelt es sich um Bronchitiden und Bronchiektasen, die teils geheilt, teils wesentlich gebessert wurden. Die absolut reine und sehr trockene Luft der Stormschen Kammer birgt die Wirkung der bekannten klimatischen Heilfaktoren in sich und läßt sie geeignet erscheinen, bei allen mit Auswurf verbundenen Krankheiten der Atmungsorgane therapeutisch verwertet zu werden. Vielleicht bietet der Aufenthalt in der Kammer bei der Lungentuberkulose die Möglichkeit, die Mischinfektion im Lungenwege auszuschalten und so dem Körper neue Abwehrkräfte zu sichern. Vorteile der Kammer sind die Unabhängigkeit von der Witterung und die Möglichkeit, den Kranken in Fühlung mit seiner gewohnten Umgebung zu belassen. Die künstliche Erzeugung eines idealen Klimas an jedem Ort durch Einrichtung Stormscher Kammern wird durch die hohen Einrichtungs- und Betriebskosten wesentlich eingeschränkt.

Gefahren der gewaltsamen Umformung des Klumpfußes. Für die Frage, ob die schonende oder die gewaltsame Umformung die bessere Behandlungsart des Klumpfußes darstellt, kann nicht die erreichte Stellungsverbesserung allein entscheidend sein. Maßgebend ist der Erfolg der Dauerheilung mit guter Beweglichkeit ohne Spätfolgen an den Knochen oder den Gelenken, die der Behandlung zur Last zu legen sind. Ebenso wie Frakturen oder anscheinend leicht verlaufene Quetschungen des Fußskelettes nach zunächst guter Heilung zu schweren Behinderungen der Bewegung führen können (posttraumatische Arthritis deformans, periostale Wucherungen) lassen auch die Gelenke bei der gewaltsamen Umformung des Klumpfußes ausgedehnte arthritische Randwulstbildungen und Periostveränderugnen als Folge der schweren Verletzung nach vielen Jahren noch erkennen. Diese Art der Umformung ruft — wie experimentelle Untersuchungen ergeben — in allen Geweben des Fußes recht bedenkliche Verletzungen hervor, die mit zunehmender Kraft — auch ohne Uebertreibung der aufgewendeten Gewalt — sich in funktionsbedrohender Weise vermehren. An den Stellen des stärksten Zuges, in der Gegend des inneren Fußrandes und des Malleolus internus sind Einrisse und Abrisse von Bändern, Kapsel-, Knochen- und Knorpelteilen sowie Hämatome durch zerrissene Gefäße anzutreffen, während an den Stellen stärksten Druckes am äußeren Fußrand und an den Gelenkteilen des Fußrückens die Knorpelquetschungen, Spongiosadruckspuren und Blutungen aus den gedrückten Gefäßen sich vorfinden. Die gleichen mechanischen Schädigungen zeigen sich der andersgearteten Richtung der Krafteinwirkung entsprechend in anderer Weise lokalisiert bei der gewaltsamen Plattfußverbesserung.

Beim kindlichen Klumpfuß, dessen weiche Knochen in ihrer Wachstumsrichtung beeinflußbar sind, muß von operativen Maßnahmen Abstand genommen werden. Durch regelmäßige, meist tägliche schonende, formende Bewegungen muß der mißgestaltete Fuß weich gemacht und langsam stufenweise umgebildet werden. Die erreichte bessere Stellung wird ständig durch elastische Gummi- oder Spiralfederzugverbände festgehalten und verbessert. Nur in

ereinzelten Fällen ist für wenige Tage ein Gipsverband anzulegen. Der Nachteil der längeren Behandlungsdauer dieses Verfahrens wird bei weitem aufgewogen durch die ausgezeichnete Umgestaltung der Fußwurzelknochen, durch die Vermeidung von Narben und Schwielen und die geringe Gefahr des Rezidivs. Bei dem starren mißgebildeten Fußskelett des Erwachsenen müssen elastische Maßnahmen erfolglos bleiben und nur durch die operative Umformung ist eine Verbesserung zu erzielen. Biberfeld.

Nr. 24, 17. Juni 1927.

Behandlung der kindlichen Lues mit Spirozid. Mit diesem per os zu verabfolgenden organischen Arsenpräparat wurden so glänzende Erfolge bei der Säuglingslues erzielt, daß es als Mittel der Wahl bei dieser Erkrankung zu bezeichnen ist. Entsprechend dem für Erwachsene angegebenen Behandlungsmodus wird täglich dreimal ¼ bis ½ Tablette zu 0,25 g den Säuglingen auf einmal nüchtern verabfolgt und rasch auf 1 Tablette angestiegen. Nach einer Woche der Behandlung folgt eine einwöchige Pause. Nur zwischen den ersten beiden Wochen ist eine kürzere Unterbrechung von nur 4 Tagen angebracht. Während einer dreimonatigen Kur wird bei diesem intermittierenden Turnus eine Gesamtmenge von 10 bis 15 g Spirozid aufgenommen, die etwa zehnmal so viel Arsen enthält, als in einer Kur nach dem Müllerschen Behandlungsschema intravenös gegeben wird. Diese Dosen werden bei der hohen Arsenresistenz des Säuglings ohne Nebenwirkungen vertragen. Der größte Wert ist darauf zu legen, daß das Mittel nüchtern ½ Stunde vor der ersten Flasche gegeben wird. In den spirozidfreien Wochen kann als Kombinationsbehandlung Wismut injiziert werden. Schon nach einmaliger Kur wird bei den Säuglingen die WaR. negativ. Der Allgemeinzustand der Kinder wurde auffallend günstig beeinflußt (Gewichtszunahme, Schwinden der syphilitischen Erscheinungen und der Anämie, keine Resistenzminderung gegenüber Infekten). Trotz negativer WaR. und klinischer Heilung ist nach einem Intervall von 1 bis 3 Monaten eine zweite und evtl. eine dritte Vierteljahrskur anzuraten. Bei den anscheinend gesunden Neugeborenen luischer Eltern erscheint die prophylaktische Spirozidkur angebracht, da eine Gefahr für ein gesundes Kind bei dieser Art der Arsenbehandlung nicht besteht.

Erfahrungen mit Saprovitan. Dieses fiebererzeugende Mittel enthält im Gegensatz zu den bisher bei der Reizkörpertherapie angewendeten Präparaten lebende Saprophyten, die für den menschlichen Körper unschädlich sein sollen. Durch Zufuhr lebender Keime zugleich mit einem pflanzlichen Eiweißkörper soll der Organismus zur stärksten überhaupt möglichen Abwehrreaktion angeregt werden. Recht gute Erfolge wurden mit einer Injektionskur (10—15 intravenöse Injektionen in 2—3 Tagen Abstand von Saprovitan B) bei den heftigen lanzinierenden Schmerzen der Tabiker erzielt. Nach vorübergehender Zunahme der Schmerzen während der ersten 3—4 Fieberzacken verschwanden die Schmerzen für dauernd. Ebenso wurden gastrische Krisen und leichtere Blasenstörungen mit günstiger Wirkung behandelt, während ataktische Störungen unbeeinflußt blieben. Auch zwei bisher refraktäre Fälle von Lues cerebri konnten nicht gebessert werden.

Obwohl das Mittel an sich geeignet erscheint in den Fällen, wo eine Malariabehandlung kontraindiziert ist, mit Erfolg angewendet zu werden, besitzt es in der augenblicklich im Handel befindlichen Form nicht die unbedingt notwendige völlige Unschädlichkeit für den Organismus. Nachdem bereits von mehreren Autoren das Auftreten septischer Gelenkaffektionen und von tödlicher Allgemeininfektion während der Saprovitanbehandlung mitgeteilt wurde, konnte Verf. durch die bakteriologische Untersuchung des Blutes und den Sektionsbefund den Nachweis erbringen, daß eine direkte experimentelle Uebertragung der Saprophyten aus der Ampulle auf den Menschen stattfand und der Tod an Saprophytensepsis erfolgte (Bakterien der Proteusgruppe). Die uneingeschränkte Anwendung des Saprovitans ist daher heute nicht zu rechtfertigen.

Scharlachheilserum bei Erysipel. Trotz der engen Verwandtschaft der den Scharlach und das Erysipel auslösenden hämolytischen Streptokokken gelingt es nicht, mit Scharlachantitoxin das Auslöschphänomen beim Erysipel zu erzeugen. Durch Gaben von 20 ccm Scharlachheilserum kann jedoch der Krankheitsverlauf der Rose bedeutend abgekürzt werden (Abfall der Temperatur mit Besserung des Allgemeinbefindens), wenn auch die örtlichen Erscheinungen noch einige Tage bis zur Abheilung benötigen. Jedenfalls sind die Erfolge dieses neuen antitoxischen Serums bedeutend besser als die mit polyvalenten Antistreptokokkenserum bisher erlangten.
Biberfeld.

Medizinische Klinik.

Nr. 22., 3. Juni 1927.

Ueber ungewöhnliche Kalkanreicherung in den Gefäßen und im Stützgewebe. Verfasser führen zwei Systemerkrankungen in prägnanten Beispielen vor. Es handelt sich einmal um eine ganz ungewöhnliche Ablagerung von Kalksalzen im arteriellen Gefäßsystem. Albers-Schönberg hat den Symptomenkomplex als Marmorknochenkrankheit bezeichnet; im Laufe von mehr als zwanzig Jahren ist dieser Komplex nur 16mal beobachtet worden. Aus den in der vorliegenden Arbeit gezeigten Röntgenbildern ersieht man ganz deutlich die Hauptmerkmale des Krankheitsbildes. Es handelt sich um schwächliche Individuen, die infolge von Knochentraumen wie z. B. Frakturen, der ärztlichen Beobachtung zugeführt werden. Das Röntgenbild zeigt einerseits Kalkreichtum und andererseits Strukturarmut des Skelettes. Diese beiden Erscheinungen entsprechen einer konzentrischen Hyperostose der Röhrenknochen und einer Verdickung der Plattenknochen. Die Markhöhle ist verengt; letzteres hat man auch durch autoptische Kontrollen feststellen können. Daß solche Menschen sehr zu Frakturen neigen, ist dadurch zu erklären, daß infolge der Einlagerung großer Mengen von Kalksalzen die Brüchigkeit erhöht wird. Wodurch die Einlagerung der Kalksalze zustande kommt, wissen wir nicht. Bei der Marmorknochenkrankheit handelt es sich um eine Gewebsbereitschaft zur Osteosklerose und Verfasser sind der Ansicht, daß zwischen der diffusen Sklerose des Gefäß-Bindegewebs- und Knochensystems Zusammenhänge entwicklungsgeschichtlicher Art bestehen, wodurch diese Zustände große Bedeutung für das Konstitutionsproblem gewinnen.

Hat die moderne Luesbehandlung Beziehungen zur Zunahme der Aortitis und nervösen Metalues? Immer wieder wird die Frage aufgerollt, ob wir bei der modernen Luesbehandlung mit unserer jetzigen Therapie den richtigen Weg eingeschlagen haben oder ob die von vielen Autoren behauptete Zunahme der Metalues wirklich darauf zurückzuführen sei. Wenn man die moderne Lueslitcratur durchblättert, so sieht man die Therapeuten in zwei getrennten Lagern; in dem einen befinden sich die Anhänger einer maximalen Behandlung und im andern die, welche für eine milde, immunitätsfördernde Therapie eintreten. Von anderer Seite ist behauptet worden, daß die Quecksilberbehandlung Schuld an der Zunahme der Aortitis sei und als man das Salvarsan anwandte, nahm sie wieder ab. Langer hat ausdrücklich daruf hingewiesen, daß für eine Beurteilung der Häufigkeit der Aortitis es nur in Frage kommen kann, daß man die Aortitis in eine Parallele zu allen Sektionen mit luetischen Stigmata bringt. Bruhns argumentiert ebenfalls, daß die moderne Therapie nicht an der Zunahme der schon beschriebenen luetischen Veränderungen Schuld sei. Wenn aber trotzdem Bruhns Ansicht falsch wäre, so müßte es sich bei der Gegenüberstellung von nachweislich gut und schlecht behandelten Luetikern ergeben, daß bei den ersteren sich bei allen Folgezuständen ein höherer Prozentsatz findet als bei letzteren. Es ist vom Verfasser nie bestritten worden, daß schon im vorigen Jahrhundert die Lues sich geändert hat und damals nahm die Intensität der Quecksilberbehandlung zu. Andererseits besteht gar kein Zweifel darüber, daß die Luesbehandlung weiterhin immer energischer vorgenommen werden wird, wie auch eine Steigerung der Therapie nicht ausbleiben dürfte. Diese Steigerung der Behandlung kann nicht hoch genug gewertet werden, denn sie ist eine der wichtigsten Faktoren, die das Bild der Lues verändert haben. Sicherlich sogar spielen, wie Gumpert gezeigt hat, gewisse epidemiologische Gesetze dabei eine Rolle.

Zur Frage der Primeldermatitis. Pinkus und Nestler haben vor einiger Zeit in dieser Zeitschrift über die Primeldermatitis geschrieben. (Beide Arbeiten sind in den Fort. d. Med. referiert. Ref.) Eitel behauptet, daß nur etwa 6% Menschen eine besondere Empfänglichkeit für Primelgift besitzen. Wenn die Statistik, welche von dem Botaniker Ulbrich, Berlin-Dahlem, aufgestellt wurde, stimmt, so ist schon aus diesem Grunde das von Pinkus geforderte allgemeine Primelverbot gar nicht zu halten. Als Prophylaxe kann man, wenn man hautreizende Primeln berührt hat, für Gesicht und Hände eine Lösung von 1 bis 2 Eßlöffeln Natr. bicarbon. in 1 Liter Wasser benutzen. Es ist zweckmäßig, die Lösung vor dem Abtrocknen noch einige Zeit wirken zu lassen. Die Wirkung besteht darin, daß die alkalische Natr. bicarbon.-Lösung das saure, hautreizende Trichomsekret der Primeln sofort neutralisiert.

Hofbauer-Berlin.

Die Medizinische Welt.

Nr. 19, 11. Juni 1927.

Sehstörungen beim monokularen Mikroskopieren. Selbstbeobachtung des Verfassers. Störungen auf dem nicht mikroskopierenden Auge traten besonders zu einer Zeit auf, als er viel bei verhältnismäßig dunklem Gesichtsfelde arbeiten und dabei seine Aufmerksamkeit auf sehr kleine Objekte richten mußte und daher, um genauer zu sehen, das nicht mikroskopierende Auge schließen mußte. Wenn er danach über die Straße ging, so sah er nicht so scharf wie sonst, sondern so, als ob eine Schleimflocke oder ähnliches auf der Hornhaut des Auges säße. Diese Störung hielt manchmal stundenlang, einmal bis zum anderen Tage an. Als Erklärung für die Entstehung sagt der Verf. folgendes: Das linke Auge war während des Mikroskopierens geschlossen gehalten worden. Während beim Schlaf die Bulbi nach oben gerichtet werden, so daß die Lidränder unterhalb der Kornea zu liegen kommen oder nur über ihren untersten Teil hinwegziehen, war natürlich beim Blick ins Mikroskop die Hornhaut nach vorn abwärts gewendet und der — vielleicht krampfhaft verstärkte — Druck der Lidränder hatte eine allerdings von selbst wieder langsam zurückgehende Deformation der Hornhaut hervorgerufen. Das hätte natürlich nicht vorkommen können, wenn der Verf. eine alte Regel der Mikroskopiker, möglichst beide Augen offen zu halten, peinlich beachtet hätte. Störungen auf dem mikroskopierenden Auge treten dann auf, wenn sich das eine Auge an ein lichtschwaches, das andere an ein lichtstarkes Bild gewöhnt. Diese, offenbar auf verschiedener Adaptation beruhenden Störungen machen sich im Gegensatz zu der vorher erwähnten auf dem Auge bemerkbar, mit dem man bei hellem Gesichtsfelde mikroskopiert hat und das nunmehr wesentlich weniger gut sieht. Das kann bei empfindlichen Personen zu Schwindel, ja sogar zu Brechreiz führen. Die Störungen hörten beim Verf. auf, als er zum binokularen Mikroskopieren überging.

Sport und Herz. Nach den statistischen Untersuchungen von Rautmann beträgt der Transversaldurchmesser des Herzens bei einem Durchschnittsalter von 23 Jahren, einer Körperlänge von 170 cm, einem Gewicht von 65 kg und einem Brustumfang von 86 cm, gemessen im Sitzen bei unbeeinflußter Atmung, 13,3 cm. Weicht der beobachtete Durchmesser nicht um mehr als 0,6 cm von dem auf der Grundlage des angeführten Mittelwertes errechneten Werte ab, so ist die Herzgröße als normal anzusehen. Bei akuter körperlicher Anstrengung, wie sie vor allem in den Wettkämpfen verschiedenster Art gegeben ist, verkleinert sich das Herz. Die seltenere Größenzunahme muß als die weniger günstige abnorme Reaktion betrachtet werden. Die Deutung dieser Herzverkleinerung ist schwierig. Es sind verschiedene Theorien angeführt worden. Bei der seltenen akuten Herzvergrößerung handelt es sich wahrscheinlich um eine passive Dilatation durch Nachgeben und Elastizitätsverlust der Herzwände. Nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse deuten die akuten Herzvergrößerungen wohl auf ein Versagen der Herzkraft hin, sie müssen warnen vor weiterer sportlicher Betätigung, solange sie nicht duch Körperruhe beseitigt sind. Anders verhält es sich mit dem eigentlichen „Sportherzen", von dem man spricht, wenn es sich um eine durch lange dauernde sportliche Anstrengungen herbeigeführte bleibende Herzvergrößerung handelt. Während man früher dazu neigte, das Sportherz im allgemeinen als eine vorteilhafte Anpassungserscheinung im Sinne der Hypertrophie anzusehen, ist man hier heute skeptischer geworden. Vor allem steht die Frage nach den Spätfolgen des Sportherzens noch offen. Der „Vergnügungssport" scheint, bei Kräftigung des Gesamtkörpers im allgemeinen keine Vergrößerung des Herzens zu bewirken, während der „Kampfsport" dies sehr häufig tut, und zwar weniger bei vollwertigen als bei familiär minderwertigen Herzen. Die Mehrzahl der neueren Autoren betrachtet diese Herzvergrößerungen im wesentlichen als Dilatationen, die in physiologischen Grenzen als nutzbringende Anpassung aufzufassen wären. Das unter aktivem Nachlassen des Muskeltonus vergrößerte Herz vermag eine größere Blutmenge zu fassen und auszuwerfen, wobei seine Kontraktionskraft nach dem Starlingschen Gesetz der Herzarbeit als Funktion der Faserlänge gesteigert ist. Bei so vermehrter Auswurfmenge kann die Schlagfrequenz bei gleichem oder gar besserem motorischen Effekt herabgesetzt sein. Hiermit in Uebereinstimmung steht der bei gut trainierten Sportsleuten sehr häufige Befund auffallend geringer Pulszahl. Vergrößerte Herzen trainierter Menschen können leistungsfähiger sein als normale. Gegenüber solchen physiologischen Anpassungsverhältnissen sind Fälle stärkerer Herzvergrößerung als krankhaft oder mindestens gefährdet anzusehen. Außer der Dilatation gibt es aber auch zweifellos eine Arbeitshypertrophie. Zuverlässige Kunde über den Anteil der Hypertrophie am Sportherzen ist intra vitam nicht zu erhalten. Den besten Maßstab für den Zustand des Herzens beim Lebenden ergibt die Funktionsprüfung. Ein positiver Valsalva (Herzverkleinerung bei Pressung) spricht nicht immer gegen eine Hypertrophie, ein negativer ist ein Hinweis auf sie.

Für den Arzt erwächst die Aufgabe, das Herz des Sporttreibenden scharf zu beobachten. Kein ernsthaftes sportliches Training sollte ohne genaue Herzkontrolle geschehen, am besten vor dem Röntgenschirm. Bei jedem Sportherzen, das Neigung zu weiterer Vergrößerung zeigt, ist Aussetzen und Ruhe bis zum völligen Rückgang auf die Norm geboten. Besondere Vorsicht hinsichtlich sportlicher Betätigung überhaupt, auch als Vergnügungssport, ist erforderlich bei anlageschwachen oder krankheitsgeschädigten Herzen, worauf oft die Vorgeschichte hinweist, und bei Leuten mit hohem Blutdruck, der das Herz ungünstig belastet. Derartige Momente fördern das Zustandekommen der pathologischen Erweiterung. Auch in den Pubertätsjahren sollten anstrengende Dauerleistungen und ernstes Training noch unterbleiben, da in dieser Zeit das bereits weiter gewordene Herz noch nicht über die entsprechende Muskelverstärkung verfügt.

Die Injektionsbehandlung der Varizen. Verf. benutzt als Injektionsmittel auschließlich 20%ige Kochsalzlösung ohne Anästhetikumzusatz. Die Injektion wird folgendermaßen ausgeführt: Das Bein wird, bei stehendem Patienten, am Oberschenkel so weit gestaut, daß die Arteria dorsalis pedis noch eben fühlbar bleibt. Darauf wird, bei liegendem Patienten, mit langer feiner Nadel an der peripherst gelegenen Venektasie zentralwärts eingestochen, aspiriert, um zu kontrollieren, ob die Nadel in der Vene liegt, und 5 bis 10 ccm Kochsalzlösung injiziert. Perivaskuläre Injektion erzeugt starke Schmerzen und evtl. Ulkus. Nach vollendeter Einspritzung tritt in dem betreffenden Schenkel bald ein krampfartiger Schmerz ein, und die getroffenen Venenerweiterungen nehmen eine weißliche Farbe an. Während der Dauer dieses Krampfes bleibt die Nadel an der Spritze in der Vene liegen und die Unterbindung bestehen. Erst mit beginnendem Abklingen der Krampferscheinungen wird zuerst die Unterbindung gelöst, darauf die Nadel schnell herausgezogen und gleichzeitig die Stichstelle mit einem sterilen Tupfer komprimiert, welcher durch einen Heftpflasterstreifen fixiert wird. Der Patient soll bis zum Schwinden aller Schmerzen liegen bleiben (3—5 Minuten); dann kann er aufstehen und nach Hause gehen. Der Bereich der entstehenden Thrombose läßt sich nicht sicher begrenzen. Bei knäulförmigen Varizen soll langsam injeziert und die zentralwärts gelegene Vene mit dem Daumen der linken Hand komprimiert werden. Dadurch bleibt die Thrombenbildung meist auf das Knäuel beschränkt. Bei langgestreckten Venektasien soll schnell und ohne Fingerkompression injiziert werden. Bei jeder Sitzung wird nur eine Injektion ausgeführt. Verf. hat mit der beschriebenen Methodik keine Mißerfolge gesehen. Im Bereiche entzündlich veränderter Haut dürfen keine Injektionen gemacht werden.

Nr. 20, 18. Juni 1927.

Generalisierte Vakzine und Eccema vaccinatum. Generalisierte akzine und Eccema vaccinatum sind zwei grundsätzlich verschiedene akzineerkrankungen. Generalisierte Vakzine wird bei durchaus ormalen Kindern beobachtet. Bei ihr wird das Virus auf dem Blut-ege verschleppt, und das allgemeine Exanthem tritt stets nach dem achschautermin auf. Das Exanthem ist masern- oder mehr rötel-rtig und tritt am 8. bis 10. Tage auf. In weiteren 2 bis 3 Tagen chießen im Bereich des Exanthems typische Vakzinepusteln auf. ie pflegen erheblich kleiner zu sein als die Impfpusteln, verlaufen ber wie diese. Das Fieber steigt wieder an und kann hohe Werte rreichen. Auf der Höhe der Entwicklung ist das Krankheitsbild der eneralisierten Vakzine von demjenigen der Variola kaum zu unter-cheiden. Die Prognose ist zweifelhaft, Todesfälle sind ganz selten eobachtet worden.

Eccema vaccinatum setzt das Vorhandensein eines Haut-usschlages oder der Reste eines solchen voraus. Das Vakzinevirus ird höchstwahrscheinlich von außen aufgebracht. Die Vakzine-nfektion verläuft gleichzeitig mit den Impfpusteln. Das klinische ild des Eccema vaccinatum ist nicht immer einfach zu diagnosti-ieren, besonders dann können Schwierigkeiten auftreten, wenn das etreffende Kind selbst nicht geimpft war und die Herkunft des Virus icht festgestellt werden konnte. Am leichtesten ist die Diagnose nmerhin dann noch, wenn es sich um isolierte ekzematöse Stellen andelt, welche infiziert worden waren. Man sieht dann im Bereich er erkrankten Hautpartien Einzelpusteln oder Gruppen von Vakzine-usteln auftreten, die ebenso verlaufen wie diejenigen bei der akzination. Die Allgemeinerscheinungen sind nicht anders als bei ieser, erhebliche Störungen des Allgemeinbefindens pflegen nicht ufzutreten. Die schweren Fälle zeigen ein erheblich anderes Bild. s setzt das Vorhandensein größerer ekzematöser Bezirke voraus. ie Erkrankung beginnt meistens mit hohem Fieber und schweren eränderungen des Befindens. Am auffallendsten ist die durch die chwere Vergiftung des ganzen Organismus bedingte Benommenheit. leichzeitig verändert sich das Ekzem: trockene, nur leicht schup-ende Flächen treten in den Zustand lebhafter Entzündung, schwellen n, röten sich und beginnen zu sezernieren. An den Rändern sieht an Vakzinepusteln. In der Nähe des Hauptherdes treten häufig ebenpusteln auf, die ein typisches Aussehen haben. Das Krankheits-ild des Eccema vaccinatum ist immer ernst zu beurteilen. Todes-älle werden in rund ⅓ der Fälle beobachtet. Die Therapie kann ur eine symptomatische sein. Ueber die Therapie mit Antivakzine-erum liegen Erfahrungen nur auf Grund von Tierversuchen vor. ntivakzineserum kann im Notfall vom Verf. (Staatliche Impfanstalt Berlin) bezogen werden.

Schutzimpfung gegen Diphtherie. Eine Schutzimpfung gegen iphtherie hat nur dann Aussicht auf allgemeine Einführung, wenn sie ewisse Vorbedingungen erfüllt. Sie muß unschädlich, einfach aus-ihrbar und gut verträglich sein; außerdem muß sie rasch immuni-eren und eine Dauerwirkung verbürgen. Diese Forderungen er-illen am besten die Toxin- (oder Toxoid-) Antitoxinflocken (T. A. F. der „Anti-anti"). Sie werden folgendermaßen hergestellt: Versetzt an gleiche Mengen von Di-Toxin mit verschiedenen Mengen von i-Antitoxin, so treten in einer Reihe dieser Mischungen feinste, dem oßen Auge als Trübungen erscheinende Präzipitate auf, und zwar ınächst in denjenigen Röhrchen, in denen Toxin und Antitoxin erade völlig neutralisiert sind. Die entstandenen Präzipitate ent-alten praktisch fast das gesamte Toxin in fester Bindung und önnen von dem bei optimalen Verhältnissen neutralen Suspensions-ittel durch Ausschleudern getrennt und durch Waschen mit neutraler nysiologischer Kochsalzlösung, in der sie unlöslich sind, von den örenden Begleitstoffen der Bouillon und des Serums befreit werden. ie ausgeschleuderten und wiederholt gewaschenen Flocken werden einer 0,5%haltigen physiologischen Kochsalzlösung aufgeschwemmt.

Die Gefahr der Anaphylaxie bei der Injektion der T.A.-Präparate ann man in Anbetracht der minimalen Menge Serum, die in den A.-Präparaten enthalten ist, als gleich Null bezeichnen. Auch eine egative Phase", d. h. ein vorübergehendes Stadium gesteigerter mpfänglichkeit für Diphtherie im unmittelbaren Anschluß an die chutzimpfung ist praktisch nicht zu befürchten. Wenn Fälle be-chrieben werden, wo ein bis zwei Tage nach der Impfung die iphtherie ausbrach, so handelte es sich dabei nicht um die Folge ner negativen Phase, sondern darum, daß die Impfung erst kurz or Ablauf des Inkubationsstadiums, also zu spät vorgenommen urde. Das beste Alter für die Vornahme der Impfungen ist nach Behring die Zeit von eineinhalb bis sechs Jahren. Nach Ansicht nderer Autoren kann die Impfung in jedem Lebensalter, auch bei ganz jungen Kindern, empfohlen werden. Die Antitoxinbildung beginnt im allgemeinen 8 bis 14 Tage nach der Impfung. Die Dauer des Impfschutzes wird auf etwa sechs Jahre berechnet.

Bei der Beurteilung des Erfolges der aktiven Schutzimpfung gegen die Diphterie möge man stets bedenken, daß es sich dabei um eine antitoxische nicht um eine antibakterielle Immunisierung handelt, woraus folgt, daß es nicht als ein Mißerfolg der Schutzimpfung gebucht werden darf, wenn auch bei einem Geimpften eine Ansiedlung von Diphtheriebazillen am Rachen oder Nase bakteriologisch nachgewiesen wird. Denn die Anwesenheit von Diphtheriebazillen auf der Haut und Schleimhaut ist ja nicht gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer klinischen Diphtherie. Man kann von einem aktiven Schutzimpfungsverfahren gegen Diphtherie nur erwarten, daß die Geimpften — ceteris paribus — in deutlich geringerer Zahl und deutlich geringerem Grade an klinischer Diphtherie erkranken, als die Nichtgeimpften. Diese Erwartung hat sich nach dem bisher vorliegenden Beobachtungsmaterial erfüllt, und man hat guten Grund zu der Hoffnung, daß es durch eine systematische Durchimmunisierung der Kinder, möglichst vor ihrem Eintritt in die Schule, gelingen wird, der Diphtherie den Charakter einer gefürchteten Volkskrankheit zu nehmen.

Gewerbliche Thallium-Vergiftung. In einem chemischen Werk erkrankten wenige Wochen nach der Aufnahme eines Verfahrens zur Thalliumgewinnung der Leiter und alle fünf Arbeiter der entsprechenden Abteilung unter ähnlichen Erscheinungen. Sie klagten über Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Schmerzen in den Kniegelenken und Haarausfall. Bei allen war mehr oder weniger starke Eosinophilie und Lymphocytose nachweisbar. In zwei Fällen bestand eine ziemliche beträchtliche Albuminurie mit Erythrocyten, Leukocyten und vereinzelten Plattenepithelien im Sediment. Alle diese Erscheinungen bildeten sich nach dem Fernbleiben der Leute aus dem Thalliumbetriebe zurück. Nur bei einem traten Sehstörungen auf. Der Augenbefund ergab eine hintere Synechie der Iris und eine der Verwachsungsstelle entsprechende partielle Linsentrübung. Die Sehnervenpapille zeigte an beiden Augen nasale Verwaschenheit und eine langsam fortschreitende gelbliche Abblassung der temporalen Hälfte. Gesichtsfeldgrenzen beiderseits normal, beiderseits relatives zentrales Skotom für rot und grün. Das Sehvermögen sank auf Fingerzählen in zweieinhalb Meter Entfernung auf beiden Augen. Es handelte sich hier um eine fortschreitende Atrophia nervi optici nach retrobulbärer Neuritis. Verfasser mahnen zur äußersten Vorsicht bei der therapeutischen und gewerblichen Verwendung des Thallium.

L. Gordon.

Reichs-Gesundheitsblatt.

2. Jahrgang, Nr. 22, 1. Juni 1927.

Zeitschrift für Medizinalbeamte und Krankenhausärzte.

Nr. 11. 1. Juni 1927. Jahrg. 40/49.

Der gegenwärtige Stand des Parathyphusproblems. Jeder Einzelfall von Paratyphus ist eingehend zu ermitteln. Großes interessantes kasuistisches Material wird als Beweis beigebracht. Gewerbeaufsichtsbeamten, Kreisarzt, Arzt, und Veterinärarzt müsen Hand ine Hand arbeiten. Das Untersuchungsamt muß Nahrungsmittel-, Blut-, Urin-, Stuhlproben erhalten, auch von Leuten, die mit den Kranken in Berührung standen. Die Dauerausscheider sind wie die Tykhusdauerausscheider zu behandeln. Häufige Nahrungsmittelbetriebskontrolle ist notwendig.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

Blätter für Volksgesundheitspflege.

27. Jahrgang, Heft 6, Juni 1927.

Die Selbstausschaltung der Aerzte. Durch die Fortschritte der Hygiene werden die Aerzte allmählich ausgeschaltet, indem sowohl die Pocken infolge der Einführung der Impfung ihre Bedeutung durch-

aus verloren haben, als auch die Cholera, der Typhus, gegen die wir die Pfeiffer-Kolle'schen Schutzimpfungen besitzen, durch unsere Bekämpfungsmethoden bei diesen Seuchen kaum noch ein Betätigungsfeld für die Aerzte sind. Auch bei der Syphilis ist der Rückgang seit der Erfindung des Salvarsans und der Wismutbehandlung sehr bedeutend, wie es erst in jüngster Zeit Jadassohn auf Grund eingehender Enquete festgestellt hat. Ein weiteres Feld, in dem die Aerzte sich auszuschalten bestrebt sind, ist das der Kropfprophylaxe. Gleiche Fortschritte sind in einem vierten Gebiete, dem der Vitamine, zu verzeichnen, indem der genaue Ausbau der Lehre von den Vitaminen die Heilung und die Verhütung der Rachitis als möglich erscheinen läßt. — Es besteht jedenfalls eine starke Hoffnung, daß, wenn in einigen Dezennien alle Großtaten der medizinisch-hygienischen Wissenschaft sich ausgewirkt haben werden, dann in den hygienisch durchgebildeten Staaten die Bevölkerung eine ganz wesentliche Verbesserung ihrer Gesundheit erreicht haben wird, und daß die Aerzte die Genugtuung haben werden, durch weitgehende Selbstausschaltung die Kulturmenschheit zu einem lebensfroheren Dasein emporgeführt zu haben.

Berufsberatung vom ärztlichen Standpunkte. Eine schwere Verantwortung ist es besonders für den Arzt, bei der Berufswahl das entscheidende Wort zu sprechen. Verf. hebt kurz die wichtigsten Gesichtspunkte hervor, die für den Arzt bei der Beurteilung körperlicher Leistungsfähigkeit maßgebend sind. Für alle körperlich anstrengenden Berufe ist eine kräftige Konstitution das Haupterfordernis, eine sehr wichtige Rolle bei der Berufsberatung spielt der Zustand des Herzens, der Lunge und vor allem der Nerven. Eine wesentliche Beachtung ist auch dem Zustand der Zähne und der Verdauungsorgane zu schenken. Der Arzt als Berufsberater muß aber nicht nur den Körper, sondern auch die Seele des jungen Menschen zu erfassen suchen und nicht einseitig die körperliche Leistungsfähigkeit bewerten.

Hygiene der Monatsblutung. In Bezug auf das Allgemeinverhalten sind sowohl übertriebene Schonung wie völlige Gleichgültigkeit gegenüber der Monatsblutung unangebracht. Die immer und immer wieder auftauchenden Befürchtungen über die Schädlichkeit und Gefährlichkeit eines Wäschewechsels, ja selbst körperlicher Waschungen während der Menstruation sind sinnlos. Kalte Schwimmbäder und sehr warme Wannenbäder sollen unterbleiben, dagegen sind die äußeren Genitalorgane während des Unwohlseins mit lauwarmen Wasser und Seife mittels Watte oder reinem Leinwandlappen zu reinigen. Eine zweckmäßige Monatsbinde ist während der Zeit der Menstruation zu tragen, der Verstopfungsneigung während dieser Zeit ist am Besten durch eine reizlose, gemischte Kost unter Bevorzugung von Gemüsen, Obst, Salaten und Beiseitelassen von Fleisch vorzubeugen. Geringe Schmerzen sind häufig vorhanden und nicht als Krankhaft zu betrachten, sie bedürfen daher keiner besonderen Behandlung. Vor allem greife man nicht sofort zu stärker wirkenden Arzneimitteln wie Pyramidon, Antipyrin usw., sondern versuche zuerst mit Umschlägen, Baldrian- und Pfefferminztee. Bei erheblicheren Beschwerden, wie Brechreiz, Schwindel oder krampfartigen Leibschmerzen ist Bettruhe erforderlich und ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Auch bei einer längeren Dauer (etwa über eine Woche) der Blutung sowie bei sehr starken Blutverlusten ist ein Arzt zu Rate zu ziehen.

Rudolf Katz, Berlin.

Deutsches Archiv für klinische Medizin.

155. Heft 1/2. April.

Verhalten der Toleranz bei Diabetikern nach Insulinbehandlung: Ohne Einschränkung der Einweiß- und Kalorienzufuhr und ohne vollständige Entzung der reinen Kohlehydrate lassen sich bei vielen leichten und schweren Fällen von Diabetes die gleichen Toleranzbesserungen mit dem Insulin erzielen als mit strenger Kost. (Petzenkur). Alle mit der strengen Kost verbundenen, unerwünschten Nebenwirkungen werden vermieden. Denn durch die strenge Diätkur wird zwar die Zuckerausscheidung beseitigt und der Blutzucker gesenkt, jedoch bleibt der intermediäre Stoffwechsel pathologisch (Auftreten von Ketonkörpern). Durch Insulin wird der gesamte Stoffwechsel in physiologische Bahnen gelenkt. Der Ernährungs- und Kräftezustand nach Abschluß der Behandlung ist ein wesentlich besserer als vorher und besser als nach strengen Diätkuren. In vielen Fällen ist die — ohne Eiweiß- und Kohlehydratharenz — erreichte Toleranz auffallend groß, indem eine größere Menge Eiweiß und Kohlehydrate ohne Zucker- und Azetonausscheidung nach Absetzen der Insulinbehandlung vertragen wird als vor Beginn der Insulinisierung. In den Fällen, wo mit der kombinierten Diätinsulinbehandlung keine Toleranzsteigerung zu erzielen ist, kann auch mit ganz strenger Kost keine Besserung der Toleranz herbeigeführt werden. Hinsichtlich der Dauer des Toleranzgewinnes verhalten sich die mit Insulin Vorbehandelten nicht viel anders als die allein diätetischen Maßnahmen Unterworfenen. Sobald die gegebenen Kostvorschriften eingehalten werden, bleiben die Kranken für längere Zeit zuckerfrei. Der Umschwung der gesamten Stoffumsatzes unter Insulin, der letzten Endes die günstige Einwirkung des Insulins auf den Ablauf der infektiösen und septischen Komplikationen des Diabetes erklärt, bietet die Möglichkeit, die Kranken zum Ansatz von Eiweiß und Glykogen zu bringen und so die Leistungsfähigkeit zu steigern. Mastkuren mit Hilfe des Insulins sind selbstverständlich als schädlich zu betrachten. Das Körpergewicht ist nur so weit zu heben, als es durch die Erkrankung oder durch Komplikationen herabgemindert wurde. Diese Wirkung des Insulins berechtigt zum Gebrauch dieses Medikamentes auch bei solchen Diabetikern, bei denen die absoluten Indikationen zur Insulinbehandlung (schwere Fälle bei Jugendlichen, Comagefahr, chirurgische Komplikationen) nicht vorliegen. Ob dauernde wesentliche Toleranzbesserungen bei den mittelschweren oder sogar endgültige Heilungen von leichten Fällen durch vorübergehende Insulinisierung ohne allzu strenge Einschränkung der Kost zu erzielen sind, kann zur Zeit noch nicht entschieden werden.

Heft 3/4. Mai.

Gleichzeitige fraktionierte Magen- und Duodenalsaftuntersuchung. Bei der diagnostischen Bewertung der Magensaftuntersuchung ist zu erwägen, daß durch Rückfluß des Duodenalsaftes in den Magen eine Neutralisation der sezernierten Salzsäure stattfindet und daß so bei alleiniger Bestimmung der Azidität des Magensaftes eine Sub-(resp. An-)azidität vorgetäuscht wird. Der Grad der Azidität des Mageninhaltes hängt von dem Zustand und der Tätigkeit des Pylorus ab. Bei einer spastischen Kontraktion des Schließmuskels kann kein Duodenalsaft in den Magen fließen, die Neutralisation des Magensaftes bleibt aus, dien Azidität erscheint gesteigert. Durch das Klaffen des Pylorus hingegen findet eine ständige Neutralisierung der sezernierten Salzsäure statt infolge des dauernden Einströmens des Duodenalsaftgemisches und eine Subazidität muß bei der üblichen Magensaftanalyse in Erscheinung treten. Für die Neutralisation sind neben der Einwanderung von Duodenalsaft als Hauptursache noch andere Faktoren wie Verschlucken von Speichel, Absonderung von Magenschleim, alkalische Sekretion des Pylorusabschnittes im Magen verantwortlich zu machen. Als sicheres Kriterium für die Beurteilung der Arbeit der Magendrüsen ist die neben der Aziditätsbestimmung im Magensaft ausgeführte Untersuchung des Chlorgehaltes. Bei der Pseudosubazidität bleibt die Gesamtazidität bei der praktizierten Aushebung infolge der Neutralisation niedrig, während die Chlorwerte rasch ansteigen. Ein vollkommeneres Bild der Magensekretion erhält man durch Einführen der Magenduodenaldoppelsonde, die eine gleichzeitige Beobachtung der nach einem Probetrunk im Magen und jenseits des Pylorus sich abspielenden Sekretionsvorgänge ermöglicht. Der Duodenalsaft selbst enthält ebenfalls Chloride. Je weniger Duodenalsekret gebildet wird, desto konzentrierter ist es an Chlor. Die Bestimmung der Gesamtchloride im Magensaft muß also das mit dem einwandernden Duodenalsaft mitgerissene Chlor berücksichtigen, das nicht als Produkt der Tätigkeit der Belegzellen im Magen erscheint. Die parallele Untersuchung des Magens und des Duodenums erlaubt es, den Augenblick der Pylorusöffnung zu erkennen. Mit dem Uebertritt von Mageninhalt in das Duodenum und dem Einfluß von Duodenalsaft in den Magen nimmt die saure Reaktion des Magensaftes ab,

die Kurven der Azidität senken sich. Zugleich kommt es zum Ausgleich der im Magen und Duodenum verschiedenen Chlorkonzentration. Die Kurven der Neutralchloride (Gesamtchlor um den Wert des Chlors der sezernierten Salzsäure vermindert) nähern sich einander, berühren und kreuzen sich. Das Ueberwiegen des duodenalen Rückflusses gegenüber der Entleerung von Mageninhalt ist durch die jetzt aufsteigenden Mengen der Chloride im Magen gekennzeichnet.

Beobachtungen bei perniziöser Anämie: Für die Bedeutung des familiär konstitutionellen Momentes bei der Biermerschen Erkrankung sprechen folgende Beobachtungen. In einer Familie gehen Vater und Sohn an perniziöser Anämie zugrunde. In einer weiteren Familie zeigen Mutter und zwei Töchter Huntersche Glossitis und Anazidität. Die Mutter stirbt unter typischen Krankheitserscheinungen. Bei der älteren Schwester weisen neben der Glossitis Achylia gastrica, Urobilinurie sowie eine bestehende Anämie (geringfügige Megalocystose, niedriger Färbeindex!) auf das Bestehen einer Frühform hin. Die jüngere Tochter hat bei Vorhandensein der Lungenveränderung, der Achylie mit Magendarmstörungen ein völlig uncharakteristisches Blutbild. Doch weisen auch der erhöhte Bilirubinspiegel des Serum sowie der Urobilinbefund im Urin auf einen pathologischen Blutzerfall hin. Das Vorkommen der familiären perniziösen Anämie mahnt zur Vorsicht bei der Heranziehung von Verwandten solcher Kranken zur Bluttransfusion. Eine ungünstige Wirkung der großen Aderlässe auf den zur Erkrankung Disponierten liegt durchaus im Bereiche der Möglichkeiten.

Biberfeld.

Zeitschrift für Kreislaufforschung.

19., Nr. 12, 15. Juni 1927.

Die reflektorische Selbststeuerung des Blutdrucks vermittels der Blutdruckzügler. Die normale Regulation des arteriellen Blutdruckes erfolgt auf reflektorischem Wege vermittels der Blutdruckzügler, d. h. der Aortennerven und der Sinusnerven. Die Blutdruckzügler besitzen einen Tonus. Beim Steigen des Blutdrucks zügeln sie sein Steigen, beim Sinken des Blutdrucks zügeln sie infolge der Minderung ihres Tonus sein Sinken. Außer dieser normalen reflektorischen Blutdruckregulation gibt es noch eine zentrale Beeinflussung des Blutdrucks durch Hypämie (= nicht vollständige Anämisierung) des Gehirns.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 22.

Die Bedeutung der heterotopen Epithelwucherungen vom Bau der Uterusschleimhaut für die Chirurgie. Endometroide Gewebswucherungen sind auch außerhalb der Genitalien nicht allzu selten. Die meist geschwulstartig wachsenden Gewebsinseln unterscheiden sich histologisch nur durch kleine Unregelmäßigkeiten von der Uterusmukosa. Funktionell machen sie alle Veränderungen der Gebärmutterschleimhaut mit. Von den ätiologischen Hypothesen ist die sog. Implantationstheorie gut gestützt. Klinisch handelt es sich um eine gutartige Geschwulst, die je nach dem Sitz verschiedene Erscheinungen macht, bei den Menses schmerzhafte Schwellung und Blutungen. Am häufigsten sind die Genitalien befallen. Beschreibung eines typischen Falles mit schweren, bedrohlichen Blutungen. Als extragenitaler Sitz sind Stellen bevorzugt, die zur Hernienbildung neigen. Bisher wurden beschrieben: 34 Leistenwucherungen, 56 Bauchnarbenwucherungen, 30 Nabelwucherungen, 80 Fälle mit Sitz in der Darmwand, einige Male an der Appendix. Beschreibung eines solchen Falles. — Von besonderem klinischen Interesse ist die „Adenomyosis retrocervicalis“, die heftige Eescheinungen verschiedener Art machen kann. Mitteilung eines Falles, der unter dem Bilde eines Mastdarmkrebses operiert wurde. Im allgemeinen kommt nur operative Behandlung der Erkrankung in Frage, evtl. sind ausgedehnte Eingriffe (Darm-, Rektumresektion) notwendig.

Wann soll die akute Pankreasnekrose operiert werden? Verf. beobachtete in seinem Material eine Häufung der Erkrankung in den letzten 1½ Jahren. 90 % der Fälle waren mit Gallensteinen kompliziert. Erhebliche Besserung der Mortalitätsziffer wurde erzielt durch Frühoperation (in den ersten 2 Tagen) und breite, tiefe Tamponade. Bei allen Gallensteinoperationen soll das Pankreas auf Fettgewebsnekrosen untersucht werden. Die Prozentziffer von Pankreasnekrosefällen bei Gallensteinoperierten stieg in den letzten 1½ Jahren von 2 auf 6. Verf. rät deshalb auch zur Frühoperation der Gallensteine.

Ueber sechs Ganglien des lateralen und drei Ganglien des medialen Meniskus des Kniegelenks. Die sehr seltenen zystischen Gebilde sind zu den echten Geschwülsten zu zählen. Zu den 28 bekannten Fällen fügt Verf. 9 neue Beobachtungen. Es kommt offenbar zumeist traumatische Genese in Betracht, ferner entwicklungsgeschichtliche und konstitutionelle Momente. — Die Ganglien wurden stets mitsamt dem Meniskus entfernt. Danach in allen Fällen völlige Beschwerdenfreiheit.

Zur Behandlung der Radiusfrakturen. Da die Verhakelung der Fragmente bei der manuellen Reposition häufig einen unüberwindlichen Widerstand bildet, benutzte Verf. in 55 Fällen zur Stellung der Bruchenden den Beelyschen Osteoklasten. Nie Schädigung der Weichteile; gute Endresultate.

Walter Grossmann, Berlin.

Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde.

115., Heft 3.

Untersuchungen über den Blutharnsäurestoffwechsel und seine Beziehungen zu verschiedenen Ohrerkrankungen. Die Blutuntersuchung auf Harnsäure, die Serumuntersuchung auf Kalk und Cholesterin wurde an über 300 Fällen ausgeführt. In einem Drittel derselben wurde außerdem Zucker, Rest-N, Gesamt-N, Harnstoff-N, Harnstoff und Indikan bestimmt. Es handelte sich um Otosklerosen, Nervenschwerhörigkeiten verschiedener Aetiologie, Altersschwerhörigkeit und Fälle von Menière. Von den zahlreichen Fällen von Nervenschwerhörigkeit gingen einige einher mit Erhöhung des Harnsäurespiegels im Blut (bis höchstens 7 mg Prozent). Die Werte bei der echten Gicht sind wesentlich höher. Neben der relativ geringgradigen Hyperurikämie ist die nervöse Schwerhörigkeit meist das einstige Symptom einer Harnsäurestoffwechselstörung. Bei Fortschreiten der gichtischen Diathese nimmt auch die Schwerhörigkeit zu. Die dementsprechende Behandlung mit purinfreier oder purinarmer Diät, kombiniert mit Atophan erzielte in vielen Fällen subjektive und objektive Besserung (Zurückgehen der Ohrgeräusche, Zunahme der Hörfähigkeit, Senkung des Blutharnsäurespiegels). Bei der Otosklerose wurde in 60—70% der Fälle eine deutliche Herabsetzung des Harnsäurespiegels, des Kalziums und Cholesterins nachgewiesen. Bei Menièreschem Symptomenkomplex ließen sich keine Veränderungen des Harnsäurespiegels nachweisen.

Hirnnervenbeteiligung bei Eiterungen in perilabyrinthären Herden. 1. Ein Fall von Cholesteatom mit Bogengangsfistel, bei dem 4 Wochen nach der Radikaloperation eine Trigeminusneuralgie mit Areflexie der Kornea und eine totale Fazialisparese auftraten.

2. Ein Fall einer akuten Otitis media, wo dieser Trigeminussymptome bereits bei Beginn der Erkrankung äußerst stürmisch einsetzten.

Beide Male gingen die Erscheinungen nach Beseitigung der Verhaltung zurück. Bei einer Entfernung und Aetzung umschriebener Granulationen, bei 2 Antrotomie. Als Ursache wird eine Eiterung in perilabyrinthären Zellen angenommen. Eine operative Aufdeckung dieser Zellen ist nicht durchaus nötig, häufig auch nicht völlig möglich, es genügt zumeist, eine Entlastung in der Umgebung. Es wird auf den Wert des Röntgenbildes, das uns über die Beschaffenheit der Pyramidenkante Aufschluß geben kann, bei Fällen mit diesen Symptomen hingewiesen.

Verhalten des Nystagmus bei seröser Labyrinthitis. Es wird von einem Fall berichtet, wo nach operativem Eingriff eine zirkumskripte, seröse Labyrinthitis eintrat. Hierbei Reiznystagmus nach

der kranken Seite. Am folgenden Tage Nystagmus nach der gesunden Seite. Das Labyrinth ist unerregbar geworden. Es trat eine meningeale Reizung hinzu. Da konnte aus dem abermaligen Umschlagen des Nystagmus nach der kranken Seite 4 Tage nach der Operation auf das Abheilen der Labyrinthitis geschlossen werden, wodurch zugleich die Indikation zur Labyrinthoperation, die bei der meningealen Reizung hätte in Erwägung gezogen werden können, wegfiel.

115., Heft 4.

Prof. Dr. Friedrich Pick †. Nachruf.
Experimentalphonetische Untersuchungen über die Stimme ohne Kehlkopf. Schilling und Binder.
* Kehlkopfschädigung nach Röntgenbestrahlung. v. d. Hütten.
* Die klinische Bedeutung von Pulsveränderungen im Verlauf komplizierter und nichtkomplizierter otitischer Erkrankungen. Nüßmann.

Kehlkopfschädigung nach Röntgenbestrahlung. Es werden zwei einschlägige Fälle mitgeteilt. 1. Wegen Trichophytie in einem großen Röntgeninstitut von 4 Feldern aus mit je ¾ HED in einer Sitzung bestrahlt. Noch am selben Tage Schluckschmerzen, Trockenheit im Hals. Außen am Hals Rötung, die in ein chronisches Hautödem überging. Nach 8 Tagen Heiserkeit. Nach 4½ Monaten Röntgenulkus am Kinn. Im 6. Monat nach der Bestrahlung schwere Perichondritis der Epiglottis und der Aryknorpel ohne Ulzeration. Diese Röntgenspätschädigung heilte langsam auf konservative Behandlung hin aus.

2. Wegen tuberkulösen Lymphomen in der Submaxillargegend im Verlauf von sechs Monaten in 31 Sitzungen auf 2—3 Felder je dreißigmal (Kienböckstreifen). Fünf Jahre nach der letzten Bestrahlung, ohne daß bis dahin eine Röntgenreaktion sich eingestellt hätte, starke Schwellung der linken Stimm- und Taschenlippe und Fixation der Stimmlippe. Es muß auch hier eine Röntgenspätschädigung angenommen werden. Der Patient ist nach mehrfacher Inzision eines perichondritischen Abszesses ad exitum gekommen. Vielleicht ist die wegen Tumorverdachts vorgenommene Probeexzision nicht ganz schuldlos an dem schweren Verlauf. Jedenfalls soll man sich beim geringsten Verdacht einer Röntgenschädigung jedes lokalen Eingriffes enthalten, da das geschädigte Gewebe außerordentlich leicht sich infiziert.

Verfasser empfiehlt Zurückhaltung mit der Röntgenbestrahlung bei gutartigen Affektionen des Halses, wenn diese auch operativ beseitigt werden können und Beobachtung durch Laryngologen bei Bestrahlung, ferner durchaus konservative Therapie bei Röntgenschädigung des Kehlkopfes.

Die klinische Bedeutung von Pulsveränderungen im Verlauf komplizierter und nicht komplizierter otitischer Erkrankungen. In Tierexperimenten läßt sich, wie verschiedene Autoren beschrieben haben, eine Pulsverlangsamung durch Erhöhung des Hirndruckes erst bei ganz hohen Werten von 50 mm Hg = 660 mm H_2O aufwärts konstatieren. Solche Hirndruckerhöhungen sind beim Menschen äußerst selten oder überhaupt nicht vorhanden. Bei Erhöhung des Hirndruckes durch Halsstaubinde auf 750 mm H_2O konnte Brünings beim Menschen keine klinischen Symptome wie Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel, vor allem keine merklichen Veränderungen von Puls und Atmung hervorrufen. Es ist die bei Meningitiden auftretende Pulsverlangsamung in den allermeisten Fällen keine Hirndruckerscheinung, sondern durch toxische oder entzündliche Reizung des Vaguszentrums bedingt. Dagegen ist wohl echter Hirndruckpuls vorhanden, wo lokale Verschiebungen der Hirnsubstanz im Spiele sind, also bei großen Extraduralabszessen und bei Hirnabszessen, besonders wenn sie in der hinteren Schädelgrube ihren Sitz haben, ferner bei akutem Hirnödem. Vom echten Hirndruckpuls unterscheidet sich die toxische Pulsverlangsamung dadurch, daß sie nicht durch druckentlastende Maßnahmen beeinflußt wird.

Klinisch ist besonders Wert auf eine sorgfältige Pulskontrolle zu legen. Jede im Verlauf einer Ohr- oder Nebenhöhlenerkrankung auftretende Pulsverlangsamung muß als Zeichen einer bereits vorhandenen oder sich vorbereitenden Komplikation im Schädelinnern angesehen werden. Als Ausnahmen sind zu erwähnen konstitutionelle Bradykardie und akute Labyrinthitis. Die Lumbalpunktion kann dann die Diagnose weiter klären. Diese Pulsverlangsamung ist häufig das erste Symptom einer eintretenden Meningitis.

Pogorschelsky, Dortmund.

Zahnärztliche Rundschau.

Nr. 23, 5. Juni 1927.

Randbemerkungen zu Retterers Hypothese über Struktur und Ursprung des Schmelzes der Nagezähne. Apffelstaedt.
„Fehldiagnosen." Beitrag zu den Bemerkungen von Musäus in der Zahnärztlichen Rundschau Nr. 29 und zu dem Aufsatz von Moral in der Zahnärztlichen Rundschau Nr. 13 und 14. Morgen.
* Gefahren der Zahnbürste. Ernst Mayer.
Aufklappung in der kleinen Kieferchirurgie. Entgegnung auf die Veröffentlichung in der Zahnärztlichen Rundschau Nr. 21. F. C. Münch.
Wert der Immediatprothese. Schlußbemerkungen zu dem gleichnamigen Aufsatz von Dr. Seitz in der Z. R. Nr. 19. Paul Wolpe.

Die Gefahren der Zahnbürste. Nach längeren Ausführungen kommt Verfasser zu folgenden Schlußfolgerungen: Die Zahnbürste ist in ihrer derzeitigen Gestalt aus dem täglichen Gebrauch zu entfernen. Auf keinen Fall dürfen Borsten zur Verwendung kommen. Es ist dafür Ersatz zu schaffen aus einem Material, das keine Verletzungen an der Papille und Ligamentum hervorrufen kann, aus einem Material, das leicht keimfrei gehalten werden oder bei jedesmaligem Gebrauch erneut werden kann, so daß die Möglichkeit einer chronischen Irritation und Verletzung der Weichteile gleichzeitiger Infektion auf ein Minimum reduziert wird. Eine evtl. Verminderung der Reinigungskraft dürfte sich durch vermehrte Anwendung pulverisierter Schleifmittel mit gründlicher Nachspülung unschwer ausgleichen lassen.

L. Gordon.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

71. Jahrg., 1. Hälfte, Nr. 17, 23. April 1927.

Die biologische Grundlage der Menschwerdung. L. Bolk.
Ein psychisches Gesetz im Bau des Gehirn. C. U. Ariens Kappers.
Röntgenuntersuchung bei Periösophagitis. Eelco Huizinga. S. Keijser.
Ursache der Stildrehung von Eierstockgeschwülsten. C. E. Peters.
Ileus durch nicht alltägliche Ursache. A. G. J. Hermans.

Nr. 18, 30. April 1927.

Geschwülste bei der eingeborenen Bevölkerung auf Java. Th. Wieberdink.
Synostosis epidiaphysica praecox des distalen Oberschenkelendes. W. F. Wassink.
* Rhythmische Erscheinungen des normalen und kranken Nervensystems. H. de Jong.

Ueber rhythmische Erscheinungen des normalen und kranken Nervensystems. Ueberall da, wo Nervenzellen, ob sie nun normal oder pathologisch verändert sind, bei Mensch oder Tier zusammenliegen, und die Kapazität der Reizladung dieser Zellen überschritten wird, entsteht die Möglichkeit rhythmischer Entladung. Die Versuche von Fritsch und Hitzig geben hierfür ein experimentelles Beispiel.

Bei krankhaft degenerativ oder toxisch veränderten Nervenzellen findet eine Aufhebung der Hemmungen statt, die sich durch Sinken der maximalen Ladungskapazität erklären läßt, das heißt also, daß eine geringere Reizzufuhr schon zur Entladung führt. Versuche bei einem Patienten mit fibrillären Kontraktionen bewiesen dies deutlich. Auch bei hypertonischen Zuständen und bei erhöhter Emotionalität ist eine geringe Reizzufuhr schon imstande, rhythmische Entladungen zu veranlassen. Chemische Mittel können dagegen die Kapazität der Zellen gerade erhöhen, wodurch die rhythmische Entladung verhindert wird. Beispiel: Skopolamin, Bulbokapnin.

Durch systematische Versuche an normalen, kranken und zerebellumlosen Hunden kam Autor zu der These, daß jeder Tremor nur von der Reizverarbeitung abhängig sein kann, Aktionstremor. Diese Reizverarbeitung, kräftig bei normalen, gering bei pathologischen Fällen, kann die Veranlassung zu rhythmischer Entladung sein, wodurch Verfasser jeden Tremor biologisch erklären zu können glaubt. Reizverarbeitung bei pyramidaler Steifheit gibt Klonus, der also auf die gleiche Weise erklärt werden kann, während man die epileptisch-tonisch-klonischen Aeußerungen als Entladungserscheinungen auffaßt analog der Hirnreizung von Fritsch und Hitzig. Eine weitere Analogie findet man auch in der rhythmischen Entladung der Ejakulation, der die Ladung durch Erektion voraufgeht. Ob manche Formen von Nystagmus auch eine analoge Erklärung zulassen, ist noch in der Bearbeitung.

Nr. 19, 7. Mai 1927.

Regierungsmaßnahmen zur Bekämpfung der Lepra in Surinam und Ambon. P. Cool.
Merkwürdige Lebergeschwulst. J. M. Plateydt.
Spirochaetosis icterohaemorrhagica. G. C. E. Burger.
Empfehlenswerte Methode zur Entfernung des Weisheitszahns aus dem Unterkiefer. J. J. de Vries.
Febris typhoidea bei Kindern. D. Herderschêe.

Nr. 20, 14. Mai 1927.

Kehlkopftuberkulose bei Javanern. H. Müller, W. F. J. van Waveren.
Störungen nach Prostatektomie. P. R. Michael.
Farbensinn bei Fischen. G. F. Rochat.
Vollkommen homonyme Hemianopsie bei nicht traumatischer Verletzung der optischen Bahn. H. J. M. Welwe.
Myxödem. W. A. Weisfelt.
Meningitis cerebrospinalis epidemica. A. Charldte Ruys.

Nr. 21, 21. Mai 1927.

Quantitative Bestimmung geringer Glykosemengen. M. J. Schulte.
* Kreislauf des Blutzuckers und der Mechanismus des Diabetes. B. Sybrandy.
Mikrozephalie und Bolks Fötalisationslehre. H. C. Jelgersma.

Chirurgische Behandlung der Pachymeningitis cervicalis hypertrophica. H. C. Rümke, J. Goudsmit.
Intravenöse Pituitrineinspritzung bei Nachgeburtsblutungen. W. M. J. Schellekens.

Der Kreislauf des Blutzuckers und der Mechanismus des Diabetes. ıutor hat früher den Nachweis versucht, daß man beim Kohlehydrat-toffwechsel von einem Blutzuckerkreislauf sprechen kann. Es be-teht eine dauernde Glykogenese, besonders in der Leber, aber auch ı den Muskeln. Andererseits wird ein Teil des Zuckers aus dem 'enenblut im Darm, in der Leber als Glykogen festgelegt und ein 'eil des arteriellen Blutzuckers geht in die Muskeln. Diesen Prozeß ennt Verfasser Glykometastase.

Das Pankreas sezerniert 3 Hormone; die die Glykogenese, die ilykolyse und die Glykometastase zuwege bringen. Eine Störung in er Glykometastase macht den Menschen zum Diabetiker.

Eine sehr große Kohlehydratzufuhr ist nicht imstande, eine wich-ge Hyperglykämie zu verursachen oder danach noch zu Glykosurie u führen, wenn die Glykometastase ausreichend wirkt. Das Insulin st kein Ferment, sondern ein Hormon. Insulin an und für sich ist nwirksam. Blut und Insulin ergibt keinerlei Wirkung. Vielmehr ist ie lebende Leber- und Muskelzelle zur Entfaltung der Wirkung nötig.

Daß die Hyperglykämie nach der Claude Bernardschen „piquure" icht hepatogen ist, geht aus folgendem hervor:

1. In normalen Fällen werden große Mengen Zucker aus dem Blut ntfernt durch die Glykometastase. Wenn diese nach dem Zucker-tich in gewöhnlicher Weise weiter wirkte, dann würde es nicht zur ilykämie kommen.

2. Es ist erwiesen, daß die Leber große Mengen Zucker her-orbringt.

3. Autor hat nachgewiesen, daß normalerweise schon soviel ucker in die Muskeln kommen kann, daß allein dadurch Hyper-lykämie verhindert werden kann.

Das Wesen des Zuckerstichs ist also nicht in der Leber, sondern n Pankreas zu suchen, lähmende Wirkung auf dies Organ. Stimmt as, so muß auch Insulin die Folgen des Zuckerstichs aufheben, was atsächlich in Toronto nachgewiesen ist. Der Vagus wird durch die 'iquure ganz oder teilweise ausgeschaltet; es folgt, daß der Sym-athikus das Uebergewicht erhält, daß mehr Adrenalin abgegeben rird. Spritzt man Adrenalin ein, dann nimmt der Blutzucker schon 1 5 Minuten wieder zu.

Autor hat selbst Untersuchungen darüber angestellt, wo der aus em Darm aufgenommene Zucker bleibt und zwar beim Nichtdia-etiker und beim Diabetiker und hat nachgewiesen, daß die Leber uch aus Eiweiß Zucker hervorbringt. Er schließt mit folgender Zu-ammenfassung: Der Diabetiker ist nur graduell, nicht im Wesen ver-chieden vom Normalen. Diabetes ist also eine viel unkompliziertere rankheit, als man meist annimmt. Durst, Hunger, Impotenz sind abei nur die Folgen und haben mit dem Wesen der Krankheit nichts u tun. Sobald das fehlende Hormon ersetzt wird, schwinden die rscheinungen wie mit einem Zauberschlage. Der Diabetiker kann veniger Hormon produzieren. Die Hauptwirkung ist „synthetisch", vodurch es zum Transport der Glykose in die Gewebe kommt, haupt-ächlich zu den Muskeln und nicht zu der Leber. Von der Leber aus ndet eine fortdauernde Glykoseaussendung statt. Ein Zuviel hier-on wird aufgestapelt, so daß es tatsächlich zu einem Blutzucker-reislauf kommt. Die Leber kann auch aus anderen Stoffen, als aus ilykogen Zucker produzieren.

Der Diabetiker kann den Zucker ebenso gut umsetzen und ver-rennen wie ein Normaler. Seine Leber produziert nicht mehr ucker als beim Gesunden. Nur bei erhöhtem Blutzucker besteht ermehrte Glykolyse. Diese ist, soweit sie vom Pankreas abhängig t, beim Diabetiker erniedrigt. Es gibt aber noch eine allgemeine örperglykolyse, die beim Diabetiker nicht zu niedrig ist.

Sowohl nach Glykose als nach Eiweiß und nach Fett (wenig) immt das Azeton erst zu. Aber bei Eiweiß und Fett ist der Blut-ıckergehalt erst höher geworden. Dadurch fehlt der Reiz zur Ab-ınderung des oxydativen Hormons und die Azetonurie ist gestiegen nd bleibend. Dieser starke Reiz entsteht wohl nach Kohlehydraten eim Diabetiker, wodurch der steigende Blutzucker das Pankreas wingt, das oxydative Hormon abzusondern, wodurch einige Stunden päter das Azeton oxydiert wird. Auch hier also wiederum nur ein uantitativer Unterschied vom Normalen.

Das Pankreashormon hat also 1. hauptsächlich eine synthetische Virkung gegenüber den Kohlehydraten, ein Prozeß, der sich vor-ehmlich in den Muskeln abspielt und 2. eine oxydative Wirkung, wo-urch die Ketone verbrannt werden. Mit der Verbrennung der ohlehydrate als solcher hat das nichts zu tun.

Ueber chirurgische Behandlung der Pachymeningitis cervicalis ypertrophica. Ein Patient mit dieser Erkrankung, die wahrschein-ch tuberkulös war, kam nach operativer Behandlung, wobei ein Teil er verdickten Dura entfernt wurde, innerhalb von 3 Monaten prak-sch zu vollkommener Genesung. Dieser Zustand scheint nach einem ahr konstant zu sein. Das macht es unwahrscheinlich, daß im ückenmark oder irgendwo anders noch ein Prozeß bestehen soll, den die Pachymeningitis sekundär verursacht haben soll. Die Ope-ration scheint hier die Heilung zuwege gebracht zu haben. Sprechend ist auch das Resultat der Röntgenuntersuchung mit Hilfe von Lipiodol, das einen eigenartigen spulförmigen „Arrêt" hervorbrachte.

Nr. 22, 28. Mai 1927.

Schwangerschaftsgelüste. G. H. Mulder.
Kristalle im Auge. E. Marx.
Agranulozytose. Hermann Vos und T. A. Staal.

Kurt Heymann, Berlin.

Acta chirurgica scandinavica.

61., Fasc. 5, 6.

* Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie der toxischen Strumen. Johan Holst (Oslo).
Ueber Kreislaufverhältnisse bei Embolie der Arterien der unteren Extremität. Einar Perman (Stockholm).
* Säureverhältnisse im Magen nach Gastroenterostomie und Resektion Einar Perman (Stockholm).
* Experimentelle und klinische Untersuchungen über den postoperativen, sogenannten paralytischen Ileus. Herbert Olivecrona.
Ein Fall von chronischer Thyreoiditis (Riedel). Einar Perman u. F. Wahlgren (Stockholm).
Metatarsus latus und Hallux valgus. Nils Silfverskiöld (Stockholm).
* Ein Fall von peptischem Geschwür der Speiseröhre. Sune Norlén (Stockholm).
Ein Fall von Kavernom des Ileus unter Vortäuschung einer Intussuszeption bei einem Kind von drei Monaten. Erik Michaelsson (Finspang).
Ein Fall von Dislokation des Knies. Erik Michaelsson (Finspang).
* Ueber Embolie der Art. mesenterica sup. im Anschluß eines mit Erfolg operierten Falles. Sigurd Siövall (Växjö).

Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie der toxischen Strumen. Im Anfang seiner Arbeit hebt Verf. es hervor, daß es richtiger sei, die symptomatischen Diagnosen „primärer und sekundärer Basedow" durch die kausalen „primäre und sekundäre Thyreotoxikose" resp. „primäre und sekundäre toxische Struma" zu ersetzen. Beide Formen der toxischen Struma werden durch Auftreten von epithelialem Geschwulstgewebe von meist adenomatösem Charakter in der Schilddrüse hervorgerufen, das sich in der primären und sekundären Form der Thyreotoxikose in morphologischer und funktioneller Hinsicht unterscheidet. Versuche an Froschlarven haben ergeben, daß das Adenomgewebe selbst, und nicht etwa das normale Gewebe aus der Umgebung des Adenoms, die Stoffe produzieren, welche die Thyreotoxikose verursachen. — Als Normalbehandlungsmethode wird möglichst radikale Resektion in einer Sitzung vorgeschlagen, nachdem für die primäre Form eine Vorbehandlung mit Lugolscher Lösung, bei den sekundären Formen eine Liegekur vorausgegangen war. Mit dieser Behandlung wurden zufriedenstellende Resultate erzielt. Nach der Operation aus dem Wundbett entnommenes Sekret erwies sich als Thyreoidea-Absonderung. Es wird deshalb vorgeschlagen, für gute Drainage des Wundbettes zu sorgen.

Säureverhältnisse im Magen nach Gastroenterostomie und Resektion. Verf. hält die Magenfistel für ein sehr wertvolles Hilfsmittel bei Magenoperationen. Da jede Spannung der Naht durch den sich stauenden Mageninhalt vermieden wird, besteht gewöhnlich nicht die Gefahr einer Nahtinsuffizienz. Verf. hat bei Patienten, bei denen nach Magenoperation eine solche Fistel angelegt war, Untersuchungen über die Säureverhältnisse angestellt. Bei den Fällen, bei denen eine Gastroenterostomie angelegt worden war, ergab sich nach der Operation, daß die Säurewerte nicht gesunken, in einzelnen Fällen sogar erhöht waren. Bei den Fällen von Resektion des Canalis und des Sinus wurde eine gute HCl-Produktion, bei zwei anderen Fällen, bei denen auch ein großer Teil des Corpus reseziert worden war, Hypazidität oder Anazidität nachgewiesen. — Der HCl-Verlust muß, da er die Gefahr einer Tetania gastrica in sich birgt, deshalb berechnet und die verlorene Menge durch physiologische NaCl-Lösung kompensiert werden.

Experimentelle und klinische Untersuchungen über den postoperativen, sog. paralytischen Ileus. In vorliegender Arbeit prüft Verf. die Entstehung des Ileus als paralytische Erscheinung im Anschluß an Trauma oder Peritonitis. Er kommt zu der Ansicht, daß Trauma und Peritonitis die rhythmischen Kontraktionen nicht beeinflussen, daß sie keine Parese der Muskulatur selbst in der Darmwand hervorrufen. Auch Störungen in der allgemeinen Zirkulation spielen für das Auftreten des Ileus keine Rolle genau so wenig, wie Hemmungsreflexe auf dem Wege über das Rückenmark keinen Anlaß für das Aufhören der Peristaltik geben. Als wahrscheinlichster Weg für das Zustandekommen der Traumawirkung wird ein Hemmungsreflex auf den Bahnen angesehen, die in Form eines Axonreflexes oder eines wirklichen Reflexes durch den Plexus solaris laufen. — Der Mechanismus für die Einwirkung der Peritonitis ist nicht mit Sicherheit erforscht. Verf. nimmt jedoch an, daß es sich wie beim Trauma um

Hemmungsphänomene handelt. Die Hemmung wird, da sie auch durch Durchschneidung der Splanchnici und nach radikaler Exstirpation des Plexus solaris nicht aufgehoben wird, wahrscheinlich durch intramurale oder in unmittelbarer Nähe der Darmwand verlaufende Bahnen vermittelt, wobei das Vorhandensein mechanischer Hindernisse eine gewisse Rolle spielt.

Ein Fall von peptischem Geschwür der Speiseröhre. Verf. beschreibt den höchst interessanten Fall, wo es in einer in den unteren Teil der Speiseröhre versprengten Magenschleimhautinsel zur Bildung eines Ulcus pepticum mit Perforation in das Mediastinum und den linken Pleurasack hinein gekommen war. Die Erkrankung verlief unter dem Bilde eines perforierten Ulkus ventriculi und wurde erst bei der Operation diagnostisch richtiggestellt. Für die Entstehung eines Ulcus pepticum in der Speiseröhre scheint die Anwesenheit von versprengter Magenschleimhaut notwendig zu sein.

Ueber Embolie der Art. mesenterica sup. im Anschluß eines mit Erfolg operierten Falles. Verf. kann zu den bisher in der Literatur veröffentlichten, mit glücklichem Ausgang operierten Fällen bei Embolie in der Art. mesenterica sup. einen weiteren hinzufügen, wo es ihm durch Resektion von 4½ m Dünndarm gleich 90 % seiner totalen Menge gelang, den Patienten am Leben zu erhalten.

Acta obstetricia et gynecologica scandinavica.

6. Fasc. 2.

- * Hämorrhagie des Corpus luteum. Ludvig Simon.
- Fibromyome des Mesenterium. Emil Bovin.
- Kraniotomien an der Frauenklinik in Lund. Gunnar Fischer.
- * Verhaltung von Plazentarresten. Carl Magnus Ryberg.
- * Utero-Salpingographie. Sigv. N. Bakke.
- Verhandlungen der geburtshilfl.-gynäkol. Ges., Stockholm 1925—1926.

Hämorrhagie des Corpus luteum. Corpus luteum-Cysten können starke intraperitoneale Blutungen hervorrufen. Wie Verf. an 3 Fällen zeigen konnte, waren die Blutungen nicht auf eine Ovarialgravidität zurückzuführen sondern stammten z. T. aus einer geplatzten Corpus luteum-Cyste, z. T. aus dem hyperämischen und reichlich vascularisierten Gewebe in der Wandung und der Umgebung der Cyste. Es hat den Anschein, als ob die Entwicklung solcher Cysten in einem gewissen Zusammenhang mit chronisch-entzündlichen Vorgängen im kleinen Becken stände (Salpingitiden, Appendicitis, Myom, Ovarialtumoren usw.). Die Ovarien sind vergrößert, die Tunica albuginea ist verdickt. Infolgedessen wird der Follikelsprung erschwert oder gänzlich verhindert. Es kommt zur Bildung eines corpus luteum persistens, das allmählich durch die ständige Reizung, die die reifenden Follikel verursachen, cystisch degeneriert und sich mit einer Zone entzündlich-hyperämischen Gewebes umgibt. Es besteht ferner die Möglichkeit, daß der Follikelsprung in die Cyste hinein erfolgt, da die Wandung erheblich nachgiebiger ist als die Tunica albuginea. In beiden Fällen kann es zu starken intraperitonealen Blutungen kommen.

Verhaltung von Plazentarresten. Die Entscheidung, ob nach der Geburt der Plazenta ein Plazentarrest im Uterus verblieben ist, stößt häufig auf große Schwierigkeiten. Unter 210 053 Geburten an der Universitätsklinik in Lund wurde diese Komplikation nur 45 mal beobachtet. Als häufigstes Symptom treten starke Blutungen auf, die in 55% der Fälle während der 1. Woche nach der Entbindung, in 36% erst in der 2. bis 3. Woche einsetzten. In 70% der Fälle Fieber. Ist die Verhaltung eines Plazentarrestes mit Sicherheit diagnostiziert, so ist es am besten, diesen so rasch wie möglich zu entfernen. In 50 % der Fälle ging der Plazentarrest spontan ab.

Utero-Salpingographie. Röntgenogramme nach Lipiodolinjektion in den Uterus und die Tuben zeigten am Uebergang der Tube in die Uteruswandung eine zirkuläre Einschnürung, die man mit dem Pylorus vergleichen könnte. Serienschnitte bewiesen, daß tatsächlich an dieser Stelle eine zirkulär angeordnete Muskelschicht vorhanden ist, die man als Sphinkter der Tube ansprechen muß. Die dem Sphinkter entsprechende Mukosa zeigt zwar endometrialen Bau, so daß im streng anatomischen Sinne der Sphinkter zum Uterus gehört. Jedoch besteht seine Funktion zweifellos darin, den Durchgang durch die Tube zu schließen, weshalb die Bezeichnung „Tubensphinkter" gerechtfertigt erscheint.

Paul Braun, Stettin.

Acta Paediatrica.

6. Supplement. 20. Mai 1927.

- * Klinische Untersuchungen über die Pathogenese der kindlichen Tetanie. Paul Drucker.

Klinische Untersuchungen über die Pathogenese der kindlichen Tetanie. Verfasser legt eine ausführliche monographische Darstellung der gesamten Tetaniefrage vor. Neben weitgehendster Berücksichtigung der gesamten Literatur, die teilweise auch kritisch beleuchtet wird, gibt der Autor auch die Ergebnisse eigener Untersuchungen bekannt. Der enggezogene Rahmen eines Referates erlaubt es nicht, auf Einzelheiten einzugehen. In den verschiedenen Abschnitten werden behandelt: Die Beziehungen zwischen Tetanie und Epithelkörperchen, zwischen Tetanie und Mineralstoffwechsel, zwischen Tetanie und dem Säure-Basengleichgewicht des Blutes; ferner wird die Alkalosetheorie abgehandelt. In weiteren Abschnitten finden sich die verschiedenen physiologisch-chemischen Untersuchungsmethoden zusammengestellt. Endlich findet die therapeutische Anwendung von CaCl und NH_4Cl an Hand von klinischen Beobachtungen ihre Darstellung. Die ausführliche Wiedergabe von Krankengeschichten und ein 10 seitiges Literaturverzeichnis beschließen das Buch. Einzelheiten, sowie die Folgerungen theoretischer wie praktischer Art, die Verfasser aus seinen Untersuchungsergebnissen zieht, müssen im Original nachgelesen werden.

6. Heft 3—4. 28. Mai 1927.

- * Fortgesetzte Studien über die Einwirkung der parenteralen Infektion und Intoxikation auf den Chlor-, Kalzium- und Magnesiumstoffwechsel. Nils Malmberg.
- * Beiträge zur Kenntnis des Morbus Gaucher, besonders in klinischer Hinsicht. Kj. Otto af Klercker.
- * Angeborene Zystenlunge und agenetische Bronchiektasie. Cornelia de Lange.
- * Beiträge zur Kenntnis der spasmophilen Diathese. IV. Mitteilung. E. Böttiger und Wilhelm Wernstedt.
- * Scharlachuntersuchungen. E. Gorter, Mar. de Korte und J. Munk.
- * Erythema nodosum und rheumatische Affektionen. Albin Landau.
- * Der Zuckergehalt der Zerebrospinalflüssigkeit und sein diagnostischer Wert. Elsa Lagergren.
- * 2 Fälle von multiplen Abszessen bei Säuglingen. Axel Friedlaender.
- * Einige Untersuchungen über die Dick'sche Reaktion im Kindesalter. N. Malmberg und G. Jacobsohn.
- * Erfahrungen mit antitoxischem Scharlachserum. I. Jundell und Nils Lönberg.
- * Ein Fall von Vergiftung durch Meta-Trockenspiritus. Harald Belfrage.

Fortgesetzte Studien über die Einwirkung der parenteralen Infektion und Intoxikation auf den Chlor-, Kalzium- und Magnesiumstoffwechsel. Der Arbeit liegen ausgedehnte Stoffwechseluntersuchungen zugrunde, die an 3 Kindern vorgenommen wurden. Es handelte sich um einen gesunden, natürlich ernährten und um einen künstlich ernährten Säugling, ferner um ein älteres Kind von 14 Monaten, das unter gemischter Kost stand. Bei allen 3 Versuchskindern fand der Verfasser nach Kuhpockenimpfung eine initial mit dem Vakzinationsfieber einsetzende erhöhte Chlorausscheidung im Urin. Im Anschluß hieran nahm trotz weiter bestehenden Fiebers die Chlorausscheidung ab, um sich beim Verschwinden der Temperaturen wieder normal einzustellen. Eine ähnliche, präfebril bzw. initial mit der Temperatursteigerung zunehmende Chlorausscheidung wurde bei 2 der Versuchskinder, die an Nasopharyngitis erkrankten, nachgewiesen. Nicht so eindeutig verliefen die Untersuchungen nach Typhusimpfungen, doch glaubt auch hier der Verf. aus seinen Ergebnissen auf eine rasch vorübergehende initiale Vermehrung der Chlorausscheidung schließen zu dürfen. Es wurden nur Urinanalysen vorgenommen, da erfahrungsgemäß die mit Fäzes ausgeschiedenen Chlormengen zu gering sind, um prinzipiell andere Resultate ergeben zu können. Die Untersuchungen des Kalzium- und Magnesiumumsatzes ergaben beim natürlich und künstlich ernährten Versuchskind eine vermehrte Kalzium- und Magnesiumscheidung mit den Fäzes im Gefolge der Kuhpocken- und auch der Typhusimpfung. Die vermehrte Ausscheidung scheint in der febrilen, wenn nicht erst in der postfebrilen Periode einzusetzen.

Beiträge zur Kenntnis des Morbus Gaucher, besonders in klinischer Hinsicht. Verf. berichtet über einen Fall von Morbus Gaucher bei einem 3 jährigen Kind. Die Diagnose wurde gesichert durch die mikroskopische Untersuchung der operativ entfernten Milz. Interessant sind die Mitteilungen über die ausgedehnte Beteiligung des Skeletts am Krankheitsprozeß, die röntgenologisch eindeutig festgestellt wurde. Als erkrankt weisen sich besonders die Knochen der oberen und unteren Extremitäten sowie die der gesamten Wirbelsäule aus. Der Fall ist ein klassisches Beispiel der sogenannten ossalen Form des Morbus Gaucher. Zur Stellung der Frühdiagnose ist die Röntgenuntersuchung ungemein bedeutungsvoll. Das Kind wurde während eines Jahres nach der Spenektomie in regelmäßigen Abständen nachuntersucht, wobei dem Blutbefund besonderes Interesse zugewandt wurde. Während vor der Operation eine ausgeprägte neutrophile Leukopenie und Thrombopenie neben der Anämie bestand, verloren sich bald nach der Splenektomie diese Blutveränderungen. Am schnellsten verschwand die Leukopenie, die auch vorhanden gewesene Lymphopenie schlug in eine deutliche Lymphocytose um und die Zahl der Blutplättchen erreichte normale Werte. Wesentlich langsamer reparierte sich die Anämie, bis auch hier normale Erythrocytenzahlen gefunden wurden. Verf.

laubt diese im Gefolge der Splenektomie einsetzende Besserung des laubt diese im Gefolge der Splektomie einsetzende Besserung des Blutbildes damit erklären zu können, daß die pathologisch vermehrte Zerstörung der Blutelemente in der Gauchermilz nach deren Entfernung in Wegfall kommt. „Diese vermehrte Zerstörung läßt sich wahrscheinlich mit der durch die Gaucherzelleneinlagerungen bedingten Blockierung so vieler der kapillären Sinusräume in Zusammenhang bringen, wodurch das Blut gezwungen wird, in größerer Ausdehnung als normal seinen Weg außerhalb der eigentlichen Blutbahn durch die Gewebeinterstitien der Pulpa zu nehmen, dies in Uebereinstimmung zu der Auffassung Eppingers, daß die Blutelemente in der Milzpulpa geschädigt bzw. zugrunde gerichtet werden."

Verf. suchte auch Klarheit in die chemische Natur der Gauchersubstanz zu bringen. Die Untersuchungsergebnisse in dieser Richtung werden etwas beeinträchtigt dadurch, daß sie erst 8 Monate nach der Splenektomie gewonnen wurden, während welcher Zeit die formalingehärtete Milz in Formalin konserviert gehalten wurde. Immerhin konnte in der Milz Cerebrosid, wahrscheinlich Kerasin, nachgewiesen werden.

Angeborene Zystenlunge und agenetische Bronchiektasie. Bericht über einen einschlägigen Fall. Die ersten Krankheitszeichen (Zyanoseanfälle) traten am 7. Lebenstage auf. Mit 7 Wochen erfolgte wegen Verschlechterung des Zustandes Krankenhausaufnahme und 10 Tage später trat exitus ein. Die Arbeit bringt ausführlich das pathologisch-anatomische Substrat des Falles, ferner bespricht Verf. die einschlägige Literatur.

Beiträge zur Kenntnis der spasmophilen Diathese. IV. Mittlg. Ein 4 Monate altes Brustkind mit dem für manifeste Spasmophilie typischen Symptomenkomplex. In einem schweren Anfall von Glottiskrampf tritt der exitus ein. Makroskopisch waren bei der Sektion weder Thymus noch Epithelkörperchen auffindbar. Erst die mikroskopische Durchforschung ergab das Vorhandensein normalen Thymus- und Parathyreoideagewebes auf der rechten Seite. Verf. besprechen kurz ätiologische Fragen der kindlichen Spasmophilie. Die Hypoplasie der Thymus im vorliegenden Fall kann ätiologisch kaum herangezogen werden, dagegen darf die vorliegende angeborene Hypoplasie der Epithelkörperchen zur Erklärung der Säuglingstetanie nicht ohne weiteres von der Hand gewiesen werden, erfährt sie doch auch tierexperimentell in gewissem Sinne ihre Bestätigung. Verf. wollen mit dieser Auffassung für den bestimmten Fall durchaus nicht die ätiologische Frage der Säuglingstetanie abschließend beantworten.

Scharlachuntersuchungen. Die von den Verf. mit einem in Utrecht hergestellten Impfstoff ausgeführten Dickschen Reaktionen ergaben ungefähr dieselben Resultate wie sie Dick's und Zingher mitteilten. Von 30 Scharlachkranken gaben 28 nach der Krankheit eine negative Reaktion. In den beiden anderen Fällen handelte es sich um Kinder, bei denen nicht absolut sicher ein vorausgegangener Scharlach festgestellt werden konnte. Mit dem therapeutischen Serum hatten Verf. keine augenfälligen Erfolge. Die am 3. oder 4. Tage nach Ausbruch des Exanthems gespritzten Kinder wurden in keiner Weise günstig beeinflußt, trotzdem durchschnittlich bei 5—10 jährigen 40 ccm Serum verabfolgt wurden. Wurde bereits am 2. Tage nach Ausbruch des Exanthems Serum gegeben, so fiel in einzelnen Fällen die Temperatur wohl ab und das Exanthem verblaßte, doch folgte einige Tage später wieder erneuter Fieberanstieg. Selbst in den scheinbar günstig beeinflußten Fällen bot das Serum nicht den geringsten Schutz vor Auftreten der üblichen Komplikationen. Günstiger beurteilen die Verf. die Resultate der Schutzimpfung.

Erythema nodosum und rheumatische Affektionen. Eine gemeinsame Aetiologie für Erythema nodosum und rheumatischen Krankheiten wird abgelehnt. Von 130 Fällen von Erythema nodosum bei Kindern im Alter von 1—14 Jahren fand sich nur 1 Kind, das vor der Erkrankung an Erythema nodosum eine rheumatische Affektion durchgemacht hatte. Unter 136 Fällen von Polyarthritis acuta, Chorea oder Endocarditis acuta war anamnestisch nur 4 mal Erythema nodosum nachweisbar. Alle 4 Fälle reagierten Pirquet positiv und in 3 Fällen waren die Zeichen einer tuberkulösen Lungenerkrankung feststellbar. Am häufigsten wurden vom Erythema nodosum Kinder im Alter von 3—10 Jahren betroffen, doch wurde es auch bereits bei jüngeren Kindern beobachtet. Hierzu im Gegensatz steht die Tatsache, daß die rheumatischen Erkrankungen erst vom 6. Lebensjahre an zur Beobachtung kamen. Auffallend ist, daß die rheumatischen Affektionen in den Winter- und Frühjahrsmonaten gehäuft auftreten. Das Erythema nodosum scheint nur in den Frühjahrsmonaten frequenter zu sein.

Der Zuckergehalt der Zerebrospinalflüssigkeit und sein diagnostischer Wert. Aus den zahlreichen Untersuchungen der Lumbalflüssigkeit auf deren Zuckergehalt ergibt sich praktisch folgendes: Bei der Differentialdiagnose zwischen Meningitis tuberculosa, Poliomyelitis, Encephalitis epidemica, Hirntumor, Meningitis acuta aseptica (Wallgren) usw. spricht ein niedriger Zuckergehalt des normaler Zuckergehalt spricht nicht absolut gegen eine solche. Liquors am meisten für eine Meningitis tuberkulosa. Erhöhter oder normaler Zuckergehalt spricht nicht absolut gegen eine solche. Der differentialdiagnostische Wert der quantitativen Zuckerbestimmungen im Liquor für die anderen Arten der Gehirnerkrankungen ist demnach minimal.

2 Fälle von multiplen Abszessen bei Säuglingen. Es handelt sich in beiden Fällen um 14 Tage alte Knaben. Das eine Kind kommt moribund zur Beobachtung. Irgend welche Besonderheiten werden intra vitam nicht festgestellt, insbesondere bestand kein Ikterus und der Nabelgrund zeigte ein normales Aussehen. Auch im anderen Fall bestand kein Ikterus, bei gesundem Nabelgrund. Das Krankheitsbild wurde durch hohe Temperaturen und einem pathologischen Herzbefund beherrscht. Beide Male handelte es sich um multiple Abszesse und Nekrosen im Lebergewebe, im letzteren Fall einhergehend mit Thrombosenbildung in den Nabelgefäßen und einem cor uniloculare. Verf. faßt beide Fälle als sehr akut verlaufende Nabelsepsis auf, bei denen die Mikroorganismen oder deren Toxine in die Leber eindrangen ohne pathologische Veränderungen am Nabel oder dessen Gefäßen zu setzen.

Einige Untersuchungen über die Dick'sche Reaktion im Kindesalter. Die an 1200 Kindern im Alter von 0—15 Jahren ausgeführte Dick'sche Reaktion ergab in 66,8% positive, in 24,2% negative und in 9% unsichere Resultate. Die Kinder im Alter von 1—5 Jahren zeigten am häufigsten positive Reaktion. Von 73 Kindern, die sicher Scharlach durchgemacht hatten reagierten 11% positiv, 82,2% negativ und 6,8% unsicher. Pseudoreaktionen traten in 9,3% der Tuberkulinpositiven auf, hingegen nur in 4,8% der Tuberkulinnegativen. Bei 320 Kindern wurde die Dick'sche Reaktion in Intervallen von 4—6 Wochen 2—8 mal wiederholt um einen Einblick in das Verhalten der Spontanschwankungen zu erhalten. Nur in 1% der ursprünglich positiv reagierenden Fälle schlug die Reaktion um. Größere Schwankungen wiesen die ursprünglich negativen Reaktionen auf, von denen nicht weniger als 20% bei wiederholter Prüfung positiv wurden. Demnach wird bei der Frage nach der Empfänglichkeit eines Kindes für Scharlachinfektion die positive Reaktion höher als die negative bewertet werden müssen.

Erfahrungen mit antitoxischem Scharlachserum. Bericht über 17 Scharlachfälle, die therapeutisch mit von den Verff. selbst hergestellten antitoxischen Scharlachserum behandelt wurden. Es handelte sich dabei fast nur um leichte und mittelschwere Fälle. Die Wirkung war eine gute, doch konnten Komplikationen nicht verhindert werden. Das Serum gab auch positives Auslöschphänomen. 10—20 ccm intramaskulär, bei erwünschter rascher Wirkung intravenös gegeben, dürfte die für leichte und mittelschwere Fälle notwendige Dosis sein. In schweren Fällen empfiehlt es sich, die gleiche Menge 2—3 mal im Laufe von 2 Tagen zu geben, teils intravenös, teils intramuskulär. Das benutzte Serum ist ein rein antitoxisches, monovalentes. Versuche, ein polyvalentes, antitoxisches und antibakterielles Serum zu gewinnen sind im Gange.

Ein Fall von Vergiftung durch Meta-Trockenspiritus. Die in der Schweiz hergestellten „Metatabletten" erfreuen sich als Trockenspiritus einer ausgedehnten Verwendung. Sie bestehen aus Metaldehyd, das in 0,5 g pro kg Körpergewicht bei Hunden tödlich wirkt. Verf. berichtet über ein Kind von fast 3 Jahren, das ca. 2 g einer solchen Metatablette aß und im Anschluß hieran mit Schielen, Kopf- und Bauchschmerzen und unsicherem Gang erkrankte. Objektiv war außer dem Strabismus und dem eigentümlichen Gang (wie der eines Betrunkenen) nichts nachweisbar. Das fast 15 kg schwere Kind zeigte also bereits bei einer Dosis von 0,15 g pro kg Körpergewicht deutliche Vergiftungserscheinungen von Seiten des Zentralnervensystems. Also Vorsicht mit den Metatabletten!

Käckell.

Nowiny Lekarskie.

38., Nr. 10, 1926.

Das Heft ist Prof. L. Wachholz gewidmet.

Farbgruppe des Blutfarbstoffs. Zeynek.
Scheinbarer Hermaphroditismus. Bajoński.
Plötzlicher Tod dreier Personen im Tatragebirge. Ciećkiewicz.
Das ärztliche Berufsgeheimnis. Grywo-Dabrowski.
* Kasuistik der Fremdkörper im Anus und Rektum. Glatzel.
Zwei Fälle eines kombinierten Selbstmordes durch Erschießen und Ertrinken. Goldmann.
Beitrag zur Kenntnis der Vergiftungen mit Fluorverbindungen. Horoszkiewicz.
Mikroskopische Technik bei Untersuchungen der Haare. Kaczyński.
Gewinnung von präzipitierendem Serum nach Fujiwara. Łaguna.
Seltene Komplikation bei Magengeschwür. Maciag und Olbrycht.
Röntgen- und Radiumuntersuchungen bei Vergiftungen. Mayer.
Vergiftung mit Novocain. Mikulski.
Experimentelle Untersuchungen über den Wert der histologischen Lungenprobe bei verkohlten Neugeborenen. Olbrycht.
Untypischer Selbstmord durch Erschießen. Piotrowski.
Kasuistik der Einklemmung von Urethersteinen. Pisarski.
Giftiger Einfluß von Barium carbonicum auf Hühner. Robel und Olbrycht.
Methämoglobinämie in einem Falle von tödlicher Lumunalvergiftung. Siedlecki.
Experimentelle Untersuchungen über einige physikalisch-chemische Eigenschaften des präzipit. Serums. Schilling-Siengalewicz.
Präzipitine. Snieszko.
Selbstmordfall durch Erhängen in ungewöhnlicher Haltung. Szulistawska.
Refraktometrie in der Diagnostik des Todes durch Ertrinken. Szulistawska und Tobiczyk.
Plötzlicher Tod während des Gebärens. Szymonowicz.
Vergiftung mit Kalium bichronicum. Wroblewski.

Zur Kasuistik der Fremdkörper im Anus und Rektum. Zwei Fälle. Der erste betraf einen 21 jährigen imbezillen mit Struma belasteten Dorfjungen, der angab, seit frühester Kindheit an chronischer Obstipation zu leiden. Als die Verstopfung zuletzt zu lange anhielt, beschloß er, sich zu helfen. Zu diesem Zwecke führte er vor zwei Tagen einen Stock ins Rektum, um die Gedärme durchzustoßen. Der Stock ließ sich nicht mehr herausziehen. Der Kranke klagte über Leibschmerzen, vollständiges Verhalten von Winden und Stuhl! Die Bauchdecken waren etwas vorgewölbt, es bestand Tastempfindlichkeit und deutliche „Défensemusculaire" der linken Bauchhälfte. Temperatur 37,4, Puls 100. Der eingeführte Finger fühlte das Ende des Stockes, das 5 cm oberhalb des Sphincter ani in der Schleimhaut des Rektums eingekeilt war. Durch Zug an dem Ende konnte ein 43 cm langer, glatter, mit dem dünnen Ende nach oben gerichteter, oben ½ cm unten 1 cm breiter Stock herausgezogen werden. Laparamatomie. Peritoneum leicht injiziert. Im Douglas etwa 1 Liter trüber, übelriechender Flüssigkeit. Bei Uebergang des colon pelvinum ins S. romanum und zwar fast an der Vorderwand eine erbsengroße Oeffnung. An dieser Stelle hatte der Stock den Darm durchbohrt, seinen Weg zwischen den Dünndarmschlingen fast in der Medianlinie genommen, das Mesenterium des Colon transversum und das Lig. gastro-colicum durchbohrt und auf der Vorderwand des Magens liegend, sich auf das Zentrum tendineum d. Diaphragma gestützt. Die Klagen des Kranken finden ihre Erklärung in dem Bestehen eines langen und breiten Colon Sigmoideum (megasigmorideum). Der Kranke starb zwei Tage später an Peritonitis. —

Der zweite Fall betraf einen 46 jährigen Familienvater, der auf Anraten eines Kurpfuschers gegen die Magenbeschwerden sich eine Flasche mit Medizin ins Rektum eingeführt hatte. Bei Entfernungsversuchen wurde der Boden der Flasche abgebrochen, die ½ Liter-Flasche wurde im Krankenhaus entfernt. Die Schleimhaut- und Prostatawunden heilten schnell ohne Komplikation.

38., Nr. 11.
(Enthält keine Originalarbeiten.)

38., Nr. 12.

* Intravenöse Anwendung von Jodnatriumlösungen nebst allgemeinen Bemerkungen über die Wirkung von Jodverbindungen. H. Wasserman.
Anwendung des polnischen Goldpräparats in der Behandlung der Lungentuberkulose. E. Wajs.
Wirkung des Phytins bei unentwickelten Kindern. A. Klęsk.
Ausgebreitetes Hautemphysem als Komplikation eines tuberkulösen Ventilpneumothorax bei einem 12 jährigen Mädchen. St. Hryniewiecki.

Ueber die Anwendung von Jodnatriumlösungen nebst allgemeinen Bemerkungen über die Wirkung von Jodverbindungen. Auf Grund eigener Erfahrungen hat sich Verfasser überzeugt, daß intravenöse Einverleibung von 30—33½% Jodnatriumlösungen zu verhältnismäßig schneller Rückbildung von luetischen Veränderungen des Nervensystems führt; frische entzündliche Veränderungen im Rückenmark gehen sehr schnell zurück. Langsamer weichen die Symptome von veralteten Myelitiden resp. Meningomyelitiden, aber auch in diesen Fällen werden die Krampfsymptome geringer. Bei Tabes dorsalis wirkt Jodnatrium, intravenös appliziert, besonders günstig auf die Ataxie; die Blasenstörungen werden geringer, die lanzinierenden Schmerzen schwächer. Rezidive nach Jodnatriumbehandlungen kommen vor. Jodismuserscheinungen wurden nicht beobachtet. Kontraindiziert ist die intravenöse Anwendung von Jodnatrium bei 1. hoher Temperatur, 2. Schilddrüsenstörungen, Thyreotoxikosen, 3. dekompensierte Herzfehler, 4. Nierenkrankheiten 5. gleichzeitiger Quecksilberbehandlung.

38., Nr. 13/14.

Neuro- und psychopathische Kinder. H. Higier.
Radiumtherapie. K. Węckowski.

38., Nr. 15/16.

Chronische latente Endokarditis und ihre Behandlung. Sz. Bronowski.
Vitaminbehandlung bei Kindern. St. Kramsztyk.
Neuer Tubus für Röntgenapparate mit hoher Spannung. Bajoński.
Leukoderma solare. W. Filiński.
Therapeutische Bedeutung von subkutanen Sauerstoffapplikationen und deren Methodik. St. Hryniewiecki.

38., Nr. 17.

Untersuchungen über Magenverdauung unter dem Einfluß von Fetten. W. Filiński, W. Mackert.
* Anwendung von Pituitrin bei tuberkulösen Lungenblutungen. L. Fischer.
Adenopathia tracheo-bronchialis infantum. L. Regmunt-Sobieszczański.
Oesophagusentzündung als Ausgangspunkt einer Polyneuritis acuta mit tödlichem Ausgang. A. Krause.

Ueber die Anwendung von Pituitrin bei tuberkulösen Lungenblutungen. Auf Grund einer Arbeit des französischen Tuberkuloseforschers Rist (1913) hat Verfasser in neun Fällen von mittelschweren Lungenblutungen bei chronischer produktiver Lungentuberkulose intravenöse Injektion von Pituitrin mit gutem Erfolg angewandt, in zwei Fällen von exsudativer Phthise war der Erfolg wenig deutlich, die Intensität der Blutung war jedoch schwächer. Als Nebenerscheinungen nach der Injektion beobachtete der Verfasser intensive Leibschmerzen. Verf. wandte das Pituitrinpräparat Parke et Davis an.

38., Nr. 18.

Episiotomie. M. Glowinski.
Calcium und Magnesiumphosphoricum und ihr Einfluß auf den menschlichen Körper. M. J. Andrószewski.
Klinische Untersuchungen über den Synergismus einiger Narkotika. J. Leszczyński.

38., Nr. 19.

Sozialer Schutz des Kindes vor der Tuberkulose. K. Jonscher.
Einfluß des Sanocrysins und Aurosans auf die Tuberkelbazillen. L. Karwacki, Z. Krakowska, M. Zolberzanka.

38., Nr. 20.

Bedeutung der Grundumsatzbestimmung bei Krankheiten der Schilddrüse. F. Siedlecki.
Rektale Untersuchung der Gebärenden in sub partu. M. Herman.
Adenopathia trocheobronchialis infantum. E. Krajewski.

38., Nr. 21.

Neuzeitliche Methoden der Radiumbehandlung. T. Alkiewicz.
Pluriglanduläre Störungen. W. Medyński.
Seltener Fall von Entwicklungsstörung der Nebenniere. W. Lewiński.
Diagnostischer Wert der Perkussion der Leber. W. Filiński.
Adenopathia trocheobronchialis infantum. Ł. Regmunt-Sobieszczański.
Behandlung des tuberkulösen Fiebers mit Elbon „Ciba". J. Katzner.

38., Nr. 22.

Serodiagnostik und praktische Medizin. A. Krokiewicz.
Grundlagen der Diagnostik und Therapie der puerperalen Infektionen. T. Zuralski.
Rationelle Duodenalernährung. W. Filiński.

38., Nr. 23.

Serodiagnostik und praktische Medizin. A. Krokiewicz.
Chronische Osteomyelitis. Z. Dziembowski.
Diagnostisches Vorgehen bei primärer Syphilis. H. Danecki.

K. Bross, Poznan.

British Medical-Journal.

Nr. 3457, 9. April.

Lister als Physiologe. Charles S. Sherrington.
Lister als Pathologe und Bakteriologe. William Bulloch.
Lister als Chirurg. Berkeley Moynihan.
Lister, Erinnerungen eines Hauschirurgen. St. Clair Thomsen.
Fall von Entfernung des Ellbogen- und Kniegelenkes durch Lord Lister und der Befund 40 Jahre später. George T. Beatson.
Osteoperiostale Plastik für den Hängefuß. Arnold K. Henry.
Behandlung der Frakturdislokation des Fußgelenkes durch einen in 3 Abschnitten angelegten Verband. R. Wood Power.

Nr. 3458, 16. April.

* Herzerkrankung und Schwangerschaft. Thomas Oliver.
Fehler im Beruf. Henry Russell Andrews.

Herzerkrankung und Schwangerschaft. Während der Gravidität steigt allmählich das Schlagvolumen des Herzens an, bis es kurz vor der Geburt um die Hälfte angewachsen ist, um kurz nach der Geburt langsam zum Ausgangswert abzusinken. Ebenso erfährt der Blutdruck eine langsame Steigerung, die während der Wehen noch vermehrt wird und in 3 bis 4 Tagen nach der Entbindung verschwindet. Dieser physiologischen Mehrbelastung des Kreislaufes wird das Herz durch Inanspruchnahme der Reservekraft gerecht, doch kommt es sicherlich normaler Weise bei einem Teil der Schwangeren zu einer echten Hypertrophie des linken Ventrikels. Abgesehen von den Myocardschädigungen erweist sich die Mitralstenose als die gefährlichste Herzveränderung während der Schwangerschaft, der Geburt und des Puerperiums (Lungenstauung mit Hämoptysen schon in frühen Monaten der Gravidität, Dilatation des bei der Geburt besonders belasteten rechten Ventrikels), während die Aorteninsuffizienz am günstigsten angesehen werden muß. Doch entscheidend für die Prognose ist im Einzelfall nicht die Art des bestehenden Klappenfehlers, sonders der Zustand des Herzmuskels. Reizleitungsstörungen und dauernde, wesentliche Veränderungen des Rhthmus bedeuten eine Gefahr. Die Funktion des geschädigten Organes leidet nicht durch die Umgestaltung der mechanischen Verhältnisse, sondern durch das Unvermögen des Herzens, sich der Veränderung des Schlagvolumens anzupassen. Die so schon im Beginn der Gravidität bisweilen sich einstellende Dekompensation kann schon frühzeitig die Einleitung des Aborts notwendig machen. Bei der Erteilung der Heiratserlaubnis für eine herzkranke Frau ist — abgesehen von dem Herzbefund (Dilatation, Rhythmusstörung) und der Anamnese (Atemnot bei Anstrengung) vor allem den sozialen Verhältnissen Rechnung zu tragen. Oft übersteht eine Frau mit geschädigtem Herzen ohne wesentliche Zustandsänderung 2 oder 3 Schwangerschaften. Doch mit jeder Geburt wird das Herz weniger leistungsfähig und der Lungenkreislauf erschwert. Auch bei vorher gesunden Frauen kann durch starken Blutverlust vor oder unter der Geburt eine dauernde Dilatation des Herzens entstehen, ein Faktor, der für den Verlauf späterer Schwangerschaften von Bedeutung ist.

Perniziöse Anämie bei älteren Leuten. Im allgemeinen wird die Biermersche Krankheit vorwiegend im mittleren und späteren Lebensalter beobachtet, während ihr Auftreten nach dem 70. Lebensjahr nur selten verzeichnet wird. Doch scheint das Senium — wie neuere Statistiken erweisen — unter den ätiologischen Faktoren dieser Erkrankung eine größere Rolle zu spielen, als ihm bisher zuerkannt wurde. Die Häufigkeit der perniziösen Anämie wächst mit dem Alter. Die Altersschichtung bei dieser Krankheit weicht nicht sehr von der des Karzinoms ab. Mit dem Alter wechselt auch die Frequenz der Geschlechter. Unter 50 Jahren erkranken mehr Frauen als Männer, während nach diesem Zeitraum das Umgekehrte der Fall ist.

Nr. 3459, 23. April.

Epidemiologie und Pathologie der Poliomyelitis. Das Virus der Poliomyelitis ist bisher nur auf der Schleimhautoberfläche und im Nervensystem nachgewiesen worden. Ohne Abschwächung seiner Virulenz kann es den Darmtraktus durchwandern. Von jeder Stelle der Respirations- oder Verdauungswege aus kann die Einwanderung in das Nervensystem erfolgen. Vielleicht bestimmt der Ort des Eindringens im Einzelfall, welcher Teil des Nervensystems vorwiegend erkrankt. Genau so wie das Virus der Tollwut oder des Tetanus gelangt das Poliomyelitisvirus längs der Nervenbahnen (perineural in den Lymphgefäßen oder längs der Achsenzylinder) zum Zentralorgan. Mit dem Blutstrom wird das Virus nicht eingeschwemmt. Vielmehr zerstört das Blutserum das Virus, denn intravenöse Injektionen an den überaus empfänglichen Affen gehen niemals an, während im Tierexperiment die subkutane, intramuskuläre, intraneurale Einbringung von virushaltiger Rückenmarksaufschwemmung ein charakteristisches Krankheitsbild entstehen läßt. Auch durch Aufpinselung des Nasenschleims Erkrankter auf eine Schleimhaut ist die Krankheit experimentell zu übertragen. Die allgemeine Schwellung und parendymatöse Degeneration des lymphatischen Apparates sowie der Leber und der Milz — wie sie oft bei den Poliomyelitisfällen sich zeigen — sind als Folge der vom Virus ausgehenden Toxinwirkung aufzufassen. Entlang der vorderen Wurzeln dringt das Virus in das Rückenmark ein und entfaltet daher an den Vorderhörnern die größte Wirkung. In doppelter Weise wird das Nervengewebe geschädigt. Zunächst entwickelt sich eine Vergiftung der Nervenzellen mit Aufhebung der Funktion, die zurückgehen kann oder endgültig zur Degeneration führen kann. Die Erholung von dieser Giftwirkung tritt als rascher Rückgang der Lähmungen in Erscheinung, wie er so oft in der ersten oder zweiten Krankheitswoche beobachtet werden kann. Außerdem besteht eine lokale entzündliche Reaktion, die bei besonderer Intensität akute Nekrosen des befallenen Gebietes entstehen läßt und oft mit zahlreichen kleinen Blutaustritten vergesellschaftet ist. Der Entzündungsvorgang zeigt sich als Ansammlung großer Mengen von Lymphozyten um die Gefäße herum mit ausgesprochenem Gewebsödem. Im Gegensatz zur Syphilis und der Encephalitis lethargica enthalten diese perivaskulären Rundzelleninfiltrate eine beträchtliche Anzahl polymorphkerniger Elemente. Das Uebergreifen der entzündlichen Vorgänge auf die Meningen ruft klinische Zeichen der Meningitis hervor und bedingt neben einer Zellausschwemmung diagnostisch wertvolle Veränderungen des Liquor cerebrospinalis. Die Lumbalpunktion ist unbedingt bei der akuten Erkrankung angebracht, da sie eine Reihe von Symptomen (Erbrechen, Nystagmus, Nackensteifigkeit und Hyperästhesie) rasch zum Verschwinden bringt und in 98% die Diagnose mit Sicherheit stellen läßt. Neben dem vermehrten Eiweißgehalt, der Zellvermehrung und dem häufig sich bildenden Spinngewebsgerinnsel finden sich normale Werte für die Chloride und ein normaler Zuckergehalt, Befunde, die eindeutig gegen eine tuberkulöse oder eitrige Hirnhautentzündung zu verwerten sind. Die Kultur des Liquors erweist sich zudem als steril. Lediglich bei der Encephalitis lethargica kann der Liquor den gleichen Reaktionsausfall ergeben. Doch spricht das Auffinden polymorphkerniger Zellen im Lumbalpunktat entschieden für das Bestehen einer akuten Poliomyelitis.

Das Virus ist sehr widerstandsfähig gegen Austrocknung und der Einwirkung chemischer Stoffe wie Glyzerin und Karbolsäure in Konzentrationen, die andere Erreger abtöten. Das Virus wird als filtrierbar bezeichnet, doch sinkt das Infektionsvermögen mit jeder Filterpassage; ein Umstand, der darauf hinweist, daß der Erreger gerade klein genug ist, um mit Schwierigkeit die Poren des Filters unter Druck durchwandern zu können. Der Keim besitzt eine kugelähnliche Gestalt, wächst auf Noguchi-Nährboden und kann im Nervensystem der am Poliomyelitis Verstorbenen im Bereich der pathologischen Veränderungen nachgewiesen werden. Die Verbreitung der Keime geschieht von Mensch zu Mensch durch Tröpfcheninfektion. Bei 30% der Nichterkrankten aus der Umgebung eines frischen Falles von Poliomyelitis sind im Nasopharinx virulente Keime nachzuweisen. Und diese Träger sind für die Uebertragung der Infektion verantwortlich zu machen!

Nach dem Eindringen vermehren sich die Erreger auf der Schleimhaut des Respirationsweges. Mit dem Ausbruch der Erkrankung jedoch verlieren die Keime so rasch ihre Virulenz, daß ein frischer Fall nicht mehr infektiös ist. Denn obwohl das Virus bei dem Kranken noch nachgewiesen werden kann, obwohl selbst mehrere Tage nach dem Krankheitsbeginn Affen mit dem Nasenschleim infiziert werden können, so besteht wenig Wahrscheinlichkeit, daß der Kranke das Virus in krankheiterregender Menge an andere weitergeben kann. Die Epidemiologie der Poliomyelitis kennt keine Uebertragung von einem frischen Fall auf den andern. Stets sind gesunde Zwischenträger nachzuweisen. Niemals ist es beobachtet worden, daß ein Kind im frühen Fieberstadium andere Kinder angesteckt hat, die mit ihm in der allgemeinen Krankenabteilung ungeschützt zusammenlagen. Bei den Zwischenträgern scheint das Virus während einer gewissen Zeit eine Virulenzsteigerung zu erfahren. Doch bald nimmt diese ab und nach etwa 14 Tagen hört das Vermögen auf, die Krankheit weiter zu verbreiten. Dauernde Bazillenträger wie bei der Diphtherie oder der epidemischen Meningitis kommen nicht vor. Jeder Poliomyelitisepidemie geht eine „Trägerepidemie“ voraus, in der das Virus — ohne Krankheitserscheinungen hervorzurufen — immer weiter verbreitet wird. Durch

Virulenzsteigerung und Uebertragung auf besonders Empfängliche werden klinische Symptome manifest. An den Stellen, wo ein besonders lebhafter Verkehr stattfindet, wird das Virus rasch unter den häufig miteinander in Berührung kommenden Menschen verbreitet und Immunisierungsvorgänge können Platz greifen. Dieser Umstand erklärt die rasche Ausbreitung von Epidemien in den dünn bevölkerten und verkehrsarmen Landgebieten gegenüber dem relativen Verschontbleiben von Schulen und einwohnerreichen Städten. Das Vorausgehen einer „Trägerepidemie" ist für die charakteristische Form der Erkrankungskurve verantwortlich zu machen. (Ueberraschender Ausbruch der Epidemie, steiler Gipfel und rascher Abfall in wenigen Tagen.) Sobald ein Fall von Poliomyelitis in einer Schule zum Ausbruch kommt, ist zu bedenken, daß der überwiegende Teil der Kinder bereits infiziert ist, daß sie entweder Träger darstellen oder immun sind. Die akuten Fälle sind nicht mehr infektiös und unter den Kindern ist der überhaupt mögliche Schaden bereits eingetreten. Wenn alle Kinder zusammengehalten werden, wird die Epidemie bald erlöschen, da der Zugang durch die Träger fehlt, die allein die Krankheit verbreiten.

Behandlung der idiopathischen Dilatation des Kolon durch Streckung des pelvi-rektalen Sphinkters. Der untere Teil des Dickdarms zerfällt in zwei funktionell zu trennende Abschnitte, in einen rektalen Teil und einen noch dem Kolon zugehörigen. Unter normalen Verhältnissen sammelt sich der Kot in dem beweglichen Colon pelvic. bis zur Defäkation, wo er in den fixierten rektalen Teil entleert wird. Aus der Anordnung der Muskelfasern ist zu schließen, daß durch Wirkung zirkulär verlaufender Muskelzüge nach Art eines Sphinkters normalerweise ein Abschluß hergestellt wird.

Bei der idiopathischen Dilatation des Dickdarms, der Hirschsprungschen Krankheit, findet sich als kongenitale Mißbildung eine muskuläre Hyperplasie, die gewöhnlich das Rektum mit umfaßt und in verschiedenem Grade sich aufwärts über das Kolon erstreckt, ohne daß eine mechanische Behinderung der Darmpassage nachzuweisen ist. Von dem Gedanken ausgehend, daß des Megakolon durch eine Innervationsstörung, durch das Ausbleiben der Erschlaffung der zirkulären Muskelfasern an der pelvi-rektalen Flexur oder des Sphinkter ani entsteht, wurde bei einem 2½ jährigen Knaben mit den typischen Krankheitserscheinungen in Narkose eine Dehnung des Sphinkter ani und des darübergelegenen Muskelbündels vorgenommen. Letzteres war bei der rektalen Untersuchung in Höhe des Promonturiums als umschnürendes Band zu fühlen. Durch Einführung eines wassergefüllten Gummiballons in den distalen Darmabschnitt während 24 Stunden wurde die Wirkung der Dehnung verstärkt. Der Erfolg dieser einfachen Maßnahmen war so ausgezeichnet, daß sie unbedingt vor großen chirurgischen Eingriffen (Kolektomie) zu versuchen sind.

Nachweis okkulten Blutes im Stuhl. Das Prinzip der gebräuchlichen Methoden fußt auf der Tatsache, daß farblose Stoffe wie Pyramidon oder Bensidin durch Wasserstoffsuperoxyd unter Blaufärbung oxydiert werden, sobald ein Sauerstoffträger wie das Hämatin anwesend ist. Im allgemeinen ist die Gregersensche Benzidinprobe zuverlässiger als die Pyramidonprobe, doch muß die Blau- oder Blaugrünfärbung innerhalb von 30 Sekunden auftreten. Ganz unabhängig von der aufgenommenen Nahrung beweist die Blaufärbung innerhalb dieser Zeitspanne das Vorhandensein von Blut in den Fäces. Gelegentlich zeigt sich nach Fleischgenuß eine schwache Blaufärbung nach Ablauf von ½ Minute bei der Gregersenschen Methode (Pyramidonprobe positiv). Blutungen aus dem Zahnfleisch beim Bürsten der Zähne und geringfügige Hämoptysen haben keinen Einfluß auf den Ausfall der Bensidinreaktion. Nach Einnahme von Eisenpräparaten wird keine positive Reaktion beobachtet, wohl aber nach Zufuhr von Knochenmark. Eine Milchdiät kann durch Hemmung der Blutung zu Irrtümern Anlaß geben.

The Lancet.

212. Nr. 19. 7. Mai 1927.

Larynxtuberkulose und künstlicher Pneumothorax. Auftreten von Larynxtuberkulose bei Frühfällen von Lungentuberkulose oder in Fällen mit geringen Lungenbefunden ist meistens das Zeichen einer schweren Infektion, bzw. einer stark herabgesetzten Widerstandsfähigkeit gegen die Infektion. Larynxtuberkulose verschlechtert im allgemeinen die Prognose. 75 % aller Larynxfälle starben innerhalb von 5 Jahren, d. h. 2 von 3 Kranken innerhalb einer Zeit, in welcher von reinen Lungenfällen noch 2 von 3 Kranken am Leben waren. Die Larynxkomplikation ist von noch schlechterer Vorbedeutung, wenn sie sich erst während einer Sanatoriumsbehandlung oder gar nach Einleitung eines Pneumothorax (3 derartige Fälle werden beschrieben) entwickelt. Trotzdem bildet sie keine Kontraindikation gegen den Pneumothorax. Im Gegenteil kann der letztere zu schneller Heilung des Kehlkopfleidens führen oder eine Heilung durch galvanokaustische oder andere Behandlung wesentlich befördern. Der Kehlkopf kann sogar zur Heilung kommen trotz Fortbestehens der Lungenerkrankung und trotz weiteren Tuberkelbazillenbefundes im Sputum. Die Indikationen für einen Pneumothorax müssen natürlich in erster Linie auf dem Zustand der Lungen und des Allgemeinbefindens begründet sein. Bericht über 9 Fälle von Larynxtuberkulose, von denen 6 nach Pneumothorax zur Heilung kamen.

Die Operationsresultate bei Magen- und Duodenalulkus. Um den Wert verschiedener chirurgischer Behandlungsmethoden zu ergründen, sind Vergleiche der Operationsresultate verschiedener Chirurgen weniger geeignet als solche jedes einzelnen Chirurgen. Nach des Verfs. eigener Statistik aus einem größeren Material heilte partielle Gastrektomie 80 % von Magengeschwüren; sie ließ sich in 77% aller Fälle mit einer Mortalität von 4,25 % ausführen. Gastrojejunostomie ist eine weit weniger erfolgreiche Methode, kann aber in den allerungünstigsten Fällen bisweilen erhebliche Besserung herbeiführen. Partielle Duodenektomie heilte Duodenalulzera, bei denen die innere Behandlung versagte, in 85 %; sie ließ sich in 71 % aller Fälle mit einer Mortalität von 4 % ausführen. Bei einer kleinen Gruppe von mit Gastrojejunostomie behandelten Fällen gab es nur 55 % Heilungen.

Ein Fall von Uterus didelphys mit abwechselnder Schwangerschaft in den zwei Hörnern. Die 27jährige Frau, die vor 4 Jahren nach 4tägiger, erfolgloser Wehentätigkeit durch Kaiserschnitt von einem toten, vollentwickelten Kinde entbunden war, hatte das Ende der Schwangerschaft erreicht. Die Vaginaluntersuchung ergab 2 weiche Zervix mit je einem äußeren Muttermund, von denen der rechte für einen Finger zugänglich war. Da die Geburt nach 24 Stunden garnicht vorangegangen war, und Patientin dringend ein lebendes Kind wünschte, wurde zum Kaiserschnitt geschritten. Bei der Laparotomie zeigte sich ein vollständiger Uterus didelphys mit stark ausgesprochener Peritoealfalte in der tiefen Furche zwischen den 2 Hörnern. Am linken Horn, in der Größe einer 3-monatlichen Schwangerschaft entsprechend, war an der Vorderfläche die alte Kaiserschnittnarbe sichtbar. Aus dem rechten Horn wurde ein lebendes Kind entwickelt. Eine Erlaubnis zur Sterilisierung wurde verweigert. Glatte Genesung. Mutter mit Kind gesund.

212. Nr. 20. 14. Mai 1927.

Die Wirkung des Natriumhydroxydsalzes der β-Oxybuttersäure auf die Glykosurie des Phlorizindiabetes. Die Frage der Umwandlung von Fett in Kohlehydrate ist noch strittig. Wenn Kohlehydrate die einzige Energiequelle für den Muskel sind, und Fett für die Muskelarbeit zur Verwendung kommt, so müssen zuvor aus Fett Kohlehydrate gebildet werden. Nach Geelmuyden geschieht dies in der Leber. Die Hypothese wird durch die Tatsache gestützt, daß überall, wo Energie vornehmlich aus Fett entsteht, wie im Hungerzustand oder bei ketogener Diät, Azetonkörper sehr reichlich in Blut und Urin erscheinen. Wenn die Dinge so liegen, so müssen Acetonkörper bei einem durch Phlorizin diabetisch gemachten Hund eine Vermehrung der Zuckerausscheidung erzeugen, was durch eine Steigerung des D:N-Quotienten im Urin in Erscheinung tritt. Verf. benutzten für ihre Versuche einen Hund, der eine konstante Diät von 2 mal täglich 500 g feingehacktem Fleisch und täglich zweimal Phlorizin in Olivenöl subkutan in 1-g-Dosen erhielt. Nach 3 Tagen wurde dem Hund das Natriumhydroxydsalz der β-Oxybuttersäure durch Magensonde in Dosen von 25 bzw. 15 g zugeführt. Es kam zu keiner wesentlichen Steigerung des D:N-Quotienten. Ob der Butyrat in Zucker umgewandelt werden kann oder nicht, bleibt noch eine offene Frage; nach Magnus-Levy wird die Verbrennung der β-Oxybuttersäure

urch die Phlorizinierung der Tiere verhindert; auch könnte der :xtra-Zucker in den Muskeln als Glykogen aufgespeichert werden.

Ein Fall von Fazialislähmung otitischen Ursprungs bei einem Wochen alten Kinde. Bei dem gesund geborenen Kinde trat nach Wochen eine partielle Fazialislähmung auf. Es wurde eine Otitis iedia festgestellt, und es kam nach Parazentese und Entleerung des :iters zu rascher Heilung der Ohrerkrankung und Verschwinden der ähmung. Verf. fanden in der Literatur keinen zweiten Fall dieser \rt bei so jungen Kindern. Sehr bemerkenswert war, daß der Saugkt nur in ganz geringem Grade gestört war. Bei dieser Funktion cheinen also die vom Trigeminus innervierten Unterkiefermuskeln ine Hauptrolle zu spielen.

Rontal.

Brain.

Vol. 2, Teil I, London-New York 1927, März.

Encephalitis periaxialis diffusa. Verff. beschreiben drei neue Fälle ler von Schilder zuerst beschriebenen und so benannten Encephalitis ›eriaxialis diffusa mit diffuser Markzerstörung des Zentral-Ovals und rühzeitiger Okzipitallappen-Affektion. Auffallend ist der rasche Verauf mit tödlichem Ausgang, ferner das frühe Auftreten von zentraler Taubheit, das als erstes Symptom sogar der Blindheit um Monate vorangehen kann. Pathologisch-anatomisch fällt auf, daß die Erkrankung sich nicht auf das orale Zentrum beider Großhirnhälften be:chränkt, sondern auch andere Teile, wie Pons, Nervus opticus und Halsmark befallen kann. Die symmetrische und diffuse Anordnung ler Entmarkung und die frühzeitige Zerstörung der Achsenzylinder bilden fast die einzigen differential-diagnostischen Merkmale, um die Krankheit von der multiplen Sklerose abzugrenzen.

Mangan-Toxämie mit besonderer Berücksichtigung der Leberfütterung. Verf. berichtet über sieben Fälle von Manganvergiftung mit den charakteristischen Symptomen der Ermüdung, Energielosigkeit, Verlangsamung der Bewegungen, die in der Hypertonie der Antagonisten nach vollendeter Bewegung begründet ist, Steifheit, Retropulsion, Tremor. Auf Grund der Annahme einer endokrinen Leberinsuffizienz wurde eine Leberfütterung angewandt, die bei fünf Fällen zu weitgehenden Besserungen führte. Drei Kontrollfälle von Paralysis agitans und postenzephalitischem Parkinsonismus blieben durch dieselbe Behandlung gänzlich unbeeinflußt, ebenso zwei Fälle von Chorea.

Das endokrine System bei Epilepsie. Verff. hatten Gelegenheit, sechs Fälle von Epilepsie, die zur Autopsie gelangten, histologisch zu untersuchen, wobei sich unzweifelhaft Störungen im endokrinen System nachweisen ließen, die an Ausdehnung und Stärke der Schwere des Falles entsprachen. Am auffallendsten ist die Hypertrophie der Parathyreoideae, der beiden Hypophysenlappen und der Langerhansschen Inseln. Die letzteren sowie die Leber und das Adrenalinsystem stehen in Beziehung zum Kohlehydratstoffwechsel; das pathologische Agens wirkt selektiv auf die chromaphilen Zellen. Eine toxische Nekrose findet sich in den perivaskulären Kanälen aller untersuchten Organe mit Ausnahme eines leichten Falles. Eine Kontrolluntersuchung bei Personen, die an denselben Ursachen (Peritonitis, Pneumonie, Perikarditis etc.) zugrunde gegangen waren, ergab keinerlei Läsionen der endokrinen Drüsen.

Haber.

Journal des Practiciens.

Nr. 19. 7. Mai 1927.

Die Behandlung der Darminvagination beim Säugling und Kleinkind. Da der Vorschlag, die Invagination chirurgisch anzugreifen, bei den Angehörigen des Kindes meist große Bestürzung erregt, hat Verf. mehrfach mit Glück auf eine alte Methode zurückgegriffen: das forzierte Lavement. Dieser Eingriff ist so einfach, daß ihn die Familie bereitwillig akzeptiert, aber der Arzt muß ihn selbst ausführen und zwar so: Becken und Schenkel des Kindes ruhen auf den Knien der Mutter, der Rumpf hängt vertikal herunter, so daß der Kopf fast den Boden berührt. Man benutzt ein gut geöltes Darmrohr aus Weichgummi und läßt 1—1½ l warmen Wassers aus einer Höhe von 1,20 m einlaufen. Meist gelingt die Reduktion — wenn überhaupt — schon beim ersten Einlauf, manchmal nur teilweise, so daß man gezwungen ist, den Einlauf zu wiederholen. Zeichen für das Gelingen sind: der wurstförmige Tumor ist nicht mehr zu fühlen, das Kind schläft ruhig und nimmt nach dem Erwachen die Brust wieder. Das Brechen hört auf, der erste, normal aussehende Stuhl geht erst einige Stunden später ab. Wohlverstanden ist diese Technik auf schwere Fälle im Spätstadium nicht mehr anwendbar.

Held.

Revue de Médecine.

44., Nr. 1.

Die Entstehung der Fettleibigkeit und der Abmagerung. So wie unsere Körperwärme nicht schwankt, ob wir uns nun in großer Hitze oder in großer Kälte aufhalten, weil das Nervensystem über die Wärmeregulierung wacht und so das Wärmegleichgewicht aufrechterhält, so steht es auch mit unserem Körpergewicht, das vom Nervensystem reguliert und im Gleichgewicht erhalten wird. Fettleibigkeit und Abmagerung sind keine Krankheiten, sondern Symptome einer direkten oder indirekten nervösen Störung. Das im einzelnen an der Hand von klinischen Beobachtungen und theoretischen Ueberlegungen nachzuweisen, ist der Zweck der vorliegenden Arbeit. Der Nachweis des Sitzes des gewichtregulierenden Zentrums im Gehirn steht freilich noch aus.

Die den Krebs begünstigenden Lungenaffektionen. Untersuchungen an 41 Fällen von Lungenkrebs, die in den Jahren 1900 bis 1926 an der Genfer medizinischen Klinik beobachtet und seziert wurden. Achtmal bestand Lungentuberkulose und war immer lange Jahre vor dem Auftreten des Krebses. 21 Kranke litten teils an Bronchiektasie, teils an chronischer Bronchitis, teils an Emphysem. 20 Kranke waren von Berufswegen gezwungen, teils Mineral-, teils Pflanzenstaub einzuatmen. Wenn auch die Entstehung weiter so dunkel bleibt wie das Wesen des Krebses, so ergibt sich doch aus dem freilich nicht sehr großen Material mit großer Wahrscheinlichkeit, daß eine gewisse Minderwertigkeit der Lunge ein günstiges Terrain für die Entwicklung des Krebses schafft.

Lanke, Engelsdorf.

Clinique et Laboratorie.

Nr. 4. 20. April 1927.

Die Behandlung der akuten Anämie bei arteriellen Verletzungen mit schwerer äußerer Blutung. Bluttransfusion. Es ist nicht immer leicht, zu sagen, ob bei einer akuten Anämie eine Transfusion erfolgen muß. Wenn irgend möglich, wird man die Blutkörperchen zählen und die phygmo-manometrischen Kurven prüfen. Bei großen posttraumatischen Hämorrhagien ist die Transfusion indiziert, wenn in den ersten 6 Stunden die Zahl der roten Blutkörperchen unter 2 500 000 herabsinkt. Um wirksam zu sein, muß die transfundierte Blutmenge 700—1000 ccm betragen. Diese bekämpft nicht nur die akute Anämie, sondern sie wirkt in Fällen von Blutungen, die der Blutstillung unzugänglich sind, als ausgezeichnetes Hämostatikum. Die Beschaffenheit des Pulses gibt keinen genügenden Aufschluß über den Blutdruck, unterhalb dessen die Transfusion für die Lebensrettung des Verletzten unentbehrlich ist. Wo immer es angängig ist, wird man von Viertelstunde zu Viertelstunde vergleichende Blutdruckmessungen vornehmen. Die Prognose wird dann besonders ernst, wenn Maxima und Minima, beide stark, erniedrigt, sich einander nähern. Man schließt daraus auf eine nichtkompensierte Hypotension und auf die Gefahr eines hämorrhagischen Schocks. Das ist das Zeichen, daß die gewöhnlichen Mittel nicht mehr ausreichen und man mit der Transfusion nicht warten darf.

Kontraindiziert ist die Transfusion bei viszeralen Verletzungen, besonders bei solchen des Darms; ferner bei Verwundeten, bei denen sich eine Infektion vermuten läßt. In solchen Fällen ist die Bekämpfung der Infektion oberstes Gebot.

In Fällen, wo ein notwendiger chirurgischer Eingriff nicht vorgenommen werden kann, weil der Patient zu schwach ist, genügt meist eine Transfusion von 500 ccm Blut zur Hebung des Kräftezustands, soweit, daß der Eingriff, z. B. eine Amputation, nunmehr ausführbar wird. Held.

Revue neurologique.

Jahrg. 34, 1., Nr. 5, Mai 1927.

* Ein Fall chronischer aufsteigender Spinallähmung. Georges Guillain, A. Trévenard und J. Decourt.
* Hirngeschwülste und Psychosen. Alfred Gordon.
Pedunkuläre Halluzinose. Ludo van Bogaert.
* Senile Rückenmarksdegeneration. F.-G. Fluegel.
Vasodilatatorischer und sudoraler Reflex nach Verletzung der Parotisgegend. André Thomas.
Reflex des Malleolus externus und Piotrowskisches Zeichen. O. Balduzzi.

Ein Fall chronischer aufsteigender Spinallähmung. Die aufsteigende spinale Hemiplegie stellt einen besonderen und seltenen klinischen Typus dar; sie zeigt sich bei verschiedenen Rückenmarksaffektionen: bei amyotrophischer Lateralsklerose, multipler Sklerose, syphilitischer Myelitis, nekrotischer Myelitis. Sie ist häufiger bei den akuten Rückenmarksinfektionen als bei den chronischen myelitischen Prozessen. In gewissen Fällen — so in dem hier mitgeteilten — stellt die aufsteigende spinale Lähmung vielleicht eine selbständige nosographische Einheit dar.

Hirngeschwülste und Psychosen. 8 Fälle von Hirntumor mit psychischen Störungen werden kurz mitgeteilt. Es besteht eine gewisse Beziehung zwischen den psychischen Störungen und den destruktiven Läsionen in den Hirngeschwulstfällen. Da aber gewisse Hirntumoren ohne psychische Alteration einhergehen, kann diese Beziehung keine absolute sein, sie ist vielmehr als ein sekundäres ätiologisches oder pathogenes Element zu betrachten. Psychogene Störungen bilden entschieden die Grundlage, hinzu kommen dann noch — als mitwirkende, sekundäre Ursachen — die fortschreitenden Veränderungen an Zellen, Arterien, Meningen und im Stoffwechsel, die funktionellen Störungen in wichtigen Hirnzentren, besonders im Stirnhirn.

Senile Rückenmarksdegeneration. Das Rückenmark von über 80jährigen Greisen, welche keine speziellen klinischen Störungen boten, zeigt konstante anatomische Veränderungen: einen leichten diffusen Untergang von Myelinscheiden in den Seiten- und Hintersträngen mit entsprechender Vermehrung der Neuroglia, eine sehr ausgesprochene Verdichtung der Neuroglia um die Gefäße herum (es bilden sich wahre perivaskuläre fibröse Manschetten), arteriosklerotische Veränderungen an den Rückenmarksgefäßen, zahlreiche Amyloidkörper, besonders in der Nähe der hinteren Wurzeln, atrophische und degenerative Prozesse an den neuroganglionären motorischen Zellen mit starker Pigmentbildung, zuweilen Bilder wie bei Alzheimerscher Fibrillenerkrankung. Es ist auffallend, daß trotz der diffusen und intensiven Rückenmarksläsionen die klinischen Symptome nur geringfügig waren oder ganz fehlten; es liegt dies zweifellos an der langen Dauer des degenerativen Prozesses.
Kurt Mendel, Berlin.

Revue Franç. de Derm. et de Vénéréologie.

Nr. 3. März 1927.

Keloide und Syphilis. Gougenot und Cohen.
Studie über eine Mikrosporieepidemie in Rumänien. Theodorescou.
* Pathogenese der Serumschädigungen und -eruptionen. Ihr biotropischer Ursprung. Milian.
Fibromyom auf Lupus. Milian und Périn.
Neuritis cubitalis, erloschene Achillessehnenreflexe im Verlaufe einer syphilitischen Roseola bei einem 67jährigen Greise. Heilung durch Novarsenobenzol in massiven Dosen. G. Milian.
Salbe gegen Psoriasis. Schwefel und Kaliseife. Veyrières.

Pathogenese der Serumschädigungen und -eruptionen. Während bisher sowohl die frühzeitige heftige Form der Serumkrankheit, die mit akuter Nebenniereninsuffizienz einhergeht, als auch die Späterscheinungen vom Typ der allgemeinen Urtikaria mit Gelenkschmerzen, Drüsenschwellungen und Polyneuritis als Anaphylaxie oder Kolloidoklasie gedeutet werden, sieht Autor auf einem anderen Standpunkt. Wenn man auch annehmen mag, daß die akuten Früherscheinungen von einer Intoxikation herrühren, was übrigens unbewiesen ist, so erscheint es Autor doch sicher, daß die Sekundärphänomene vom Typ Urticaria morbilliformis infektiöse Erscheinungen sind, die durch die Serumapplikation ausgelöst werden, was Milian als Biotropismus bezeichnet hat. Er führt für diese Auffassung folgende Gründe an: Zunächst ist der klinische Urtikariatyp mit Fieber und Gelenkschmerzen oder skarlatiniformem Erythem absolut identisch mit dem, was man nach Injektionen von 914 als Typ des Erythem am neunten Tage beobachtet, ein Erythem, das progressiv verschwindet, wenn man die Injektion wiederholt, und dessen infektiöse Natur Autor beschrieben hat. Ein weiteres Argument ergibt sich aus der Beobachtung von Urtikariafällen. Diese Krankheit ist häufig infektiösen Ursprungs. Der Staphylokokkus ist in 80% der Fälle Schuld, während andere Mikroorganismen, worunter unerwarteterweise auch der der Syphilis, sich in den Rest teilen. Nun manifestiert sich aber die Serumkrankheit meist als Urkaria. Autor sah kürzlich eine Frau mit heftiger Urtikaria nach einem Staphylokokkenabszeß am Rücken. Man fand bei ihr keine andere Ursache und die Urtikaria verschwand parallel mit der Heilung des Abszesses nach spezifischer Phosphortherapie. Da war es nun interessant zu sehen, daß bei dieser Frau, die niemals tierisches Serum erhalten hatte, sich gleichzeitig mit der Urtikaria eine doppelte Lähmung des Zirkumflexor ausbildete, die identisch war mit den nach Tetanusserum gesehenen. Diese Beobachtung ist typisch. Sie beweist, daß, wenn das Serum einen analogen Symptomenkomplex hervorruft, es zweifellos auch nicht die direkte Ursache sein kann, da ja in dem erwähnten Fall der Staphylokokkus die Ursache war. Das Studium dieser Fragen beginnt jetzt erst. Es ist wahrscheinlich daß mit dieser Sammlung weiterer Tatsachen Autors Ansicht bewiesen werden kann. Nun führen die Anhänger von der toxischen und koloidoklastischen Theorie immer das Arthusche Phänomen an, d. h. das Auftreten eines Oedems an der Injektionsstelle. Autor hat aber gesehen, daß sich an der Injektionsstelle sogar ein echter Fixationsabszeß mit Staphylokokken entwickelt hat, woraus er schließt, daß das Arthusche Phänomen gleichfalls infektiöser Natur ist, nur bleibt es meistens beim Oedem und der Abszeß kommt nicht zum Ausbruch. Als das Arthusche Phänomen zum erstenmal beschrieben wurde, haben manche Autoren nachgewiesen, daß in den Fällen, wo es zur Infiltration kam, im Zentrum konstant Streptokokken gefunden werden konnten. All dies hat nicht nur theoretisches Interesse, wenn auch die Serumkrankheit nach Reinigung der Sera seltener geworden ist, so kommt sie dennoch vor. Das gereinigte Serum hat mithin ein geringeres biotrophisches Vermögen als das nichtgereinigte, aber es erweckt schlummernde Kokken- und andere Infektionen. Geht man bei der Behandlung der Serumkrankheit von der Ansicht des Autors aus, dann dürft also eine antiinfektiöse Therapie mehr Aussicht haben als eine sog. Desensibilisierung. Kurt Heymann, Berlin.

Bruxelles Médical.

Nr. 29. 15. Mai 1927.

* Chronisch-idiopathische Zyanose. Ch. Trumecek.
Bemerkungen zur kosmetischen Nasenchirurgie. Jean van den Branden.
Umbilikale Herniotomie nach Angabe von Araya und Neumann. J.-L. Henrotay.

Die chronische idiopathische Zyanose. Die chronisch-idiopathische Zyanose ist ein krankhafter Zustand, der auf einer Ueberladung des Kapillarblutes mit Kohlensäure beruht. Er kündigt sich an durch livide Verfärbung der Haut, durch blauviolette Verfärbung der Schleimhäute und tritt besonders an Zunge und Lippen in Erscheinung. Die Ueberfüllung der Kapillaren und Venen kann eine Hyperämie des Gehirns und eine Leberanschwellung bewirken. An den Extremitäten präsentiert sich die Zyanose zuweilen als Claudicatio intermittens, sie kann aber auch andere Organe treffen. Sie beginnt langsam, ist fast nie voll entwickelt und Hyperämie ist ihre ständige Begleiterscheinung. Das unterscheidet sie von Paresen im Verlauf von spastischen Hypertonien, die durch arterielle Konstriktionen zustande kommen. Subjektive Symptome im Beginn und bei jugendlichen Patienten sind: Erregtheit, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, in vorgeschrittenen Fällen und bei älteren Personen: seelische Depression, Ermüdung, Gedächtnisschwäche und herabgesetztes Orientierungsvermögen.

Die erethischen Zyanotiker galten bisher als Hypochonder oder Neurastheniker, die torpiden als Simulanten oder Hysteriker. Die Behandlung besteht darin, die überschüssigen Blutsäuren, insbesondere die Kohlensäure zu neutralisieren, da letztere für das Zustandekommen der Zyanose speziell verantwortlich zu machen ist.
Held.

Revista Ospedaliera.

17. Nr. 1. Jan. 1927.

* Pathologie und Therapie des periarteriellen Sympathikus. Raniero Cinaglia.

Nach den Ansichten von Leriche ist die periarterielle Sympathectomie indigiert bei allen Krankheiten, bei denen die periphere

rnährung gestört ist, ohne daß letztere von einer Krankheit des entralnervensystems abhängt oder in Blutveränderungen zu suchen t; folglich also bei allen peripheren Trophoneurosen unbekannten rsprungs die sich an der Haut, den Hautdrüsen, Nägeln etc. beierkbar machen. Gleicherweise indiziert ist sie bei Kausaljien mit ophischen und vasomotorischen Störungen, auch bei Spontanlzerationen von Amputationsstümpfchen nicht entzündlichen, bzw. phifitischen oder druckmechanischen Ursprungs.

Ein anderes wichtiges Feld eröffnet sich der Symphathektomie ei den endokrinen Drüsen, wenn ihre Funktionen für den Bedarf es Organismus nicht ausreichen; ferner auch im Stadium der räsklerose. Schließlich glaubt Leriche die Operation auch auf en diffusen, parenchymatösen Kropf der Jugendlichen ausdehnen i können, sowie auf das Myxoedem, Hodenatrophien des Pubertsalters und auf ovarielle Dystrophien. Wenn man den Optimismus in Leriche auch nicht in allen Punkten teilen kann, so ist die Anendung seiner Methode doch weiterhin zu empfehlen; erst eine ewisse Menge von Behandlungen und die Kenntnis der Dauersultate ermöglicht die definitive wissenschaftliche Bewertung.

17. Nr. 2. Febr. 1927

Kann man den Altersprozeß aufhalten? Nicola Pende.

Verfasser erteilt auf diese Frage eine im Prinzip bejahende ntwort. Organtherapeutische Behandlung, im Alter von 35—40 ahren eingeleitet und in vernünftiger Weise lange Zeit hindurch ortgesetzt, kann senilen Verfall um Jahre hinausschieben, kann die eriode physischer und geistiger Produktivität um vielleicht 2 Jahrehnte verlängern und somit die eigentlichen Alterskrankheiten fernalten. Auch in der Bekämpfung des Krebses dürfte die plurilanduläre Organtherapie eine Rolle spielen, sagen wir als Präventvwaffe wirken, da ja die Entstehung des Krebses offenbar mit ner vorzeitigen Seneszenz des Gewebes bestimmter Organe vernüpft ist.

Erst die Zukunft wird lehren, ob die präsentive pluriglanduläre rgantherapie wirksamer ist in Form von sorgfältig hergestellten, ijizierbaren Organpräparaten, deren Gebrauch sich über eine geisse Zeit erstreckt, oder in Form von pluriglandulären Implantionen, einer vom Verfasser inaugurierter Methode, die sich bewußt i Gegensatz bringt zu der bisher geübten Implantation einer rüse allein.

17. Nr. 3. März 1927.

Zusammenfassender Bericht über den von der Amerikanischen Gesellschaft für Krebsforschung veranstalteten Kongreß.

17. Nr. 4. April 1927.

Lungentuberkulose und Stoffwechsel. Carlo Galassi.

Lungentuberkulose und Organstoffwechsel. Insbesondere die anzösische Schule (Landowzy, Bouchard etc.) hat vielgestaltige rankheitsbilder wie: Fettsucht, Diabetes, Gicht, Asthma, Lithiasis, ironischer Rheumatismus unter dem Namen „arthritische Krankeiten" zusammengefaßt, weil sie auf gemeinsamem Boden entehen. Diese Krankheiten gelten im allgemeinen nicht als Antaonisten der Tuberkulose. Oft sogar könnte man denken, daß sie typische Manifestationen von Tuberkulose darstellen, die sich auf ngeeignetem Boden entfalten. Indessen steht fest, daß der rthritismus die Ausbreitung tuberkulöser Prozesse hindert. Eine usnahme hiervon macht der Diabetes, der bald die Entstehung, bald en Verlauf der Tuberkulose begünstigt.

Unter den sogen. Mangelkrankheiten scheinen die einfachen ormen keinen erkennbaren Einfluß auf die Tuberkuloseinfektion uszuüben. Besteht jedoch ein Mangel an Proteinen und Mineralien n Stoffwechsel, so wird der Ansiedlung des Tuberkelbazillus ein ünstiger Boden bereitet.

Held.

The Journal of the American Medical Association, Chicago.

Nr. 12 vom 24. März 1927.

Staphylokokkeninfektion der spinalen Meningen. Kendall Emerson.
Magenkarzinom. Edward R. Lampson.
Herzanfälle. Howard B. Sprague.

Herzanfälle. Dieser Ausdruck ist fast noch vager als die Beeichnung Indigestion. Man unterscheidet Anfälle kardialen Urprungs. Einmal das Symptom der Palpation, das alle Empfindungen er Herzaktion in sich schließt. Meist ein abnormer Rhythmus. Hier nd zu erwähnen: Prämature Schläge, bei gewissen Leuten mit chmerzgefühl, mit Neigung zu schlucken, Gähnen oder tief Atem zu olen. Harmlos, machen oft unnötige Angst. Paroxysmale aurikuläre achykardie. Anfälle dieser Arrhythmie gehen, wenn sie lange dauern, i kongestive Insuffizienz aus, besonders bei organischen Herzfehlern oder können sich mit ausgesprochenen zerebralen Störungen, die zu Synkopen oder Krämpfen führen, verbinden. Paroxysmale aurikuläre Fibrillation. Kommen häufig bei Hyperthyreoidismus vor oder als Vorläufer einer permanenten Fibrillation bei rheumatischen oder arteriosklerotischen Herzkrankheiten, können auch selten als funktionelle Störung bei jungen Leuten ohne irgendwelchen Herzfehler nach schwerer Anstrengung oder Berauschung auftreten. Sie deutet auf eine vorgeschrittene myokardiale Veränderung. Die Prognose ist, wenn ein organischer Krankheitszustand vorliegt, reserviert. Paroxysmales aurikuläres Flattern, selten, bei Aelteren kann genau nur durch Elektrokardiogramm diagnostiziert werden. Anfälle mit Präkordial- oder Substernalschmerz oder Druck. Hierher gehört in erster Linie Angina pectoris. Die typische Beschreibung in der Anamnese ist hier wichtiger, als der physikalische Befund und bedeutungsvoll sind vor allem die Beziehungen der Symptome zu Erregung, Anstrengung, Essen, Ausgesetztsein von Kälte, auch wenn die Symptome gering sind. Im mittleren und vorgeschrittenen Alter muß man immer daran denken. Dann Koronarokklusion. Die Koronarthrombose wird oft als akute Indigestion gedeutet. Schmerz oder Druck ist hier das Hauptsymptom. Meist plötzlicher Tod. Anfälle, bei denen respiratorische Symptome vorherrschen. Paroxysmale Dyspnoe oder Orthopnoe. Beim Fortschreiten einer kongestiven Insuffizienz ist Orthopnoe, namentlich nachts oft das früheste Zeichen einer Myokardaffektion. Man findet sie häufig bei Arteriosklerose, Hypertension, Syphilis. Der Mechanismus ist nicht ganz klar. Vielleicht ein Reflex von der Aorta oder eine Form der Angina pectoris. Meist ist feuchtes Rasseln dabei. In manchen Fällen auch als kardiales Asthma bezeichnet. Vielleicht eine Koronarerkrankung. Dann Lungenödem. Häufig bei Arteriosklerose, Hypertension oder syphilitische Herzerkrankung. Hämoptyse. Blutspucken mit Dyspnoe, relativ selten, kommt vor häufiger bei Mitralstenose und bei Hypertension. Cheyna-Stokes' ist meist kardialen Ursprungs, wenn nicht eine andere Ursache, etwa ein Schädelbruch vorliegt. Zu unterscheiden von der gewöhnlichen Orthopnoe und vom kardialen Asthma. Oft mit Zuckungen im Gesicht und in den Extremitäten, selten mit Konvulsionen. Paroxismale Zyanose. Wenn sonst keine Herzkrankheit vorliegt, selten bei kongenitaler Herzkrankheit. Oft Folge von Veränderung des intrakardialen oder intrapulmonären Drucks. Anfälle, bei denen zerebrale Erscheinungen vorherrschen.

Adam-Stokes Syndrom, vollständiger oder partieller Herzblock mit Bewußtlosigkeit oder Tod durch zerebrale Anämie während der Ventrikelasystole. Die Symptome werden gewöhnlich nicht aufs Herz bezogen; wenn eine Aura vorliegt, so sind es gewöhnlich Anfälle von Schwindel und Schwäche mit teilweisem oder völligem Bewußtseinsverlust. Zerebrale Embolie. Infolge eines intrakardialen Thrombus ist sie im weiteren Sinne eine Herzattacke. So der Jugendliche mit Mitralstenose, plötzlicher Bewußtlosigkeit und Hemiplegie, durch Gehirnembolie, der eigentlich an einer Herzkrankheit stirbt. Wenn auch selten, muß es immer im Auge behalten werden.

Anfälle nicht kardialen Ursprungs. Respiratorischen Ursprungs. Lungenembolus. Tötet nicht oft sofort, sondern es braucht längere oder kürzere Zeit, gewöhnlich mit intensiver Zyanose und starker Anstrengung des rechten Herzens. Derartige Anfälle, besonders nach Operationen, sind meist immer mehr pulmonär als kardial, infolge venöser Thrombose. Spontaner Pneumothorax: bei anscheinend Gesunden mit plötzlichen Brustschmerzen, Zyanose, Dyspnoe, Kollaps und entfernten Herztönen, Fehlen des Atemgeräusches auf einer Seite, negativer Herzbefund außer Verziehung nach der gesunden Seite. Das Alter des Patienten und Röntgen festigen die Diagnose. Oft wird anaphylaktisches Asthman als Herzkrankheit genommen, allerdings nicht so häufig wie eine Herzkongestion irrtümlich als Asthma bezeichnet wird. Die Diagnose ist manchmal schwer, besonders wo chronisches, bakterielles Asthma bei Aelteren zu Myokardschädigungen geführt hat. Manchmal gibt hier Digitalis oder Adrenalin den Ausschlag. Dann ist der massive Lungenkollaps zu nennen, der nach Operationen auftretend irrtümlich dem Herzen zugeschrieben wird wegen Dyspnoe, Husten und Zyanose. Verlagerung des Herzens nach der affizierten Seite, verminderte Beweglichkeit des Brustkorbes, Dämpfung und Röntgen geben den Ausschlag. Zerebralen Ursprungs. Einfache Ohnmacht ist selten bei organischer Herzkrankheit zu finden, ist eine temporäre Gehirnanämie durch Vasomotorenreflexe und Verlangsamung der Herztätigkeit durch den Vagus, gewöhnlich bei jungen Individuen mit labilem Vasomotorensystem, für Herzkrankheiten nicht bedeutungsvoller als Erbrechen bei Magenkrankheiten. Manchmal wird Hypotension dafür verantwortlich gemacht. Dann sind hier zerebrale Gefäßkrämpfe zu nennen mit Bewußtlosigkeit und vorübergehenden Lähmungen. Sie können auch vorkommen bei Personen, die keinen Krankheitszustand des Herzens aufweisen. Besonders bei Aelteren. Digitalis. Dann die Epilepsie bei jungen Leuten mit Herzfehlern, was eigentlich mehr ins Gebiet der Epilepsie gehört. Nicht selten werden auch Labyrinthsymptome mit Schwindel, Herzfehlern zugeschrieben; immerhin ist dabei daran zu denken.

Nervösen Ursprungs. Hier kommt in erster Linie das Anstrengungssyndrom in Betracht. Rapider Puls, Palpitationen und Präkor-

dialschmerzen suggerieren manchmal paroxysmale Tachykardie. Dies kann auch unter Umständen bei Klappenfehlern vorkommen. Festzustellen ist dabei, ob die Symptome auf Rechnung des Herzens oder der Lunge kommen, ob ein abnormer Herzrhythmus auch sonst vorliegt. Hier muß die Anamnese und die eingehende Untersuchung den Ausschlag geben. Besonders, da beim Anstrengungssyndrom organische Herzfehler, Anämie, Hyperthyreoidismus oder Tuberkulose in Frage kommen können. Nur bei Ausschluß dieser kann eine reine Neurose angenommen werden. Jugendliche sind zu Herzattacken vasomotorischen Ursprungs geneigt, wobei Präkordialempfindungen, aber keine Bewußtseinsstörungen auftreten. Ganz besonders vorsichtig muß man bei Hysterie sein. Hier liegt der Mechanismus der Paroxysmen mehr auf dem Gebiete der Psychiatrie. Der chirurgische Schock hat weniger mit dem Herzen als mit dem peripheren Kreislauf zu tun, wenn abnormer Rhythmus oder Koronarokklusion auszuschließen ist, und die Therapie hat sich weniger auf das Herz als auf den peripheren Kreislauf zu richten. Ob der operative Tod bei Aethernarkose ein reiner Herztod ist, ist nicht fraglich.

Nr. 13 vom 31. 3. 1927.

* Die orale Methode der Cholezystographie. W. H. Stewart.
* Die Röntgendiagnose des subdiaphragmatischen Abszesses. Frederick W. O'Breen.

Die orale Methode der Cholezystographie. Zunächst ist der Darmtrakt gründlich zu leeren am Abend vor der Vorbereitung durch ein mildes Kathartikum. Um 6 Uhr 30 nachmittags wird eine dicke Suppe, 3 weich gekochte Eier, gebratene Kartoffeln, Brot, Butter, ein Glas Milch gegeben, um 9 Uhr 30 werden dann 2 Keratinkapseln von Tetrajodphenolphthalein gegeben mit einem Glas Wasser, bis 8, im ganzen 3,5 je im Verlauf von 15 Minuten genommen sind. (Die Dosis für 150 Pfund Gewicht.) 12 Stunden nachher, um 9 Uhr 30, erscheint Patient wieder ohne Frühstück. 4 Stunden später, 1 Uhr 30, zweite Untersuchung. Dann Frühstück aus Eiern, Milch und Brot. Eine Stunde danach dritte Untersuchung. Bei allen drei Untersuchungen eine Aufnahme. In der 16. Stunde ist die höchste Konzentration. Am nächsten Morgen kein Schatten mehr. Die Methode ist absolut verläßlich. Man sieht die nicht opaken Gallensteine als zirkuläre negative Schatten umgeben von der opaken Galle. Sprenkelung der Blase bedeutet kleine Steine. Gas im Duodenum kann auch die Form der Steine annehmen. Die Gefahr der Mißdeutung ist größer, wenn die Duodenalschatten über der Gallenblase liegen. Ein Kalkstein kann durch die opake Galle völlig überschattet sein. Dies kommt auch vor bei nicht opaken Steinen. Nicht selten wird auch ein nicht opaker kleiner Stein sichtbar bei leerer Blase. Paradox ist es, daß in manchen Fällen die Probe einen Gallensteinschatten bringt, in anderen nicht; also schon vor Anstellung der Probe in allen Fällen eine Aufnahme. In manchen Fällen, wo die Funktion und die Deformation auf eine chronische Cholezystitis deutete, fand man bei der Operation verdickte Wandungen und Steine: die Galle und die Wandung haben hier die Steine überschattet. In anderen Fällen waren die dichtgepackten Steine deshalb nicht zu sehen, weil keine Galle zutreten konnte.

Die Deformität der Konturen kommt meist von Adhäsionen; sind sie durch Cholezystitis bedingt, so sind die Deformationen größer, die Enden rauh und unregelmäßig, durchs Omentum, so sind die Enden klar. Pericholezystitische Adhäsionen können von Duodenum, Leber oder Colon ausgehen und keine Deformität zeigen. Es ist oft schwer, zwischen einer krankhaft oder durch Druck und Lage deformierten Gallenblase zu unterscheiden. Die Probe bezweckt Entdeckung von Funktionsstörungen der Gallenblase. Dabei sind vier Fälle wichtig: Fehlen des Schattens, Persistenz des Schattens, Abblassen und spätes Auftreten desselben. Irgendeine Obstruktion des Ductus cysticus verhindert die Galle, in die Blase einzutreten. Meist ist die Ursache dieser Obstruktion ein oder mehrere Steine. Auch eine Striktur des Ganges kann in Frage kommen. Obliteration des Lumens der Blase, eine alte chronische Entzündung oder eine voll Steine gepackte Blase gibt dann ebenso wie in den vorhergehenden Fällen, weil keine opake Galle da ist, keinen Schatten. Auch gestörte Leberfunktion kann nicht genügend Galle zu einem Schatten liefern. Wenn sich der Schatten der Blase nach Nahrungsaufnahme hinsichtlich seiner Größe nicht vermindert und 36 Stunden nach der Anwendung des Probemittels noch besteht, so ist der Schluß berechtigt, daß die normale Funktion durch irgendeinen pathologischen Zustand gestört ist. Wenn man in der Technik so weit gekommen ist, eine Abblassung des Schattens zu erkennen, so ist dies von Bedeutung, weil es eine Störung des Konzentrationsvermögens der Gallenblase bedeutet. Es ist oft mit einer Persistenz des Schattens verbunden. Dies und die Sprenkelung sind sehr trügerisch und deshalb sehr vorsichtig zu deuten, evtl. Kontrolluntersuchung. Das späte Auftreten des Schattens ist ein seltener Befund, erst nach 36 Stunden. In allen Fällen pathologisch war meist die Wand verdickt, einmal ein röntgenologisch nicht festgestellter Stein. In allen Fällen ist der Gastrointestinaltrakt zu untersuchen. Manchmal liegen Intestinalverwachsungen vor. Die orale Methode ist jedenfalls die einfachste und sicherste.

Die Röntgendiagnose des subdiaphragmatischen Abszesses. Man unterscheidet einfache und Gas enthaltende Abszesse, meist einseitig durch den natürlichen Schutz des Ligamentum falciforme, das die Ausdehnung nach rechts oder links hindert. Nach Lockwood, dessen Statistik über 3000 Fälle enthält, sterben zwischen 85 bis 100 % aller nicht operierten Fälle; bei operierten und nicht operierten Fällen beträgt die Mortalität 56 %. 23 bis 40 % der Operierten sterben ebenfalls. Die Lokation hängt ab, ob direkte oder von einem entfernteren Herd ausgehende Infektion vorliegt, also von einem Eingeweide aus innerhalb der Bauchhöhle, von einem Abszeß in der Nähe, z. B. einem perinephritischen etwa $^2/_3$ der Fälle, oder von einem Karbunkel in etwa $^1/_3$ der Fälle. Abszesse hepatischen, appendikalen und duodenalen Ursprungs bilden sich rechts vom Ligamentum suspensorium, Fälle durch Magenperforation und durch Infektion der Milz, des Pankreas links davon. Direkte Ausbreitung durch Gravitation von einer allgemeinen oder lokalen Peritonitis oder von der unteren Peritonealgrube durch die Pfortvene, die Lymphgefäße oder auf dem Blutwege. Namentlich bei postoperativen Fällen spielt die Gravität eine große Rolle. Wichtig sind die Wasserscheiden durch die Wirbelsäule und zwischen dem Becken durch die Lendenmuskel, die Nieren und perirenale Fett. Von 113 Fällen betrafen 84 Männer. Gewöhnlich findet man Kolibazillen, Streptokokken und verschiedene Anäroben. Die Gas enthaltenden sind gewöhnlich Folge der Ruptur oder Beschmutzung durch ein Hohleingeweide. Kann jedes Alter betreffen. Wenn der Abszeß auch anatomisch in der Bauchhöhle liegt, ist er in Wirklichkeit doch im Thorax. Gewöhnlich intraperitoneal kann er doch in den hepatischen, renalen und appendikal bedingten Fällen extraperitoneal liegen. Der physikalische Befund mag bei Ausdehnung nach oben durch das Diaphragma kompliziert sein durch seröse Pleuritis oder ein Empyem. Mehr als $^2/_3$ der Fälle folgen auf Operationen und sind dann zu vermuten, wenn der Patient ohne Grund Temperatur- und Pulssteigerung aufweist. Ebenso wenn eine lange Anamnese mit Magen-, Duodenal-, Gallenblasen- oder Appendixsymptomen vorliegt. Dann immer begründeter Verdacht. Die Kurve zeigt den sog. Kirchturmtyp. Schmerzen am Rippenrand, nach hinten und in die Schulter ausstrahlend, bei Druck von vorn nach hinten und seitlich auf den Rippenrand; in akuten Fällen hoher Leukozytengehalt, in alten Leukopenie. Schwitzen, Rigor, kurzer diaphragmatischer Husten, Erbrechen und Singultus in ca. 50 %. Progressive Abmagerung und Gewichtsverlust. In 60 % zeigt sich von vorne, seitlich und hinten eine Vorwölbung. Die abdominale Thoraxbewegung ist auf der affizierten Seite begrenzt, die Zwischenräume über dem Abszeß sind retrahiert, die Leber nach abwärts gedrängt. Schon früh Dämpfung, vermindertes Atemgeräusch, pleuritisches Reiben. Letzteres kann später bleiben oder verschwinden. Röntgen: Das rechte Zwerchfellblatt steht höher als das linke, am deutlichsten bei voller Inspiration. Der höchste Punkt kann im Stehen am oberen Rand der 5. Rippe liegen. Die Kontur ist weich und regelmäßig, der kostophrenische Sulkus klar, die Lungen normal. Differentialdiagnostisch kommt die Reflexhemmung des Diaphragma in exspiratorischer Stellung bei Pleuritis mit Erguß und Lobärpneumonie in Frage. Eiter hinten an der Leber oder ein perinephritischer Abszeß beeinflussen die Höhe des Diaphragma nicht. Links ist die Luftblase des Magens ein guter Leiter, die verdeckt oder verschoben sein kann. Bei Eventeration des Zwerchfells beobachtet man eine paradoxe Bewegung auf der affizierten Seite. Bei einer traumatischen Hernie gibt die Anamnese die nötigen Anhaltspunkte. Bei Gasbildung findet man neben dem Diaphragma einen semizirkulären klaren Raum, Veränderung mit der Lage. Die häufigste Komplikation: Pleuritis mit Erguß. In protrahierten Fällen kann eine Ruptur in den Perikardialsack oder in die Bauchhöhle vorkommen. Bei Leberabszeß ist das Diaphragma mäßig hoch, die Bewegung eingeschränkt. Bei Bant völlig immobil.

v. Schnizer.

The biochemical journal.

21., Nr. 2, 1927.

Gebrauch der Hydrochinhydronelektrode für die p h-Bestimmung in Körperflüssigkeiten. F. Großmann.
Phosphorylierung von Proteinen. C. Rimington.
Nährwert von Kartoffeleiweiß. G. A. Hartwell.
Phosphorkern von Kaseinogen. S. Posternak.
Beiträge zum Studium von Lignin. I.: Metalignin, eine neue Art von Alkalilignin. C. Dorée und E. C. Barton Wright.
Kalkstoffwechsel. I.: Die Wirkung des Nebenschilddrüsenhormons auf den Kalkgehalt des Serums und auf die Kalkaufnahme und -ausscheidung. C. P. Stewart und G. H. Percival.
Leberamylase. G. S. Eadie.
Verhalten des Blutes gegenüber Maltose in vitro A. Hynd und M. G. Macfarlane.
Stoffwechsel von „in vitro" wachsendem Gewebe. I.: Ammoniak- und Harnstoffbildung durch die Niere. B. E. Holmes und E. Watchorn.
Katalytische Wirkung von Spuren von Eisen und Kupfer auf die anaerobe Oxydation von Sulfhydrylkomponenten. D. C. Harrison.

Ueber die Aufnahme von Vitamin D durch die Haut. Vitamin D im bestrahlten Cholesterin kann von einer kleinen Hautpartie der unverletzten Haut in genügender Menge aufgenommen werden, um den Bedarf des Tieres zu decken. Bei Ratten mit rachitiserzeugender Kost kann Rachitis verhütet werden, wenn eine Hautpartie von 2,5 × 3,5 cm 10 Minuten dreimal in der Woche bestrahlt wird.

Die Muttersubstanz von Vitamin D. Cholesterin und Phytosterine, durch bestimmte Methoden gereinigt, können durch Bestrahlung mit ultraviolettem Licht nicht mehr antirachitisch gemacht werden. Diese Verunreinigung scheint nach den Untersuchungen der Verff. ein Sterin labiler und ungesättigter Natur zu sein, dafür kommt nach den bekannten Sterinen nur das Ergosterin in Betracht. Das Ergosterin besitzt dieselben Absorptionsspektren im ultravioletten Licht wie das ungereinigte Cholesterin, nur ist die Intensität bedeutend größer, so daß auf Grund der spektroskopischen Untersuchung im Cholesterin eine Konzentration von 1 : 2000 des Ergosterin anzunehmen ist. Bestrahltes Ergosterin in täglichen Dosen von $^{1}/_{10000}$ mg heilt und verhindert Rattenrachitis. Vitamin D wird mit einer ergosterinähnlichen Substanz identifiziert. (Die Arbeiten sind in Uebereinstimmung mit Prof. Windau ausgeführt.)

Fritz Müller.

Long Island Medical Journal.

21. Nr. 4.

Beiträge zum Studium des Karzinoms. 1. Malignität des Pankreas. Die Krankheiten des Pankreas haben während der letzten zwei Jahrzehnte in der Medizin und besonders in der Chirurgie ein interessantes Kapitel entwickelt. Wenngleich Neubildungen verhältnismäßig selten sind, so handelt es sich, wenn überhaupt welche vorhanden sind, um das Karzinom, wobei das primäre noch weniger gewöhnlich als das sekundäre ist. Die größere Häufigkeit sekundärer Tumoren wird durch die Tatsache verursacht, daß das Pankreas durch ausgedehnte Magenkarzinome erreicht werden kann. In Bezug auf die Symptomatologie bieten die meisten Fälle die allgemeinen Zeichen des Karzinoms des Digestionsapparates, welche in Unbehagen, Appetitlosigkeit, Verlust von Gewicht und Körperkraft und häufigen Schmerzen bestehen. Die Schmerzen sind ein Wechsel des Symptoms; aber sie werden im allgemeinen als am linken oberen Abdomen liegend beschrieben, und zwar geben die Pat. meistens an, daß die Schmerzen einen bohrenden Charakter haben. Eine radikale Behandlung von malignen Pankreaskrankheiten ist nach des Verf. Annahme so gut wie unbekannt. Erst kürzlich hat Schmieden aus Frankfurt a. M. auf dem Deutschen Chirurgenkongreß 1927 über Pankreasoperationen bei akuter Pankreatitis gesprochen (Ref.). Es wäre demzufolge wertvoll zu wissen, ob man auch eine derartige Operation bei dem Vorhandensein von Karzinom vornehmen könnte.

2. Maligne Krankheiten des Caecum und des Colon aszendens. Neoplasmen des Colons sind nicht selten. Wenngleich die Diagnose nicht immer in dem frühen Stadium leicht ist, so ist sie in dieser Situation für die maligne Krankheit sehr wichtig, und man kann durch rechtzeitiges Erkennen häufig genug das Auftreten von Metastasen in irgendwelchen anderen Geweben des Körpers verhindern. In späteren Stadien, wenn die benachbarten Drüsen und Organe mitbefallen sind, so ist eine heilsame Operation unmöglich. Man kann die Malignität einer Geschwulst nicht beurteilen nach ihrem Sitze; denn die Symptome sind gewöhnlich nicht scharf umgrenzt und bestehen im allgemeinen in abdominellen Krämpfen, gelegentlichen Durchfällen und Blut im Stuhl. In bezug auf die Therapie wechselt der Entschluß zur Operation mit den verschiedenen Operateuren. Einige ziehen die Zu-End-Anastomose der lateralen Anastomose vor und andere wieder nähen End zu Seite. Letzte Methode wird vom Verf. ausführlich beschrieben.

3. Malignität des Colon transversum, Colon deszendens und Sigmoideum. Schon in den beiden vorigen Abschnitten ist die Malignität sehr ausführlich von den Autoren abgehandelt worden und besonders ist sie wichtig beim Colon transversum, Colon deszendens und Sigmoideum. Sie ist das wichtigste Problem, welches eine befriedigende Lösung in der Hand des Klinikers und des Chirurgen verlangt. Während die Malignität des Dickdarms nicht so rapide eine Tendenz zu Metastasen zeigt und auch nicht so rasch toxische Symptome liefert, sehen wir doch wohl in anderen Organen und im Dünndarm diese Schnelligkeit mehr hervortreten. Die Chirurgie ist trotz allem in der Lage, eine gewisse Anzahl von Handlungen zu erzielen, wenn rechtzeitig die Operation vorgenommen wird. Nicht oft genug kann auf die Wichtigkeit der Röntgenstrahlen hingewiesen werden, die uns eine kolossale Hilfe zur sicheren Diagnose liefern. Verf. geht weiter auf die letzten drei Abschnitte ein und kommt zu dem Schluß, daß die frühzeitig vorgenommene Radikaloperation, zu der man auf Grund einer durch Röntgenuntersuchung ermöglichten frühen Diagnose gelangt, die größte Möglichkeit für eine dauernde Heilung gibt.

Akute Harnverhaltung. Unter akuter Harnverhaltung versteht man die absolute Unmöglichkeit, die Harnblase zu entleeren. Die Diagnose ist leicht und am häufigsten kommt sie beim Prostatiker vor. Je früher ein solcher Kranker katheterisiert wird, umso besser, und es empfiehlt sich, die Harnröhre vorher zu anästhesieren, wobei im allgemeinen Novocain angewendet wird. Aeußerst selten ist der kongenitale Verschluß der Urethra und wenn er vorkommt, kommt er beim männlichen Kinde vor und so gut wie gar nicht beim weiblichen. Die beiden wichtigsten Faktoren zur Behandlung aller Arten der akuten Harnverhaltung sind die Asepsis und die Liebenswürdigkeit des Arztes. Sehr häufig kommt es vor, daß schwere Komplikationen auftreten, wenn auch nur einer der beiden vorgenannten Faktoren irgendwie unberücksichtigt bleibt.

Hofbauer, Berlin.

Buchbesprechungen.

Praktische Differentialdiagnostik für Aerzte und Studierende. Herausgegeben von Prof. Dr. Georg Honigmann, Gießen. Repertorienverlag Leipzig und Planegg. — Das in erster Linie für die Bedürfnisse des praktischen Arztes geschriebene Werk soll nicht wie die meisten Lehrbücher die einzelnen Erkrankungen nach anatomischen Gesichtspunkten gruppieren, sondern „umgekehrt die sinnfälligsten entweder zu Komplexen vereinen oder einzeln auftretenden Symptome (wie z. B. Blutbrechen, Dyspnoe, Herzklopfen, Hämaturie, Schmerzen charakteristischer Stellen usw.) nach allen Seiten hin beleuchten und daran die Analyse mit ihren regionär oder sonstwie kausal verknüpften Erscheinungen anschließen." So wird sich wie am Krankenbett die Diagnose schließlich herauskristallisieren, da bei der Besprechung der Einzelsymptome auch die Untersuchungsmethodik eingehend besprochen wird. Es ist erfreulich, daß der Herausgeber besonderen Wert darauf legt, „daß bei jeder differentialdiagnostischen Erwägung, die dazu Anlaß gibt, die Beziehungen zum ganzen Organismus in Betracht gezogen werden." Bis jetzt erschienen: Einführung in die Differentialdiagnostik von Prof. Dr. G. Honigmann. Preis 80 Pfg. — Differentialdiagnose der Krankheiten der Brustorgane und des Kreislaufes von Geh. Rat Prof. Dr. Hoffmann. Preis 11 M. — Differentialdiagnose der organischen Krankheiten des Nervensystems von Prof. Dr. Rindfleisch. Preis 10 M. — Differentialdiagnose der allgemeinen Wundkrankheiten von Prof. Dr. Brüning. Preis 1,80 M. — Differentialdiagnose der chirurgischen Krankheiten der Blase und der Nieren von Dr. P. Kayser. Preis 4,50 M. — Differentialdiagnose der chirurgischen Erkrankungen der Bauchhöhle von Prof. Dr. Brüning. Preis 3,20 M.

Sowohl die Einleitung des Herausgebers, die in mehr als einer Beziehung programmatisch interessant ist, als auch die anderen bis jetzt erschienenen Teile des Werkes lassen erkennen, daß hier ein bedeutsames Unternehmen seinen Anfang genommen hat, das dem Arzte eine Hilfe ist, dem Studierenden aber die große Linie weist, auf der sich alles medizinische Denken zu bewegen hat. Sollten die folgenden Teile ebenso wertvoll sein, so wird die Weltliteratur um ein Standardwerk reicher sein.

Arnold Hirsch, Berlin.

Franz Tremel: **Nasen- und Halskrankheiten und ihre Beziehungen zur Heilpädagogik.** Karl Marhold, Halle 1927. Pr. geh. 4,70 M., geb. 5,70 M. — Das vorliegende Buch gehört einer Sammlung medizinischer Grundrisse für Heilpädagogen an. Diese Grundrisse sollen es dem Heilpädagogen ermöglichen, seine Erfahrungen zu ordnen und ihn soweit führen, wie er ohne besondere medizinische Ausbildung gelangen kann.

Die Situationen, in welchen sich solches heilpädagogisches Wissen bewähren kann, sind mannigfaltig. Es handelt sich nicht nur um die verschiedenen Arten von Anstalten (für Sinnesdefekte, Schwachsinnige, Psychopathen, schwer erziehbare Kinder, Asoziale, um die Hilfsschulen usw.), sondern der Heilpädagoge muß in der Lage sein, auch innerhalb der Familie, evtl. in der Jugendgerichtshilfe, in der Wohlfahrtspflege, in der Berufsberatung Abwegigkeiten zu erkennen und sich ein Urteil darüber zu bilden, ob sie krankhafter Art sind, oder ob es sich vorwiegend um Milieuschädigungen handelt. Dieses ausgebreitete Wissen aus eigener Kraft aus dem oft spröden und vielfältigen Stoff der Klinik, der allgemeinen Hygiene, der Epidemiologie, der Berufskunde heranzuholen, ist nur wenigen gegeben. Darum ist hier der Versuch gemacht, den Stoff aufbereitet zu bieten, unter den Gesichtspunkten, die dem Heilpädagogen von Wichtigkeit sind. Nicht systematische Vollständigkeit, nicht lehrhafte Abrundung, sondern praktische Brauchbarkeit ist das Ziel dieser Sammlung.

Das Programm, das den Büchern dieser Sammlung zu Grunde gelegt ist, lautet: neben dem klinisch Wichtigsten besondere Berücksichtigung der Epidemiologie im Massenbetrieb, der akut bedrohlichen Ereignisse, dann der stationären Folgezustände abgelaufener Erkrankungen und ihre Beeinflussung; schließlich ausführliche Hinweise für die Berufsberatung.

Die vorliegende Arbeit gibt nur einen kleinen Ausschnitt des körperlichen Lebens in gesunden und kranken Tagen und deckt mannigfache Beziehungen zum psychischen Leben auf. Wer als Pädagoge von der Wahrheit des Satzes durchdrungen ist, daß die richtige Erfassung körperlicher Zustände erst die Basis für das Verständnis seelischer Ereignisse abgibt, der wird zwar die Ansprüche an sich selbst auf das Höchste steigern, aber die Früchte seiner Arbeit werden umso größer sein.

Held.

Dr. P. Zweifel und Dr. E. Zweifel: **Grundriß der Gynäkologie** (mit 165 Abbildungen). Verlag G. Stilke 1927. Geh. 20 M., geb. 22 M. — Dieses Buch bietet einen besonderen Reiz, weil es von einem Altmeister der Gynäkologie geschrieben ist, dem, wie er selbst einleitend bemerkt, „es vergönnt war, die größte Umwandlung aller Zeiten in der praktischen Medizin mitzuerleben." Aus dem umfassenden Wissen seiner großen Erfahrung gibt er eine Uebersicht über das gesamte Gebiet der Gynäkologie. Die Tatsache, daß der Verfasser bei der Schilderung der einzelnen Organerkrankungen die chronologische Entwicklung unserer Kenntnisse von den einfachsten bis zu den modernen Untersuchungsmethoden beschreibt, gestaltet das Lesen des Buches zu einem besonderen Genuß. So verweilt Verfasser bei der Entwicklung der Myomoperation und bei der Schilderung der Chorionepithelioms besonders eingehend bei der historischen Darstellung. Im Gegensatz zu den meisten Lehrbüchern beginnt Verfasser mit den Erkrankungen der inneren Genitalien und behandelt der Reihe nach Ovarien, Tuben, Uterus, Scheide und Vulva. Besonders hervorzuheben ist der Abschnitt über die Verhütungslehre (gute Verdeutschung für Prophylaxe). Die klare Schreibweise, mit der der Verfasser sein Lieblingsthema behandelt, erinnert hier an die klassische Darstellung des Kindbettfiebers im Döderleinschen Handbuch. In allen Abschnitten ist besonders großer Wert auf die Diagnostik gelegt, zumal ja der Grundriß hauptsächlich für den Praktiker bestimmt ist, wenn auch der Facharzt mancherlei Anregung aus ihm schöpfen kann. Daß einige moderne Anschauungen neuerer Forschung nicht genügend berücksichtigt oder abgelehnt werden, liegt in der Persönlichkeit des Autors begründet. Ich erwähne kurz die Behandlung der symptomlosen Retroflexio, die nach neueren Anschauungen bei vielen Frauen erst einen Krankheitskomplex auslöst, ferner die Spülbehandlung der Scheidenentzündung, die heute einer biologischen Therapie Platz gemacht hat usw. Der Abschnitt über die Krankheit der Harnröhre und Blase ist von E. Zweifel bearbeitet, ebenso die Strahlenbehandlung, über die [...] an anderer Stelle berichtet. Die gute Ausstattung des Buches [...] zum Teil sehr schönen farbigen Abbildungen wird nicht zuletzt d[...] beitragen, diesem Werke zahlreiche Freunde zu erwerben.

Kosminski, Berli[n]

Ad. M. Brogsitter: **Histopathologie der Gelenkgi[cht]** F. C. W. Vogel, Leipzig 1927. Pr. 15 M. — Verf. hat seine[...] „Deutschen Archiv für klinische Medizin" bereits veröffentlich[...] Untersuchungen nunmehr in Buchform gebracht. Die Notgem[...] schaft der Deutschen Wissenschaft gewährleistete in dankenswe[...] Weise die unbeschränkte Beigabe von Tafelbildern mit Mikropho[...] grammen. Er gibt zunächst eine eingehende Beschreibung der a[...] tomischen und mikroskopischen Befunde bei 3 als charakteristi[...] ausgewählten Fällen und versucht dann, die Untersuchungsergebni[...] vom beginnenden Leiden bis zu den Endausgängen in eine Linie [...] bringen. Die Uratdurchtränkung des Knorpels geht nach seinen [...] fahrungen von der Epiphyse aus und erfolgt nicht von der Gele[...] höhle her, wie bisher angenommen wurde. Der charakteristis[...] Symptomenkomplex des akuten Gichtanfalls entsteht, sobald das [...] Entzündung reizende Urat mit dem an Blutgefäßen und Nerven rei[...] lich versorgten Synovialgewebe in Berührung tritt. Die U[...] inkrustation zieht degenerative und proliferative Gewebsproze[...] nach sich. Wie jedes andere Gewebe wird der Knorpel im Bere[...] des Harnsäuredepots nekrotisch. Narben- und Sehnengewebe [...] scheint bei der Inkrustation bevorzugt.

Das Auftreten des Marktophus kennzeichnet die Arthritis ur[...] welche im Röntgenbild einen ziemlich charakteristischen Befund [...] gibt. Bei schwerer Gelenkgicht finden sich Tophi in den Sehnen, [...] Bandapparat und in der Gelenkkapsel. Relativ selten führt [...] chronische von den Uratherden ausgehende Entzündung der Ka[...] durch Verdickung und Schrumpfung zur knöchernen Ankylose. A[...] ohne daß man die Heberdenschen Knoten in den großen Kreis gi[...] tischer Knochen- und Gelenkveränderungen einbezieht, ergibt [...] für die Arthritis urica klinisch und pathologisch-histologisch [...] äußerst wechselvolles Bild, eine Bestätigung der Anschauung, [...] dieselbe Note bei den Gelenken ganz verschiedene Ergebni[...] zeitigen kann.

Die Hoffnung, daß die Röntgenbilder im Stande wären, [...] dunkle Gebiet der Gelenkkrankheiten restlos zu klären, hat sich ni[...] erfüllt. Noch so schöne klinische Arbeiten werden nichts vermög[...] wenn nicht die am Lebenden gewonnenen Beobachtungsresultate i[...] notwendige Ergänzung finden in genauen anatomischen und mik[...] skopischen Befunderhebungen.

Hel[d.]

B. Aschner, Wien: **Gynäkologie und innere Sekretion.** He[ft ...] der Abhandlungen aus den Grenzgebieten der inneren Sekreti[on] herausgegeben von L. Szondi, Budapest. Rudolf Novak & [Co.] Leipzig und Budapest. 1927. 90 Seiten. — Der auf diesem Gel[...] besonders bekannte Verfasser bespricht nach eingehender Würdig[...] der besonderen konstitutionellen Disposition des Weibes zu inn[...] sekretorischen Störungen zuerst diejenigen des Ovariums, dann [...] Beziehungen zwischen innerer Sekretion und Schwangerschaft, [...] Erkrankungen der übrigen Blutdrüsen in Bezug zur Geburtshilfe [...] Gynäkologie, sowie endlich die Therapie der Blutdrüsenerkr[...] kungen in der Frauenheilkunde. Obwohl die Literatur nur zu ein[...] geringen Teile berücksichtigt worden ist, hat man nach der Lekt[...] den Eindruck eines geschlossenen Ganzen von durchaus moder[...] Einstellung und individueller Betrachtungsweise. Der therapeutis[...] Teil ist recht kurz geraten, besonders bezüglich der Substitutio[...] therapie und der Röntgentherapie. Gerade bezüglich letzterer wä[...] im Rahmen einer innersekretorischen Abhandlung einige warne[...] Worte vor der immer mehr um sich greifenden Polypragmasie [...] Platze gewesen.

Arnold Hirsch, Berli[n]

G. Marañon, Madrid: **Prädiabetische Zustände.** (Heft 5 [...] Abhandlungen aus den Grenzgebieten der inneren Sekretion. Hera[...] geber: L. Szondi, Budapest.) Rudolf Novak & Co., Leipzig [...] Budapest. 1927. 40 Seiten. — Obwohl sich der Verfasser bewußt [...] daß im strengen wissenschaftlichen Sinne von einer Diabet[...] Prophylaxe nicht die Rede sein kann, so dient das kleine W[...] doch dazu, die diabetische Erkrankung viel früher zu erkennen, d[...] in ihren latenten oder „prädiabetischen" Stadien, und vielmehr n[...] in den Anfangsstadien des Kohlehydratstoffwechsels. Damit w[...] in Praxi mehr geleistet als mit den schönsten Prophylaxetheor[...] der Fachhygieniker. Das anziehend geschriebene kleine Werk [...] warm zu empfehlen. Als stilistische Kuriosität sei erwähnt, daß [...] Verfasser „die" Diabetes sagt.

Arnold Hirsch, Berlin

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

'erlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854

UMMER 28 | BERLIN, DEN 15. JULI 1927 | 45. JAHRGANG

Originalien.

Zur Psychologie des Lungenkranken.

Von
Dr. A. MUENZER, Charlottenburg.

Wir Aerzte, denen die Behandlung kranker Menschen höchste ıd einzige Aufgabe ist, stehen jeden Tag vor neuen Schwierig- ɔiten. Immer wieder sehen wir, daß die Krankenbehandlung sich cht in eine Schablone einzwängen läßt. Das, was wir auf der niversität, in Klinik und Krankenhaus lernen, kann nur die Grund- ge unseres Handelns bilden. In der Praxis aber müssen wir uns ir jeden Krankheitsfall in ganz besonderer Weise einstellen, müssen ıs absolut der gegebenen Lage anpassen. Immerwährend müssen ir variieren, mit hundert Kunstgriffen müssen wir arbeiten; es ilt, den Kranken bis in seine letzten Winkel zu durchschauen, seine eheimsten Regungen aufzuspüren. — Hier werden wir ermuntern, ıspornen, dort beruhigen, lindern, besänftigen. Dem einen geben ir das Medikament, nach dem er so sehr verlangt, bei dem anderen leibt es bei hydrotherapeutischen Prozeduren. Der eine folgt willig, ın dirigieren wir mit wenigen Worten, dem anderen heißt es den Villen aufzwingen. Dem einen hilft das Bett; dem anderen der Gang ıs Freie. Man kann ja nicht all die ungezählten Möglichkeiten rörtern, in denen sich unser ärztliches Handeln auswirkt. Aber nmer wieder müssen wir uns an das Wort erinnern, das uns so nendlich oft in Lehrbüchern, Abhandlungen, Vorträgen, im Hörsaal n unser Ohr klingt: Der Arzt hat nicht K r a n k h e i t e n, sondern ranke zu behandeln. Er steht nicht einer Sache, sondern einem lenschen gegenüber; einem fühlenden und denkenden Wesen mit ll seiner Unruhe und Qual, mit seinen Sorgen und Aengsten. Deshalb at zu allererst der Arzt die Pflicht, sich in die Psyche des Kranken ineinzuleben. Dazu aber muß er ein wahrer Künstler sein. d. h. iner, der die Kunst des Einfühlens in die fremde Individualität ver- teht. Der erfolgreichste Arzt ist sicher nicht der, der eine Fülle on Wissen in sich aufgespeichert hat und dieses nun in einem estimmten Falle anwendet, sondern der, der sich psychisch auf einen Patienten einzustellen und ihn auf diesem Wege zu beein- ussen vermag.

Viel klarer hebt sich diese Auffassung ärztlichen Handelns noch eraus, wenn wir bedenken, daß durch jede körperliche Erkrankung uch die Psyche in einer bestimmten Weise betroffen wird; sei s nun eine Herz-, eine Lungen-, Nieren- oder Geschlechtskrankheit. 3ei manchen dieser Krankheiten treten sogar die psychischen rscheinungen gebieterisch in den Vordergrund. Die wissenschaft- che Erörterung dieser Dinge ist aber bisher stellenweise noch ver- achlässigt worden; gewiß handelt es sich hier um altbekannte Tat- achen, die wir aber fast überall nur ganz kurz hervorheben und berflächlich skizziert finden. Man kann nicht umhin, festzustellen, aß für die meisten Beobachter und wissenschaftlichen Bearbeiter ur das körperlich Kranke existiert, während das Seelische als ein ebensächliches Etwas behandelt wird. Ausnahmen müssen beson- ers hervorgehoben werden, z. B. die ausgezeichnete Zusammen- assung von B r a u n über „Herz und Psyche“[1]).

[1]) L u d w i g B r a u n : „Herz und Psyche in ihren Wirkungen aufeinander.“ eipzig und Wien 1920.

Kaum eine körperliche Erkrankung ruft eine derartige Umwälzung der psychischen Funktion hervor, wie die Lungentuberkulose[2]). Die Dauer des Leidens und seine Entwicklung stellen ja in der Tat an die Psyche die höchsten Anforderungen, und so kann uns die eben geschilderte Tatsache in keiner Weise verwundern. Um so merkwürdiger ist es nun bei dieser Sachlage, daß erst von einer Laienseite der Anstoß zu einem genauen Studium der einschlägigen Verhältnisse ausgehen mußte. Man mag sich zu Thomas Manns „Zauberberg“ vom ärztlichen Standpunkt aus stellen, wie man wolle, es muß zugegeben werden, daß der Autor sich mit einer Intensität und Wärme in das Seelenleben der Lungenkranken versenkt hat, wie es vorher von ärztlicher Seite noch nicht geschehen war. Seither ist die Frage dauernd in Fluß geblieben. Es zeigte sich mit vollster Deutlichkeit, daß auf diesem Gebiete noch viel interessante Probleme ihrer Lösung harren; dem Forscher war hier ein reiches Feld der Betätigung gegeben. Ich weise an dieser Stelle insbesondere auf die gründliche Studie von S t e r n[3]) hin. Hier wird zum ersten Male der Stoff in systematischer Weise bearbeitet. Dem Verfasser war selbst Gelegenheit gegeben, sich mit den einschlägigen Verhältnissen in einem Schweizer Kurort vertraut zu machen. Seine nur auf eigene Beobachtungen fußenden Untersuchungen haben eine Fülle des interessantesten Materials zutage gefördert. Man gewinnt aus der Sternschen Arbeit die Anregung, auf dem einmal eingeschlagenen Wege fortzuschreiten. Ich selbst habe mich seither bemüht, auf die psychischen Veränderungen gerade bei der Lungentuberkulose besonders zu achten. Um zu weiteren Ergebnissen zu gelangen, habe ich den in der Psychiatrie schon lange gegebenen Weg benutzt, die Patienten selbst zu Berichten über ihr seelisches Erleben zu veranlassen. Vor kurzem hatte ich Gelegenheit, eine akut erkrankte Patientin zu behandeln. Da es sich um eine sehr intelligente und kritisch veranlagte Kranke handelte, schien mir eine entsprechende Selbstschilderung in diesem Falle von Wert. Meiner Bitte, den Einfluß der Erkrankung auf die Psyche kurz zu skizzieren, wurde bereitwilligst stattgegeben. Ich betone hierbei, daß es sich nur um die psychischen Einwirkungen der beginnenden Krankheit handelt. Die Psychologie des chronisch Lungenkranken erfordert ein besonderes Studium (vgl. hierzu S t e r n).

Ehe ich die Schilderung der Patientin wiedergebe, berichte ich kurz ihre Krankheitsgeschichte:

F. T., 24 Jahre, ledig, Vater an Tuberkulose im Vorjahre gestorben, im übrigen Familienanamnese o. B. — Körperlich bisher stets gesund. Mit 17 Jahren Depressionszustand von mehrmonatiger Dauer (Cyclothymie). Seither außer ganz geringen Schwankungen keinerlei psychische Anomalien. — Mitte Februar ds. Js. plötzlich erkrankt mit Fieber, allgemeiner Müdigkeit und Abgeschlagenheit, völligem Appetitmangel. Kein Husten, kein Auswurf, keine Nachtschweiße.

Die Befundaufnahme ergibt: Große, schlank gebaute Patientin in mäßigem Ernährungszustand. Farbe der Haut und sichtbaren Schleimhäute: blaß. Temperatur: 37,5°. Puls regelmäßig, leicht

[2]) Vgl. für das Folgende insbesondere die Ausführungen von K o l l a r i t s : „Die psychische Führung der Tuberkulösen.“ Schweiz. Med. Wochenschr. 1925. Ich habe diese erst nach Fertigstellung meiner Arbeit gelesen und fand in einzelnen Punkten eine fast wörtliche Uebereinstimmung.

[3]) E. S t e r n : „Die Psyche des Lungenkranken“. Halle 1925.

beschleunigt. Beide Oberschlüsselbeingruben etwas eingesunken. Ueber rechter r. ganz geringe Schwellabschwächung mit leicht verschärftem Vesikuläratmen. Im übrigen keinerlei Besonderheiten. Psychisch: o. B. Diagnose: Cat. apic. dextr.? Symptomatische Therapie.

In den folgenden Tagen bewegen sich die Temperaturen zwischen 37,2° und 37,6°. Kein Husten, kein Auswurf; hingegen allgemeine Mattigkeit und Appetitlosigkeit anhaltend. Die Röntgenuntersuchung (Dr. Wohlauer) ergab folgendes:

„Durchleuchtung: rechte Spitze in beiden. Durchleuchtungsrichtungen enger und dunkler als die linke. Anfänglich erscheinen auch die tieferen Abschnitte rechts bei dorso-ventralem Strahlengang etwas dunkler. Ein Unterschied, der sich mir später auszugleichen schien. Beide Zwerchfellhälften bewegen sich frei und ausgiebig. Die Sinus werden frei.

Die Spitzenaufnahme zeigt in der rechten Spitze eine hellere, weniger lufthaltige Schattierung als links. Uebersichtsaufnahme: beiderseits kleine Hilusdrüsen. Rechts oben eine periapikale Schwarte."

Hiernach wurde ein auf die rechte Lungenspitze beschränkter tuberkulöser Prozeß angenommen. Der Patientin wurde, da sie hier in einer Pension lebte, geraten, in ihre Heimat zurückzukehren und sich dort einer ausgiebigen Behandlung zu unterziehen. Wie ich inzwischen in Erfahrung gebracht habe, sind die Temperaturen etwas gestiegen, erreichen bisweilen 38°. Es haben sich Husten und zeitweilig Brustschmerzen eingestellt. Mattigkeit und Appetitlosigkeit bestehen unverändert. Die Patientin beabsichtigt, sich nunmehr einer Sanatoriumskur zu unterziehen[4]). — Zu ihrer psychischen Charakteristik füge ich, ohne dieselbe hiermit zu erschöpfen, nur kurz an, daß es sich um eine recht aktive und selbständige Natur von starker Vitalität handelt. Hochentwickelte Intelligenz. Stimmungslage meist heiter, allerdings ungleichmäßig und durch äußere Einwirkungen leicht beeinflußbar. Sprunghaftes, unbeständiges Wesen.

Ich gebe nunmehr die stellenweise recht plastische Schilderung wortgetreu wieder:

„Es war nach einem wild durchtollten Künstlerfest im Berliner Fasching. Fröstelnd und übernächtigt entfloh ich der übermütigen Gesellschaft, um meine Aschermittwochstimmung, die sich programmäßig nach jeder durchtanzten Nacht bei mir einstellt, zu verbergen. Im fahlen Morgendämmern wanderte ich wie im Traum durch die öden Straßen — es überfiel mich eine lähmende Müdigkeit und die dunkle Ahnung, krank zu werden, griff wie eine eiskalte Hand nach meinem Herzen. Von Fieberfrost geschüttelt, kam ich daheim an, — aber unter keinen Umständen durfte ich krank werden. — Nach einem tiefen, langen Schlaf wollte ich wieder frisch und freudig an meine Arbeit gehen. Mit äußerster Energie hielt ich mich noch zwei Tage aufrecht; dann aber drohte mir meine Pensionsmutter mit dem Arzt, wenn ich mich nicht unverzüglich ins Bett legen würde. Ich wählte von zwei Uebeln das kleinere, weil ich mich vor dem Resultat einer gründlichen ärztlichen Untersuchung fürchtete. Es war ebenso feige wie zwecklos, denn trotz aller Gewaltkuren ging es mir von Tag zu Tag schlechter. Das Fieber wollte nicht weichen. Mit Energie konnte ich die Gesundheit diesmal nicht erzwingen. — Ich mußte also doch den Arzt zu Rate ziehen. Meine böse Ahnung wurde zur Gewißheit — die Lunge war angegriffen. Selbst die Verkündigung meines Todesurteils hätte mich nicht in größere Verzweiflung bringen können; standen doch die qualvollen Leidensjahre meines Vaters, der im Vorjahre dieser Krankheit erlegen war, noch zu deutlich vor meiner Seele. Zum Nichtstun verdammt, sah ich meine Zukunft grausam zerstört, mein Weiterleben vollständig zwecklos, mir selbst und anderen zur Last. Diese Gedanken hütete ich allerdings ängstlich in meinem Innern. Aeußerlich nahm ich die Diagnose mit gewollter Leichtfertigkeit hin, als ob ich mir die Tragweite absolut nicht bewußt wäre. Obwohl der Arzt mir vollkommene Heilung zusicherte, blieb ich innerlich jeder vernunftgemäßen Einwendung unzugänglich. Und der Abschied von Berlin gestaltete sich in meiner Phantasie zu einem Abschied für immer, — fassungslos schluchzend saß ich im D-Zug, der mich wieder in die rheinische Heimat führte. In unserem stillen Heim wandelte sich diese wilde Verzweiflung in vollständige Apathie. Ich ließ alles mit mir geschehen, was vom Arzt verordnet war, obwohl ich von der Zwecklosigkeit dieser Vorschriften fest überzeugt war. Mein Lebenswille war gebrochen: — Dann zog der Frühling ins Land und mit ihm erwachten meine Lebensgeister. Es kam mir zum Bewußtsein, daß man dem kranken Körper nicht die Herrschaft über die Seele einräumen darf, sondern durch Anspannen aller Kräfte versuchen muß, die Eintönigkeit dieses streng geregelten Lebens mit Liegekur, Temperaturmessen, Essen, Schlafen, Spazierengehen einigermaßen erträglich zu gestalten, und ich bemerkte zu meiner großen Freude, daß mein Geist aufnahmefähiger war als in gesunden Tagen, wo die Hast und Unruhe des Alltages die Konzentration stark beeinträchtigte. Ich nahm meine Sprachstudien wieder auf, vertiefte mich in die moderne Literatur, unterhielt einen lebhaften schriftlichen Gedankenaustausch mit einigen lieben Freunden, um den Kontakt mit dem Leben der Gesunden nicht zu verlieren. Diesen inneren Wandel verdanke ich zum größten Teile der psychischen Einwirkung meines Arztes, der es meisterhaft verstanden hat, neben der medizinischen Behandlung erzieherisch auf mich einzuwirken, indem er Anforderungen an meine geistigen Fähigkeiten stellte und mich so vor dem schädigenden Einfluß dieses müßigen Dahinlebens bewahrte. Und wenn auch jetzt noch ab und zu Tage innerer Auflehnung gegen die Krankheit kommen, in denen man sich ausgestoßen fühlt von den Freuden des Lebens und das Kranksein als eine schmerzende, erniedrigende Fessel empfindet, auf die Dauer lernt man die Krankheit als große Erzieherin betrachten, die vor innerer Verflachung schützt, läuternd und veredelnd auf den Charakter einwirkt und die geistige Entwicklung in ungeahnter Weise fördert. Deshalb sollte man die Krankheit hinnehmen und nicht unerträglich gestalten durch zweckloses Aufbegehren gegen das Schicksal.

Versuchen wir nunmehr eine Analyse der wichtigsten Punkte dieser Schilderung. Da fällt uns zunächst auf: die innere Angst vor der Erkrankung, das Nichteingestehenwollen der objektiven Symptome und das Bestreben, mit aller Macht dem eindringenden Feinde Widerstand zu leisten. Die Patientin fühlte sich bereits recht krank, sie ist von Fieberfrost geschüttelt, aber sie denkt, nach einem tiefen, langen Schlaf wieder an ihre Arbeit gehen zu können. Vor dem Ergebnis der ärztlichen Untersuchung hegt sie begründete Furcht. Wir sehen hier eine Erscheinung, der wir bei unseren Kranken recht häufig begegnen. Es ist ja ganz klar, daß namentlich erblich belasteten Individuen die Krankheit wie ein Gespenst vor Augen steht. Ueberall taucht es auf und untergräbt die Lebensfreude. Ist es aber wirklich zu den ersten Erscheinungen gekommen, dann lullt sich der Kranke gern in Sicherheit, er wertet die Symptome nicht oder will sie nicht werten. Es erscheint ihm alles bedeutungslos, von „leichter Grippe" oder dergleichen wird gesprochen — bald wird ja alles vorüber sein. Aber diese Ideengänge sind doch in den meisten Fällen nur ein schwaches Bollwerk gegen die in der Tiefe wühlende Angst, die den Kranken nicht mehr losläßt. Er will es sich nicht eingestehen, und doch ahnt er: Jetzt ist der gefürchtete Augenblick gekommen. — Und dann kommt der Schlag, der schwere Schlag — die Diagnose der Lungenerkrankung. Bei unserer Patientin tritt eine starke Shockreaktion auf. Sie wird von Verzweiflung erfaßt, selbst die Verkündigung ihres Todesurteils hätte sie nicht schlimmer treffen können. Die Leidensjahre ihres Vaters werden wieder lebendig. Die Zukunft ist zerstört. Jeder vernunftgemäßen Einwendung bleibt sie unzugänglich. — Diese Shockreaktion entspricht in ihrem Ausmaße durchaus nicht der sie herbeiführenden Ursache, sondern geht weit über sie hinaus. Aber mit dem Moment der Diagnosestellung verlieren viele Patienten völlig die klare Ueberlegung. Der Kranke sieht nur noch das Leiden mit all seinen Schrecken, die „Schwindsucht", die zum sicheren Ende führt. In unserem Falle handelte es sich dabei nur um eine beginnende Erkrankung, die sofort mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu bekämpfen war. — Uebrigens gelang es unserer Patientin zunächst tatsächlich, wie sie es selbst beschreibt, ihre inneren Empfindungen völlig zu verbergen. Ich wunderte mich am Anfang über die anscheinend geringe Wirkung, welche die Feststellung des Leidens auf die Kranke ausübte; erst die allzu betonte Leichtfertigkeit, mit welcher die Diagnose aufgenommen wurde, belehrte mich eines anderen.

Hier soll die Erörterung der Frage eingeschaltet werden, wie sich der Arzt bezüglich der Aufklärung des Patienten über seinen Krankheitszustand zu verhalten hat. Ist er verpflichtet, seinen Schutzbefohlenen über die Art der Erkrankung zu orientieren? Oder soll er ihn zunächst hinhalten? Soll er ihm wenigstens fürs erste den Charakter der Erkrankung verschweigen? — Ich glaube, man wird sich hier rückhaltlos Stern anschließen, der es für notwendig hält, dem Kranken volle Klarheit zu geben, selbst auf die Gefahr hin, wie dies auch bei unserer Patientin geschah, eine starke Erschütterung des seelischen Gleichgewichts hervorzurufen. Der Kranke muß unbedingt wissen, wie es um ihn steht. Er muß von vornherein auf den Ernst der Situation hingewiesen werden. Er ist über die Art und Dauer der Erkrankung genau zu belehren. Wir

[4]) Ist inzwischen geschehen.

issen ja, daß der größte Teil unserer Kanken über das Wesen der uberkulose garnicht oder nur mangelhaft unterrichtet ist. Natürlich oll das alles in einer ruhigen und sachlichen Form geschehen. Der ranke muß fühlen, daß das Handeln des Arztes von Wohlwollen nd Interesse getragen ist. Jede unnütze Beunruhigung wird entchieden vermieden werden. Schließlich, und das ist wesentlich, nuß ausführlich erläutert werden, daß bei sachgemäßer Behandlung ie Heilungsaussichten sich durchaus günstig gestalten (vergl. auch tern). — Man muß um so mehr auf die genaue Erörterung der achlage dringen, als sich viele Kranke, wenn einmal der erste Sturm er Verzweiflung vorüber ist, leichtfertig über ärztliche Vorschriften nd Maßahmen hinwegsetzen. Sie stehen der Erkrankung mit einer schreckenden Urteilslosigkeit gegenüber und erschweren hierdurch ie Behandlung in beträchtlichem Maße.

Fahren wir nunmehr in der Analyse unserer Selbstschilderung ort, so sehen wir, wie nach dem ersten Verzweiflungsausbruch eine änzliche Apathie eintritt. Die Kranke läßt willenlos alles mit sich eschehen, ist völlig von der Zwecklosigkeit aller Maßnahmen überеugt. Ihr Lebenswille ist gebrochen. — Man wird diese psychische ntwicklung für eine Reihe von Fällen durchaus als Norm ansehen önnen. Dem gewaltigen Shock, den die Feststellung des Leidens iit sich bringt, der inneren Auflehnung folgt die Phase der völligen esignation, wieder in vielen Fällen, wie auch in dem unserigen, nter absoluter Verkennung der Gesamtlage; denn das Krankheitsild gab nicht Anlaß zu pessimistischer Auffassung.

Konnten wir bislang in dem Ablauf des psychischen Geschehens ei unserer Patientin zwei gesonderte Phasen feststellen, zunächst ine gewisse Erregungsphase, dann eine Phase der Depression und Apathie, die aber nicht etwa zirkulären Charakter trugen, das betone ch ausdrücklich — so sehen wir schließlich als dritte Phase den igentlichen Ausgleich, die Anpassung an die tatsächlichen Verältnisse, folgen. Der Kranke hat sich ja, wie auch Stern hervorebt, mit der Krankheit in irgendeiner Weise abzufinden. Je länger ie besteht, um so notwendiger wird die Herbeiführung eines einigeraßen erträglichen seelischen Gleichgewichtszustandes. Wir sehen las auch bei unserer Patientin in recht charakteristischer Weise. Sie rkennt, daß man dem kranken Körper nicht die Herrschaft über die Seele einräumen darf, und findet in der Arbeit das Heil. Tatsächlich rfaßt sie hiermit den einzig möglichen Weg, der sie über die lange Dauer der Behandlung hinwegführen kann (vergl. hierzu besonders lie Ausführungen von Kollarits). Die geeignete Beschäftigung erweckt die Lebensgeister, bringt Ablenkung und schafft wirklich ositive Werte. Interessant ist hierbei die Angabe unserer Kranken, laß der Geist aufahmefähiger wird als in gesunden Tagen. Das ist n der Tat auch als möglich vorzustellen. Es fehlt die gewohnte Alltagsbeschäftigung, die mehr maschinenmäßig erledigt wird, der Geist wird frei für die selbstgewählte Arbeit, die naturgemäß mit größerer Leichtigkeit und Freudigkeit bewältigt wird.

Die Krankheit Tuberkulose ist, wie wir auch bei unserer Kranken sehen, oftmals ein Weckruf. Sie rüttelt den Menschen auf, zwingt hn zur Sammlung und schafft einen inneren Wandel. Schwanden rüher die Tage vielleicht in unproduktiver Arbeit, in müßigem Dahineben oder nutzlosem Genießen, so tritt plötzlich die Krankheit als die große Warnerin auf den Plan. Sie ruft dem Menschen ein energisches Halt zu, mahnt ihn an die Vergänglichkeit des Irdischen and erinnert daran, daß mit den Kräften hausgehalten werden muß. Mit aller Macht drängt sie ihn zu einem erstrebenswerten Ziele. Von diesem Gesichtspunkte aus gewinnen wir auch ein volles Verständnis für die schönen Worte, mit denen die Patientin die Krankheit als die große Erzieherin kennzeichnet, die vor innerer Verflachung schützt, läuternd und veredelnd auf den Charakter einwirkt und die geistige Entwicklung in ungeahnter Weise fördert. Man kann jeden Kranken glücklich preisen, der sich zu dieser Auffassung durchgerungen hat. Aber nicht in leichtem Kampf wird dieser Sieg erfochten. Hier muß dem Kranken ein wahrer Helfer und Mitstreiter in seinem Arzte erstehen (vergl. hierzu auch Stern). Nie und nimmer kann für den Lungenkranken die medizinische Behandlung genügen; der Arzt muß ihm vor allem auch den Weg zeigen, auf welchem er seelisch die Krankheit überstehen kann. Er muß den Verzweifelten aufrichten und ihn aus seiner Lethargie herausbringen. Er muß ihm klarmachen, daß kein tatenloses Leben vor ihm liegt, sondern daß genügend Möglichkeiten, Nutzvolles zu wirken, bestehen. Der Kranke muß immer wieder zur Beschäftigung angespornt, müßiges Dahindämmern darf nicht geduldet werden. Geduld und Hoffnung muß ihm eingehämmert werden und der Kranke wird, wenn er verständig ist, mit vollster Bereitwilligkeit seinem Führer folgen. Denn auf den Arzt und sein Können baut sich ja seine ganze Zukunft auf. Stern weist auch mit vollster Berechtigung darauf hin, daß durch eine geeignete seelische Haltung des Kranken nicht nur das subjektive Befinden, sondern auch der Krankheitsverlauf selbst günstig beeinflußt wird.

Wir stehen mit unserer Kenntnis der psychischen Beeinflussung körperlicher Krankheiten zweifellos noch am Anfang. Es ist unsere Pflicht, unser Wissen in dieser Richtung mehr und mehr zu vertiefen nicht in letzter Linie, um der Kurpfuscherei, die sich ja längst — und wohl sehr zu unserem Nachteil — dieser scharfen Waffe bedient, den Boden zu entziehen. Die Psychotherapie gewinnt in allen Gebieten der Medizin an Raum. Indem wir sie beherrschen lernen, werden wir unsere Erfolge erweitern und den Anforderungen unseres verantwortungsvollen Berufes in höherem Maße gerecht werden können.

Aus dem Universitätsinstitut für Krebsforschung (Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Blumenthal).

Die Jodarsenbehandlung des Krebses in Kombination mit der Strahlenbehandlung.

Von

E. JACOBS.

Die chemotherapeutische Behandlung maligner Tumoren bildete immer wieder den Anlaß, die bisherigen Erfahrungen über das Wesen und die Wirkungsweise chemischer Mittel auf die Krebsgeschwulst zu vertiefen. Eine bevorzugte Rolle spielte dabei das Arsen und das Jod, von denen das erstere durch vereinzelt bekannt gewordene Heilungsergebnisse, die von Zeit zu Zeit auftauchten, lange Zeit hindurch an erster Stelle stand. Frank, Böringer, Knopf, Holländer u. a. konnten über auffallende Wirkungen des Atoxyls berichten, die sie namentlich bei Sarkomen erzielten. Insbesondere haben sich Blumenthal und Schück für die Behandlung maligner Tumoren mit Arsen eingesetzt, die Atoxyl gleichzeitig mit arseniger Säure darreichten. Der Erfolg blieb allerdings beim echten Karzinom versagt, wenigstens insoweit es die Primärtumoren betraf, während bei Drüsenmetastasen leichte Rückgänge beobachtet werden konnten. Was die Wirkungsweise des Arsens auf den Tumor angeht, so scheint sicher zu sein, daß wir es hier weniger mit einer Speicherung in den Tumorzellen zu tun haben, vielmehr dürfte es sich um eine Allgemeinwirkung auf den Organismus handeln.

Um etwas grundsätzlich anderes handelt es sich bei der Darreichung von Jod und seinen Verbindungen. Seit v. d. Velden eine sogenannte Tumoraffinität des Jods feststellen und die Jodspeicherung im neoplastischen Gewebe zeigen konnte, war damit wohl der Weg gewiesen, dieses selbst in größeren Mengen dem Körper darzureichen wie auch andererseits zu benutzen, um mit seiner Hilfe („Schiene") andere tumorzerstörende Elemente in den Tumor hineinzubringen. Erinnert sei hierbei an das Eosin-Selen, Thallium usw. C. Lewin versuchte, mit Hilfe des Jods einen bisher weniger bekannten Stoff an die Geschwulst-Stelle heranzubringen, indem er im Introcid eine Jod-Cerium-Verbindung benutzte. Weder diese Verbindungen noch die seit Neuberg und Caspari, zuletzt von Blayrs Bell mit Blei versuchte Metalltherapie vermochten uns das Krebsheilmittel zu bringen. Alles scheiterte vornehmlich daran, daß die wirksame Dosis auch gleichzeitig die toxische war. Auch das von Opitz herausgebrachte Anabol vermochte uns wohl in manchen Fällen Nützliches zu leisten; ein Krebsheilmittel aber ist es nicht.

Wenn wir demnach auch heute nicht in der angenehmen Lage sind, über ein von der Blutbahn aus allgemein wirkendes Heilmittel zu verfügen, und die lokale Behandlung des Krebses auch weiterhin den operativen und strahlentherapeutischen Methoden überlassen müssen, so sind doch gewisse Chemikalien und biologische Mittel als unterstützendes Agens für die Strahlenbehandlung anzusehen, die uns im einzelnen Falle helfen können. Von diesem Standpunkt aus haben wir eine große Reihe von Präparaten angewandt, bei einer relativ großen Zahl von Patienten. Das Negative übergehend, konnten wir wiederholt die von der I. G. Farbenindustrie vorübergehend hergestellten Kombinationen des Solarsons mit Alival und Jodisan sich

als nützlich erweisend sehen. Wir gingen später in der Weise vor, daß wir den Inhalt der Handelsampullen mischten und einmal Alival mit Solarson und andererseits Jodisan mit Solarson intravenös gemeinsam injizierten; Alival in den 33% Ampullen. An Hand eines reichhaltigen und recht verschiedenartigen Materials war es leicht möglich, einen Einblick in die Wirkungsweise und Möglichkeit einer evtl. zu erreichenden Heilwirkung dieses Präparates zu gewinnen, sei es allein oder in Verbindung mit der Strahlenbehandlung. Die Auswahl der Fälle, die durchweg der Bestrahlungsabteilung des Institutes für Krebsforschung entnommen wurden, war gegeben durch den jeweiligen Gesamtzustand der Patienten, da wir es allein natürlich nur da anwandten, wo bewährte physikalische Methoden (Radium, Röntgen, Thorium X) von vornherein als therapeutisch aussichtslos abgetan werden mußten, kombiniert mit der Bestrahlungsbehandlung in allen den Fällen, wo die Aussicht für eine Besserung bzw. Heilung mit letzterer allein uns zu gering erschien, sei es, daß der Allgemeinzustand den Erfolg fraglich erscheinen ließ, oder sei es, daß die Ausbreitung des Tumors bzw. der Metastasen eine zu ausgedehnte war.

Was die nur mit der Solarson-Jodisanmischung allein behandelten Fälle angeht, so handelt es sich, wie oben erwähnt, naturgemäß um solche, die der Bestrahlungsbehandlung nicht mehr zugängig waren. Es konnte bei den verschiedensten Arten von Tumoren, wie Karzinomen, Sarkomen, Lymph- und Blutgeschwülsten immer eine gute Allgemeinwirkung erzielt werden. Die Injektionen, die durchweg gut vertragen wurden, bewirkten schon bald, nach ca. 14 Tagen, ein deutliches Sichwohlbefinden, die Schwäche ließ nach, die Patienten fühlten sich frischer, in vielen Fällen auch schmerzfreier, die Zuversicht stieg (welch letzteres Moment von oft nicht zu unterschätzender Bedeutung ist bei der Trostlosigkeit vieler Fälle), der Appetit stellte sich ein, das Gewicht nahm zu: mit anderen Worten, eine deutlich stimulierende Wirkung. Oertliche Einwirkungen waren seltener zu sehen. Immerhin gelang es in einigen Fällen einen leichten Rückgang der Tumoren zu beobachten, wobei wohl hauptsächlich auf die entzündlichen Erscheinungen eingewirkt wurde. Dabei verhielten sich die einzelnen Tumorarten recht verschieden. Eine Einwirkung auf die karzinomatösen Erkrankungen ließ sich nur selten in geringem Maße feststellen. Bei einer Patientin, die an ausgedehntem, nicht ulzeriertem Mammatumor mit zahlreichen Drüsen- und Hautmetastasen erkrankt war, gelang es, neben der schnellen Besserung des Allgemeinbefindens einen deutlichen Rückgang des Mammatumors nach etwa vierwöchiger Behandlung festzustellen, während die Drüsenmetastasen nicht nur unbeeinflußt blieben, sondern eher ebenso wie die Hautknötchen wuchsen.

Weiter ließ sich beobachten, daß es in vereinzelten Fällen, wo es vor der Behandlung zu einer rapiden Ausbreitung der Tumoren und Metastasen gekommen war, gelang, wenigstens für kurze Zeit einen Stillstand der Aussaat zu erreichen und so die Patienten noch einige Monate auf einem leidlichen Niveau zu halten, bis es dann allerdings plötzlich recht rapide abwärts ging. Recht angenehm wurde es von einigen Patienten mit Magenkarzinom empfunden, daß der bis dahin mangelnde Appetit sich für allerdings nur kurze Zeit wieder einstellte. Auch auf die Schmerzen zeigte sich öfters ein überraschend günstiger Einfluß. Nicht ungünstig stellten sich die Resultate bei Sarkomen und Lymphgeschwülsten, die nur mit der Solarson-Jodisanverbindung behandelt wurden. Hier konnte in einzelnen Fällen ein recht deutlicher Rückgang der Tumoren festgestellt werden. Es ist uns allerdings niemals gelungen, über einen gewissen Anfangserfolg hinauszukommen.

Anders sind die Fälle zu beurteilen, bei denen wir die Solarson-Jodisanbehandlung vor, im Anschluß oder gleichzeitig mit einer Strahlenbehandlung durchführten. Vorweg genommen läßt sich sagen, daß wir uns hier einer fast immer vorhandenen günstigen Einwirkung nicht verschließen konnten. Das ist, berücksichtigt man die Umstände, daß die Fälle, die der Bestrahlung zugängig gemacht wurden, an und für sich schon in bezug auf Fortschritt der Erkrankung und Ausdehnung der Geschwulst günstiger liegen, weiter nicht verwunderlich, sofern man die Allgemeinwirkung der betreffenden Verbindungen in Betracht zieht. Darüber hinaus lassen sich aber doch bei aller Vorsicht der Beurteilung Fälle abgrenzen, bei denen man eine verstärkende Wirkung des Mittels anzunehmen geneigt ist. Sofern das richtig ist, würde dieser Umstand der Solarson-Jodisanverbindung eine immerhin beachtenswerte Bedeutung geben. Es mag hier erlaubt sein, etwas näher auf die einzelnen Fälle einzugehen. Im ersteren handelt es sich um einen Ovarialtumor, d intensiv mit Röntgenstrahlen behandelt wurde.

Nach Ablauf der Reaktion war nach 2 Monaten eine Aend rung des Tumors nicht zu bemerken, auch die Konsistenz hat sich nicht verändert. Es wurden jetzt intravenöse Injektionen v Jodisan verabfolgt. Nach einiger Zeit zeigte sich bei starker Bess rung des Allgemeinzustandes ein deutlich wahrnehmbarer Rüc gang des Tumors. Wenn auch zuzugeben ist, daß die Zeit zwisch Abschluß der Bestrahlung und Beginn der Injektionen nicht gera allzu lang war, so daß mit der Möglichkeit einer späteren Strahle einwirkung gerechnet werden muß, so darf andererseits nic vergessen werden, daß gerade Ovarialtumoren häufig außerorden lich strahlensensibel sind und oft schon unter der Bestrahlung z rückgehen.

Bei einem anderen Fall handelte es sich um einen Halstum bei einem Patienten im Alter von 29 Jahren. Der Tumor, d 5 Jahre lang als kleine Schwellung bestand, begann seit Herb 1924 zu wachsen, wurde operiert und mit Röntgenstrahl bestrahlt. Er kam dann im März 1925 zum ersten Mal in unse Behandlung. Der Befund und Verlauf war folgender:

An linker Halsseite faustgroßer, derber Tumor, von dem ei zelne Knoten abzugrenzen waren. Die linke Supraklavikulargru war ebenfalls von kleinen Tumoren ausgefüllt, unverschiebli mit der Unterlage verwachsen.

Mai 1925. Röntgen- und Radiumbehandlung. Darauf wesen licher Rückgang und Erweichung. Intravenöse Introzidinje tionen bis Juni 1925. Nach anfänglicher geringer Erweichu wieder Verhärtung des Tumors, der aber etwas kleiner geworde Es blieb dann der Befund konstant. Im Dezember 1925 war d Tumor eigroß und gegenüber den letzten Monaten unveränder Thor X-Spickung. Nach anfänglicher Erweichung war der Tum im März 1926 wieder eigroß und härter. Unterhalb des Tumo befanden sich bis in die Supraklavikulargrube sich hinziehend strangartige, harte Drüsenpartien. April 1926 Beginn der intr venösen Solarson-Jodisanbehandlung jeden dritten Tag; Mitte M war dann der Tumor weicher geworden, auch wohl kleiner, d bestehenden strangartigen Drüsenpartien hatten sich zurüc gebildet. Der Allgemeinzustand war ausgezeichnet.

In einem weiteren fast infausten Fall mit einem kindskopfgroß Mammatumor und zahlreichen Metastasen war die Röntge bestrahlung erfolglos. Kachexie. Die dann einsetzende intraven Jodisan-Solarsonbehandlung zwei- bis dreimal wöchentlich li den Tumor erweichen, ebenfalls gingen die Metastasen zurü und der Allgemeinzustand wurde auffallend besser. Derarti Fälle ließen sich noch mehrere aufführen.

Es konnte weiter beobachtet werden, daß in einigen Fällen, w der Tumor zunächst auf die Strahlenbehandlung wenig reagiert nach erfolgter Injektionsbehandlung eine erneute Bestrahlung e folgreicher war. Hier hatte sich dann allerdings auch der Al gemeinzustand wesentlich gebessert. Derartige Fälle sind natü lich mit aller Kritik zu beurteilen, immerhin läßt sich denken, da wenn man von einer direkten Tumorwirkung des Solarson-Jodisa auch absieht, die Besserung des Allgemeinzustandes den Patiente für eine erneute Bestrahlung empfindlicher macht. Hier sei auc an die bereits von Blumenthal und Tugendreich publizierten Fälle e innert, die ähnliches beobachten konnten.

Einer etwas anderen Beurteilung sind die Fälle zu unterziehe wo es gelang, mit kombinierter langandauernder Injektionsbehand lung mit Solarson-Jodisan und intensiver Strahlenbehandlung zwa nicht den Tumor zu beseitigen, aber doch in einen Zustand zu ve setzen, der längere Zeit, bis 1 bis 2 Jahre, in seinem Wachstum g hemmt war und stehen blieb. Derartige Erfolge lassen sich natü lich auch durch Bestrahlung allein erreichen.

Patient, 28 Jahre, in leidlichem Ernährungszustand. Septemb 1925 Oberarmbruch an einer Stelle, wo 3 Jahre vorher ein Tumo entfernt war, sarkomatöser Natur. Darauf verschiedene Röntgen bestrahlungen außerhalb. Januar 1926 kam Patient in unsere Be handlung. Starke Anschwellung der linken Humerusgegend, spin delförmig aufgetrieben. Supraklavikular rechtsseitige Drüs kirschgroß, Radiumbehandlung. Tumor unverändert. Mai 192 Beginn der Injektionsbehandlung. Allgemeinzustand besserte sic November 1926 nochmalige Radium- und Injektionsbehandlung m Solarson-Jodisan. Der Befund war bis vor kurzem unveränder Allgemeinzustand gut.

Bei einem anderen Fall handelte es sich um ein Ulcu rodens der rechten Gesichtshälfte. Juli 1924 kam Patient mit eine handtellergroßen, schmierig belegten Geschwür, dessen Ränd derb waren, in unsere Behandlung. Die rechte Nasenseite fehlt hier blutende Tumormassen bis zum Augenrand hin. De Patient wurde verschiedene Male mit Röntgen, Radium un

Thor X behandelt. Danach zunächst gute lokale Besserung. Der Tumor wuchs jedoch nach kurzer Zeit langsam weiter. Das Allgemeinbefinden wurde schlechter. Es wurde versucht, die weitere Ausdehnung des Tumors, der allmählich auch schon den Oberkiefer und harten Gaumen ergriffen hatte (Anfang 1925), zu behindern. Patient erhielt daneben dann Solarson-Jodisaninjektionen. Der Tumor wuchs zwar langsam weiter, jedoch ging es dem Patienten bis jetzt relativ gut, auch schien das Wachstum sich in letzter Zeit verlangsamt zu haben. Wir haben den Patienten jetzt noch einer Operation sich unterziehen lassen.

Recht günstige Resultate ließen sich in den Fällen erzielen, wo er maligne Tumor sich auf luetischer Basis gebildet hatte, wie beim ungenkarzinom. Hier war gelegentlich ein weitgehender Rückgang er Geschwulstpartien zu beobachten. Besonders erinnert mag an nen Fall werden, bei dem es sich um einen jungen Studenten andelte, der ein Zungenkarzinom auf luetischer Basis hatte. Auf e zunächst durchgeführte intravenöse Solarson-Jodisanbehandlung ng die Induration der Zunge gut zurück. Es folgte dann Radiumöntgenbehandlung. Nach einiger Zeit — die Bestrahlungsbehandung hatte keinen wesentlichen Einfluß gehabt — bildeten sich rapid achsende faustgroße Metastasen an den Halsseiten, die auf erneute estrahlung kaum reagierten. Es folgten nach einigen Wochen ieder Solarson-Jodisaninjektionen, und es trat nun schnell eine fast öllige Einschmelzung des Zungentumors ein, während allerdings ie Metastasen nach anfänglicher Erweichung und Verkleinerung och bald wieder wuchsen. Beim bald erfolgenden Exitus war vom igentlichen Zungentumor nur mehr wenig nachweisbar; er war st völlig zerfallen.

Diese Arbeit beabsichtigt nicht, mit der intravenösen Jod-Arsenehandlung — die interne Behandlung kann damit nicht verglichen verden — ein Heilmittel der Krebskrankheit zu empfehlen. Aber vir möchten diese Resultate deshalb hervorheben, weil die Injekonen fast ohne jede Nebenwirkung sind. Intravenöse Dosen bis u 4 ccm Jodisan und 5 ccm Alival (33%) werden ohne Intoxikationsrscheinungen monatelang bis zu 12 und mehr Injektionen vertragen. Ian kann, um schnell vorwärts zu kommen, die ersten 2 bis 3 Einpritzungen täglich machen und dann erst zu zwei- oder dreitägigen 'ausen übergehen. Dabei kann man je nachdem die Jodgabe vertärken und das Arsen vermindern. Kein anderes bisher für die rebsbehandlung präsentiertes chemisches Mittel ist so ungiftig, insesondere nicht Blei. Das Giftige der letzteren könnte man sich geallen lassen, wenn die therapeutische Wirkung größer wäre. Aber as ist kaum der Fall. Die ältere oder neuere Bleibehandlung hat ach den bisher veröffentlichten Verbindungen nichts ergeben, was ber das hinausgeht, was wir nicht auch mit unseren Jodarsenräparaten ohne gleiches Risiko für den Kranken erreicht haben. Es st durch nichts begründet, anzunehmen, daß das Blei in irgend iner Form das gesuchte Krebsmittel sei. Wenn wir die Wirkunen der Bleiverbindungen auf die Geschwulst und auf die Körperellen betrachten (Nebenwirkungen) sowohl bei den Fällen, in denen vir es selbst anwandten, wie bei dem Fall, den wir in Liverpool beandeln ließen, so sind die Nebenwirkungen recht schwere gewesen nd kaum kleiner als früher mit den komplexen Metallen und die Virkungen kaum größer. Vielleicht ist man nur dreister geworden nd hat mit dem Blei mehr gewagt als früher mit Kobalt, Kupfer, ilber.

Nicht einmal die publizierten Resultate Blair Bells können uns lavon überzeugen, daß man die Gefährlichkeit seiner Verbindungen les häufigeren Erfolges wegen in Kauf nehmen sollte. Wenn Blairs-Bell gleichzeitig so viel wie möglich operiert, ferner das übrige, wo s möglich ist, bestrahlt und dann noch eine lebensgefährliche Bleiherapie riskiert, so müssen die Krebskranken, die all dies aushalten, ich noch in recht gutem Stadium befinden; dann aber darf das Ereichte nicht überschätzt, d. h. nicht nur auf das Blei zurückgeführt verden. Schließlich sehen wir auch gelegentlich einmal Erfolge von ler Operation und Strahlentherapie allein, wo wir dies kaum ervartet hatten. Wir schließen also mit dem Ergebnis: Ein Krebseilmittel von der Blutbahn aus besitzen wir ebensowenig wie ndere, aber wir glauben, daß die Jodarsentherapie in Kombination nit der Strahlentherapie diese in manchen Fällen vervollständigt nd daß sie vor anderen ähnlich wirkenden chemischen und bioogischen Mitteln den Vorzug der Ungiftigkeit hat.

Laufende medizinische Literatur.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

108., Heft 1—3.

Ueber Megalenzephalie als Grundlage der Idiotie. Ein 3½jähriges, tief schwachsinniges Kind stirbt unter Krampfanfällen und Benommenheit. Es findet sich ein Gehirn von 1770 g Gewicht (gegen 1100 g normal), also ausgesprochene Megalenzephalie, leichte meningeale Infiltrate mit Histiozyten und Lymphozyten, endarteritische Vorgänge und Gefäßsprossungen, kleine perivaskuläre Lymphozyteninfiltrate, Gliaproliferation und entzündliche Granulombildungen. Die Verff. rechnen die Megalenzephalie zu den Entwicklungsstörungen des Gehirns, etwa entgegengesetzt einer primären Mikrozephalie. In diesem Falle war die Gesamtvergrößerung nicht harmonisch, Marklager und Balken war sogar besonders klein. Vielleicht sei die Idiotie bei Megalenzephalie an solche dysharmonische Vergrößerungen gebunden, während bei harmonischer Vergrößerung die Intelligenz unversehrt oder sogar besonders gut sein könne (Turgenieff = 2012 g, Cromwell 2000 g, Byron und Bismarck je 1800 g).

Ueber eine biologische Reaktion auf Epileptikerserum. Das Serum von Epileptikern wirkte nicht stärker zusammenziehend auf die Arterien als das gesunder Menschen, also ein erhöhter Adrenalingehalt war nicht nachweisbar. Die rhythmischen Spontanbewegungen überlebender Rinderkarotiden werden durch Epileptikerserum vollkommen unterdrückt oder gemindert. Im Serum von Epileptikern sind also Stoffe, die diese rhythmischen Bewegungen hemmen. Der Harn von Epileptikern blieb in diesem Sinne wirkungslos. Das Serum von Hyperthyreotikern steigerte die rhythmischen Spontanbewegungen, Cholin minderte oder hemmte sie, ebenso Cholesterin. Verf. leitet aus diesen Versuchen zwei therapeutische Vorschläge her: Epileptikern Schilddrüsen von Hyperthyreotikern einzupflanzen und die Leber Epileptischer zu bestrahlen oder chirurgisch zur Funktionsherabsetzung zu bringen.

Pallido-striäre Symptome bei Lues in den basalen Ganglien des Gehirns. Bei Lues der basalen Ganglien kommt es sehr häufig zu einseitigen Hyper- oder Hypokinesen. Häufig ist apoplektiformes Einsetzen der oft nur schwer von Paralysis agitans und postenzephalitischen Zuständen abgrenzbaren Erkrankung. Die WaR. im Liquor scheint nur in etwa 50 % der Fälle positiv zu sein.

Puls, Elektrokardiogramm, Atmung und Galvanogramm bei Schießversuchen. In der Absicht, einen Beitrag zur Frage nach den körperlichen Begleiterscheinungen bei psychischen Vorgängen zu liefern, wurden die in der Ueberschrift aufgeführten Kurven wegen des Pistolenschießens registriert (Aufmerksamkeit, effektive Momente). Es fand sich Parallelismus der psychogalvanischen mit den elektrokardiographischen und Pulskurven. Die sogen. „Ruhekurven" im Elektrokardiogramm sind keine Ruhekurven, sondern Präokkupationszustände. Während des Zielens wird die Atmung bei geübten Schützen eingestellt, bei ungeübten wird sie nur unregelmäßiger. Während des Zielens fanden sich Niedrigerwerden der elektrokardiographischen Zacken und ein Höherwerden derselben nach der Schußabgabe, parallel zu den psychogalvanischen Schwankungen. Die Schußabgabe erfolgt stets im langsamer absteigenden Schenkel der Pulswelle (bei Geübten), es wird so ein störendes Moment unbewußt vermieden. Das psychogalvanische Reflexphänomen zeigt bei ungeübten Schützen größere Ausschläge als bei geübten.

Fingeragnosie und isolierte Agraphie — ein neues Syndrom. In drei eigenen und einem in der Literatur niedergelegten Falle konnte

ein eigenartiges Syndrom festgestellt werden: Isolierte Störung der Erkennung, der Benennung, der Auswahl und des Vorzeigens der einzelnen Finger beider Hände. Diese „Fingeragnosie“ (Gerstmann) ging einher mit Mangel der Selbstwahrnehmung dieses Defektes, mit Abänderung der Erkennung der Links-Rechtsseitigkeit am Körper, insbesondere an den Händen und Fingern. Es fand sich auch eine entsprechende Beeinträchtigung der Erkennung, Unterscheidung und Benennung der einzelnen Finger bei anderen Personen.

Bei Fehlen nennenswerter aphasischer, apraktischer oder agnostischer Erscheinungen fand sich eine isolierte reine Agraphie, daneben noch ein anscheinend isolierter Ausfall des Rechenvermögens.

In zwei anatomisch kontrahierten Fällen (Autopsie und Operation) fand sich eine Herderkrankung des Uebergansteiles zwischen dem Gycus angularis in der zweiten Okzipitalwindung. Das Syndrom hat also auch lokaldiagnostische Bedeutung. Panse, Berlin.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

80., Nr. 1 und 2.

Zusammenfassende Berichte über die Tätigkeit an der Münchener Klinik vom 1. April 1924 bis 31. Dezember 1925. Man bekommt Einblick in die Umstellung der Verhältnisse mit Uebernahme der Klinik durch Bumke. Das Material ist vielseitig. Das Material bringt für die Forschung nichts wesentlich Neues. Sollten sich noch andere größere Kliniken regelmäßig zu solchen Jahresberichten entschließen, dürfte die psychiatrische Literatur stark überlastet werden.

Panse, Berlin.

Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie.

139., Heft 1.

Bestrahlung und Operation bei einzelnen Krebsformen. Der Krel entsteht wahrscheinlich durch eine Reihe von Bedingungen: 1. al gemeine Disposition (bei Naturvölkern findet sich selten Krebs 2. lokale, lange Zeit hindurch wirksame kleine Schädigung (Ulkuska. des Magens, Röntgenka.); 3. auslösende Ursache (eventu Parasit-Tierzüchtern sind Krebsepidemien bekannt). Diese ätiologisc Betrachtungsweise ist wichtig, weil sich die Therapie danach richten hat. Behandelt wird heutzutage der Krebs im allgemein nur als örtliche Erkrankung. Die Bedeutung einer Allgemei behandlung bei Krebskranken erweist eine Statistik von Sol aus Döderleins Klinik, der dauernde Heilung beim Gebärmutterkre in *22,3 %* der Fälle gegenüber 11,1 % beim Unterlassen einer A gemeintherapie erzielen konnte. Eine ähnliche Statistik stammt v Wintz. Die zwei Behandlungsmethoden des Krebses sind heut Operation und Bestrahlung. Bei der Operation werden abgeseh von dem lokalen Eingriff eine Reihe von kleinen Schädigungen a den Körper ausgeübt infolge der Narkose, des Blutverlustes, der A kühlung usw., die wahrscheinlich durch erhöhte Lebenstätigkeit d Organismus überkompensiert werden. Schon normalerweise besit der Körper die Fähigkeit, Krebszellen zu zerstören. Wird dur Reize diese Fähigkeit gesteigert, so erklären sich Fälle wie der v Frangke: Rückbildung eines inoperablen Eierstockkrebses na Probelaparotomie. Hierher gehört auch ein Vergleich zwischen d verschiedenen Resultaten bei Nachbestrahlungen von operiert Mammakarzinomen. Perthes hatte bei starken Nachbestrahlung Mißerfolge, Anschütz hatte bei geringeren Bestrahlungsdosen au gezeichnete Erfolge. Die offenbar zu starken Bestrahlungsdosen v Perthes haben eben die Abwehrkräfte des Körpers nicht durch klei Schädigungen im Sinne eines Reizes gefördert, sondern vernichtet. – Auch bei der Bestrahlung spielt neben der örtlichen Zerstörung d Geschwulst eine Allgemeinwirkung auf den Körper eine Rolle. Op ration und Bestrahlung wirken gleicherweise lokal und allgemei Welche der beiden Behandlungsmethoden in Anwendung komme soll, läßt sich nur für jede Krebsform isoliert entscheiden.

Besonders geeignet für die Strahlenbehandlung sind Haut, Lippe und Schilddrüsenkrebse, Genitalkrebse der Frau. Sodann komme der Krebs der Tonsillen und des Oberkiefers und Mammakarzinom Zweckmäßigerweise kombiniert man beide Behandlungen, Operatio und Nachbestrahlung.

Vergleichende Statistiken von Werner und Borchardt ergebe beim Uteruskrebs: 31% Heilung bei bestrahlten Operierten geg 21% bei nur Operierten (aus 1010 Fällen berechnet). Fünfjährige Be obachtungszeit.

Aus einer großen statistischen Uebersicht geht hervor, daß di Spitzenleistungen bezüglich der absoluten Heilung bei nur Operatio und nur Bestrahlung beim Genitalkrebs der Frau etwa gleich sind. – Bericht über ein neues Präparat, hergestellt in der eigenen Klini das mit völliger Sicherheit die Rückbildung selbst fortgeschritten Impfkrebse der Versuchstiere bewirkt. Es liegen auch bereits Ve suche am Menschen vor, die günstig ausgefallen sind. Bei Frau mit ganz beginnendem Portika zeigt sich nach sechswöchiger Inje tionsbehandlung histologisch derselbe Befund, wie in einem Paralle fall 6 Wochen nach der ersten Radiumbehandlung. Ausführliche Ve öffentlichungen stehen bevor.

Zur Bestrahlung inoperabler Pharynx- und Larynxkarzinom nach Mayer (Wien). Anführung von 4 Fällen von inoperable Pharynx- resp. Larynxkarzinom, die vor der Bestrahlung dur intravenöse Injektion von 50% Dextroselösung strahlensensibler g macht wurden. Wenn auch keine Heilung erreicht wurde, so doc eine so weitgehende Besserung, wie sie mit der Bestrahlung oder m der Bestrahlung und anderen Sensibilisierungsmitteln in Parallelfälle noch nicht beobachtet wurde.

Die Bedeutung mehrfacher Projektion bei der Röntgenunte suchung der Nieren und der Blase. Konkremente, die im anteri posterioren Bild, weil im Raum hintereinander gelagert, als ei Steinschatten imponierten, wurden im Seitenbild in 2 oder 3 Konkr mente aufgelöst (wichtig für den operativen Eingriff). Bei der Bla wurden wiederholt Divertikel oder Tumoren nur durch Aufnahmen axialer Strahlenrichtung zur Darstellung gebracht, die bei anteri posteriorer Strahlenrichtung infolge ihres Sitzes an der Hinterwa der Blase nicht zu sehen gewesen waren.

Erfahrungen mit der Nierendekapsulation. Anerkannt sind d Resultate der Dekapsulation 1. bei Anurie, wofern diese nicht d Folge schwerster Parenchymveränderung ist (schlecht also bei Subl mat oder Chromsäurevergiftung), 2. bei Blutungen, insbesondere b infektiösen Herdnephritiden, 3. bei Eklampsie, 4. bei Nephritis apost matosa, 5. bei Zwischenfällen der Nephritis, insbesondere, wenn d bedrohliche Stadium der Nephritis mit hohem Blutdruck, Hämatur und Druckempfindlichkeit der Nieren länger als einen Monat besteh Ungünstig sind die Resultate bei chronischen Nephritiden.

Ist die Nephroptose ein chirurgisches Leiden? Von den 22 Fällen von Wanderniere der Klinik in den letzten 20 Jahren wurden 7 Fälle operiert. Davon bekamen 3 Fälle ein Rezidiv. Zwei weitere Fälle verloren ihre Beschwerden nach einer Appendektomie. Von den 13 nicht operierten Fällen wurden 7 durch das Tragen einer Leibbinde vollkommen beschwerdefrei, 3 wesentlich gebessert. Von den übrigen 3 Fällen ist das Resultat unbekannt.

Die Operation bietet keine Aussicht auf Erfolg bei allgemeiner Enteroptose, bei hysterisch und neuropathisch belasteten Patienten. Sie ist auch ungeeignet zur Beseitigung der Hydronephrose bei Wanderniere, da die Hydronephrose ätiologisch durch Schwäche der Nierenbeckenmuskulatur bedingt ist, die durch die Operation nicht beeinflußt wird. Indiziert ist die Operation nur bei Fällen von sogenannter Niereneinklemmung mit heftigen kolikartigen Schmerzen, die durch intermittierende Hydronephrosen, akute Steineinklemmungen oder Zirkulationsstörungen der Niere infolge Abknickung des Gefäßstieles bei Senkung der Niere verursacht wird.

Ueber Gasbrandinfektionen nach subkutanen Injektionen. Innerhalb von 5 Jahren zweimal Gasbrandinfektion. Bei einem Fall wurde die Infektionsquelle aufgedeckt. Es fanden sich die Welch-Fränkelschen Bazillen an zwei Injektionskanülen. Diese waren in 96% Alkohol aufbewahrt und wurden vor und nach der Injektion vorschriftsmäßig ausgespritzt. Bei fünf weiteren auf anderen Stationen aufbewahrten Kanülen fanden sich gleichfalls Gasbrandbazillen. Bei dem erkrankten Patienten handelte es sich um einen schwer mitgenommenen Fall. An anderen Kranken sind mit denselben Kanülen Injektionen ohne Nachteil ausgeführt worden. Bei widerstandsfähigen Menschen bleibt die Infektion aus. Es ist aber nach dieser Erfahrung unbedingt zu fordern, daß die Kanülen vor und nach Gebrauch frisch ausgekocht werden.

Ueber die Chirurgie der chronischen Obstipation. Für Fälle, die jeder internen Therapie trotzen und die in ihrem Gesamtzustand durch die Kotintoxikation infolge der Verstopfung sehr leiden, empfiehlt sich der Versuch der chirurgischen Therapie und zwar in Form der teilweisen Kolonresektion. Mit der früher üblichen Doppelanastomose — laterale Transversosigmoideostomie und gleichzeitig eine Seitenverbindung der Fußpunkte der Sigmaschlinge — erzielt man nur 1 bis 2 Jahre lang währende Erfolge. Geeignet für die Operation sind vorzugsweise die atonischen Formen der Obstipation. Sodann muß noch entschieden werden, ob die Resektion das Koekum mit Colon ascendens oder Hälfte des Colon transversum mit Colon descendens und Sigmoid ausgeführt werden soll. Wenn ein sogenanntes Gleitkoekum vorhanden ist, wird man zur ersten Methode greifen, sonst zur zweiten, die von Finsterer angegeben ist.

Die Palpation der Bauchorgane in nach vorn gebeugter Stellung. Beim Stehen in Beugung nach vorn erschlafft die Bauchmuskulatur in jedem Falle so vollkommen, daß selbst bei dicken Patienten die Wirbelsäule getastet werden kann. Die Untersuchung in dieser Haltung ist also sehr zu empfehlen.

Resultate der Röntgentherapie bei der Strahlenpilzerkrankung. Die Röntgenbestrahlung, verbunden mit der internen Darreichung von Jodkali leistet Ausgezeichnetes bei der zerviko-fazialen Form der Aktinomykose. Die thorako-pulmonalen und intestinalen Formen bleiben der chirurgischen Therapie vorbehalten, mit der aber auch nur sehr unbefriedigende Erfolge erzielt werden.

Walter Grossmann, Berlin.

Zeitschrift für Urologie.

21., Heft 6.

Zur Phalloplastik. Haïm ist bei einem Falle von traumatischem Verlust der Haut von Penis und Skrotum mit Zertrümmerung des linken Hoden so vorgegangen, daß er aus einer Wundhöhle der rechten Leiste ein kleines Skrotum für den erhaltenen Testis herstellte, während er den Penis zunächst manschettenartig unter einem Brückenlappen des linken Oberschenkels barg. Erst nach zwei Monaten löste er ihn dort aus. Der Erfolg war in kosmetischer Beziehung ausgezeichnet.

Ueber einen adenomatösen Polypen der hinteren Harnröhre nicht entzündlicher Ursache. Die Autoren entfernten bei einem 30jährigen Manne ein Gewächs aus der Kollikulusgegend, aus dessen Sitz und Gewebsstruktur sie schließen, daß es sich um einen adenomatösen Polypen handelte, der aus einem Epithelkeim hervorgegangen sein muß, welcher sich vorzeitig von den Frühformen der Drüsen des Utriculus prustaticus löste.

Ueber hämatogene Tuberkulose des Penis und über Arteriitis tuberculosa. Der pathologisch-histologisch genau durchuntersuchte Fall beweist den hämatogenen Ursprung der tiefen Form von Penistuberkulose, der Pericavernitis tuberculosa. Die beiden Aa. dorsal. penis waren durch organisierte Thromben verschlossen, und die Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses beschränkte sich streng lokal auf das Gebiet dieser Gefäße. Der Zusammenhang wird so gedacht, daß eine Embolie tuberkulösen Materials in die beiden Arterien stattgefunden hat und der Abschluß von der Blutversorgung die Entwickelung der Tuberkulose begünstigt hat.

Die Sichtbarkeit des Colliculus seminalis im Zystoskop und ihre klinische Bedeutung. Wir müssen zwei Ursachen des sogenannten Schrammschen Phänomens unterscheiden. Konstant läßt sich ein Klaffen der Sphincter int. vesicae nachweisen bei schwerer nervöser Schädigung desselben und bei Rückenmarksaffektionen selbst dann noch längere Zeit, wenn alle übrigen Erscheinungen schon zurückgegangen sind. Das Zystoskop ist in diesen Fällen auffällig leicht in der Urethra post. beweglich.

Es kann jedoch auch zum Klaffen des Spinkters und damit zur Sichtbarkeit des Kollikulus kommen durch Ermüdung des Schließmuskels bei Uebererregbarkeit. Das Phänomen läßt sich künstlich hervorrufen und ist bei ein und demselben Falle inkonstant, d. h. es ist nur ab und zu einmal bei einer Untersuchung nachweisbar und kommt auch bei gesunden Menschen zur Beobachtung.

Ueber den therapeutischen Wert intravenöser Glykoseinjektionen bei gonorrhoischen Prozessen. Sie kommt als Hilfsmittel bei Gonorrhoebehandlung in Frage und hat hier günstige Resultate gezeitigt.

Dermatologische Wochenschrift.

84., Nr. 25, 18. Juni 1927.

Weitere Mitteilungen über erosive Blastomykosen. Die oberflächlichen Blastomykosen finden sich besonders an eng aneinander liegenden Hautstellen (Interdigitalfalten, Genital-, Analgegend). Sie sind charakterisiert durch Erosionen mit kragenförmigem Rande, bei den intertriginösen Erkrankungen kommen noch Erytheme und oberflächliche, leicht abschilfernde Bläschen- und Pustelbildungen hinzu. Der Prozeß bleibt stets örtlich, und zwar auf die Epidermis beschränkt; er wird durch Hefen hervorgerufen, möglicherweise jedoch auch in gleicher Weise durch Soor- oder sooähnliche Hefepilze. Diabetiker sind besonders disponiert. Die Erscheinungen der Erosio interdigitalis blastomycetica und der Intertrigo erosiva blastomycetica und der Intertrigo erosiva blastomycetica können auf leicht skarifizierter Haut, bei Diabetikern auch auf unverletzter Haut experimentell hervorgerufen werden, womit die Pathogenität der Hefen bewiesen ist.

Ein Fall von Hydroa aestivale ähnelndem Lichtausschlag bei einem Patienten mit Hämatoporphyrinurie, hervorgerufen durch Luminal. Die Kombination von Hydroa aestivale und Hämatoporphyrinurie hat zu der Annahme geführt, daß das Hämatoporphyrin, das zu den lichtsensibilisierenden Stoffen gehört, die Ursache der Ueberempfindlichkeit der Hydroapatienten gegen Licht sei. Die beiden Erscheinungen sind jedoch nicht regelmäßig miteinander verbunden, und bei den (durch Medikamente, besonders Schlafmittel hervorgerufenen) toxischen Hämatoporphyrinurien ist bisher noch kein Fall von Ueberempfindlichkeit gegen Licht beschrieben worden. In dem vorliegenden Falle trat bei einem Patienten, der vorher keinen dunkelen Urin gezeigt hatte, nach Luminalbehandlung Hämatoporphyrinurie und nach längerem Aufenthalte in strahlender Sonne an den entblößten Hautstellen juckende und brennende Empfindung, gefolgt von Bläscheneruption, auf. Es dürfte hier sicher ein durch Hämatoporphyrin provozierter Lichtausschlag vom Typus Hydroa aestivale vorgelegen haben.

84., Nr. 26, 25. Juni 1927.

Erbkunde der Haut. Heinrich Poll.

Ernst Levin, Berlin.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft.

14., 2. Heft, Mai 1927.

Sexualität und Strafrecht. K. v. Lilienthal.
Student und Studentin. Oskar F. Scheuer.
Der arterhaltende Zweck der Brunst.
Beiträge zum Mutterrecht.
Ehe und Familie in Sowjetrußland.

M. Kantorowicz, Berlin.

Zahnärztliche Rundschau.

Nr. 24, 12. Juni 1927.

Verbindung einer Immobilisation und einseitiger, abnehmbarer Sattelbrücke mit besonderer Berücksichtung der mechanischen Einwirkungen auf das paradentale Gewebe der Stützzähne und auf den zahnlosen Kieferanteil. A. Hruska.
* Zur Kritik der Dresdener Vorträge über Fokalinfektion. Ed. Precht.
Fehldiagnosen. Bemerkungen zu den Aufsätzen von Professor Moral und Dr. Musäus (Z. R. Nr. 13, 14, 19.) G. Knittel.
Ueber Carpule. A. Krause.
* Trigeminusneuralgie, Gichtparadentose und Radiophantherapie. Chaim.

Zur Kritik der Dresdener Vorträge über Fokalinfektion. Es gibt auch in Amerika keine allgemein gültige Auffassung über das Problem der fokalen Infektion. Ob das elektive Lokalisationsvermögen der Mikroorganismen das Entscheidende für die Krankheitsentstehung ist oder den Infektionsherden allgemein schädigende Einflüsse, z. B. auf den Stoffwechsel zuzuschreiben sind, darüber bestehen noch weitgehende Meinungsverschiedenheiten. Einen klar umrissenen Standpunkt haben nur die Extremisten. Verfasser hält die radikale amerikanische Auffassung für falsch, glaubt aber, daß der gute Kern nicht unbeachtet bleiben darf. Die Vakzinetherapie der Alveolarpyorrhoe hat in Amerika keine allgemeine Anerkennung gefunden, sondern ist heute wohl auch von den Betreffenden, die sie eine Zeitlang angewandt und empfohlen hatten, aufgegeben worden.

Trigeminusneuralgie, Gichtparadentose und Radiophantherapie. Bei Radiophan handelt es sich um ein Kombinationspräparat von Radium und Atophan. Eine Ampulle (2 ccm) enthält 0,5 g Atophannatrium und 0,001 mg Radium-Element. Das Präparat kann intravenös und intramuskulär gespritzt werden. Verfasser hat im Durchschnitt bei jedem Fall 12 Injektionen gemacht, und zwar abwechselnd einen Tag intravenös, einen Tag intramuskulär. Nach der sechsten Injektion vier bis fünf Tage Pause. Von dem injizierten Radiumchlorid oder -bromid kommen in den nächsten 48 Stunden etwa 20% zur Ausscheidung, zum größten Teil durch den Darm, zum kleinen Teil durch die Nieren; der Rest von etwa 80% bleibt zunächst im Körper verankert, und zwar hauptsächlich im Knochenmark und in der Milz und wird von dort nur ganz allmählich ausgeschieden. Bei der Bemessung der Dosis muß man sich dieser Tatsache erinnern und wird die kumulierende Eigenschaft des Präparates berücksichtigen müssen. Man mache die Patienten bei Beginn einer Radiophankur gleich darauf aufmerksam, daß die Beschwerden sich anfangs steigern werden, dann wird diese Reaktionserscheinung gern getragen werden, zumal der Erfolg der richtig durchgeführten Kur den Patienten von seinen Beschwerden befreien kann. Verfasser hat das Radiophan bei Arthritiden des Kiefergelenks, Myalgien, Paradentose der Gichtiker und Neuralgien angewandt. Er hat sich dabei von der schmerzstillenden und entzündungshemmenden Wirkung des Präparats überzeugt. Bei der Paradentose der Gichtiker hat Verfasser Radiophan mit Unterstützung von Radiogen-Trinkkuren angewandt. Die Resultate waren auch hier äußerst ermunternd.

Nr. 25, 19. Juni 1927.

Ueber interne chemische Reizkörper. Kneidinger.
Die Behandlung des hypersensiblen Dentins mit Natrium-bicarbonicum-Glyzerinlösung. Hans Sachs.
Zur Verwendung von Porzellan-Vollkronen bei Stiftzahn- und Brückenarbeiten. Zu den Aufsätzen von Dr. P. Krüger, Emden, Z. R. 1927, Nr. 11 und 20. Focke.
Ueber eine Modifikation des Kästchensystems. Jungkunz.
Die Verankerung künstlicher Zähne. Göricke.
Internationale zahnärztliche Materialprüfungs-Kommission. (Eine Anregung zur Gründung einer solchen.) Max Kulka.

L. Gordon.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift.

Nr. 11, 3. Juni 1927.

* Das Diastema (Trema) Medianum. Nach Untersuchungen am mazerierte[n] Schädel. H. Euler.
Ergänzender Beitrag zum Fall Anodontie auf Seite 86, H. 5. Joachim v. Reckow
Eine Selbstbeobachtung. Griesbach.
Erfahrungen mit Quadronal in der Zahnheilkunde. Josipowicz.

Das Diastema (Trema) medianum. Auf Grund von Untersuchungen an 2000 mazerierten Schädeln kommt Verfasser zu folgende[n] Schlüssen: Für das Trema (Diastema connatale medianum, median[e] Lücke in der oberen Zahnreihe bei vollständiger Bezahnung) komme[n] hauptsächlich drei Ursachen in Betracht: a) Anomalien der Gesichtsschädelbildung, besonders im Nasenbereich, b) abnorm weit nach vorn liegendes Foramen incisivum, c) fehlende rechtzeitige Vereinigung des Alveolarfortsatzes in der Medianlinie mit tiefsitzendem Frenulum. Der Häufigkeit nach steht der abnorme Verlauf des Canalis Foramen incisivum bzw. die abnorm weit nach vorn vorgeschoben[e] Lage des Foramen incisivum als Ursache obenan. Durch den abnorme[n] Verlauf des Canalis incisivum als Ursache können auch die Fälle erklär[t] werden, in denen das Trema im bleibenden Gebiß keinen Vorläufe[r] im Milchgebiß hat, sowie die Fälle, in denen ein Trema ohne tie[f]sitzendes Frenulum vorliegt. Für die sonst über das Trema aufgestellten Theorien haben sich bei den Schädeluntersuchungen kein[e] Anhaltspunkte ergeben; das gilt insbesondere für die Annahme eine[r] abnorm starken Verknöcherung im Bereiche der Sutura interincisiva[,] aber auch für die atavistische Deutung ergab sich keine Stütze au[s] den Schädeluntersuchungen. Entwicklungsgeschichtlich könnte ma[n] wohl die Anomalie des Kanalverlaufs aus der großen Variationsbrei[te] herleiten, welche in den feinen Vorgängen bei Entwicklung de[s] sekundären und definitiven Gaumens besteht. Das gilt besonders fü[r] die Grenzleiste.

L. Gordon.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 22, 28. Mai 1927.

Pathologie der akuten Pankreasnekrose. Ernst Ruppanner.
Die Pathogenie der akuten haemorrhagischen Pankreatitis. Robert H. Kumme[r]
* Zur Klinik der akuten Pankreasnekrose. R. Schweizer.
Pankreatitis acuta haemorrhagica. Kummer.
Zur Frage ausgedehnter Rückenmarksanaesthesien. Alfred C. Matthey.

Zur Klinik der akuten Pankreasnekrose. Die Pankreasnekrose is[t] keine lokale Erkrankung, sondern ein Glied in der Kette bei Allgemeinintoxikation. Vasodilatation im Splanchnikusgebiet, Ausscheidung der Gifte durch Darm und Pankreas im Verein mit der anatomischen und physiologischen Besonderheit der Drüse führen z[u] den eigenartigen Läsionen, die ihrerseits wiederum einen günstige[n] Boden für die Sekundärinfektion mit allen ihren Folgen bilden.

Natürlich kann das Pankreas auch auf andere Weise erkranken[.] Hämatogene Infektion oder Uebergreifen der Entzündung von de[r] Umgebung bewirken Abszesse und Phlegmone. Auf chemische ode[r] infektiöse Schädigungen kann die leicht vulnerable Drüse mi[t] Nekrose, Blutung und Fettnekrose in allen Kombinationen reagieren[.] Stoffwechselstörungen verschiedener Art disponieren zur Pankreasnekrose. Leider besteht für die Pankreasnekrose kein wirklich pathognomonisches Symptom; die einzelnen Symptome können je nac[h] Fall und Zeitpunkt in allen Schattierungen vorhanden sein oder auc[h] ganz fehlen. Da es sich aber immer um dringliche Fälle handelt, s[o] darf der Chirurg nicht viel Zeit zur Beobachtung verlieren, sonder[n] die Entscheidung muß in einem gegebenen Moment fallen. Die Frühoperation, die fast allgemein geübt wird, rechtfertigt sich durch di[e] Tatsache, daß schwere chirurgische Komplikationen, z. B. Infektion[,] Sequesterbildung schon frühzeitig auftreten können. Wollte ma[n] deren sichere klinische Manifestationen abwarten, so wären irreparable Schädigungen des Kranken die notwendige Folge. Schwere[r] Kollaps bildet keine Kontraindikation. Er soll aber vor der Operation durch Stimulation und intravenöse Kochsalzinfusion möglichst be[-]kämpft werden.

Die Hauptaufgabe ist die Isolierung der erkrankten Partie vo[n] der Umgebung und damit die Beschränkung der sekundären Infektio[n] auf einen abgegrenzten Bezirk. Das geschieht durch Tamponade un[d] Drainage des freigelegten Pankreas. Zu berücksichtigen ist ferne[r,] daß Pankreas und Gallenwege häufig gleichzeitig erkrankt sind un[d] also auch gleichzeitig behandelt werden müssen. Der Allgemeinzustand und die anatomischen Verhältnisse bestimmen die Art de[r] Operation.

Nr. 23, 4. Juni 1927.

Technik eines neuen, streng aseptischen Vorgehens bei Enteroanastomose un[d] Gastrojejunostomie. Perret.

Spätresultat von 3 Trepanationen bei einer Epileptikerin. H. C. Krafft.
Pseudarthrose und verzögerte Konsolidation Hans Brun.
Ueber Begutachtungskinematographie. Hermann Matti.
Seltene knöcherne kongenitale Deformitäten der Extremitäten mit Roentgenbildern. P. F. Nigst.
Aseptische Methode der Gastrojejunostomie und der latero-lateralen, termino-terminalen, termino-lateralen Enteroanastomose durch intrainstrumentelle Einkerbung isoperistaltisch aufeinander gequetschter Magen- oder Darmteile. Paul Niehans.
Klinische Störungen durch Jod-Alkohol. A. Jentzer.
Zur Jod-Alkoholfrage. W. Odermat.
Zur Frage der Alkoholdenaturierung und Jodtinktur. Erwin Baumann.

Ueber Begutachtungskinematographie. Die Kinematographie ist das einzige Verfahren, das uns ermöglicht, den motorischen Funktionsbefund in einwandfreier Weise festzuhalten und Einzelheiten von Bewegungsphasen dokumentarisch zu reproduzieren, die sich durch keine noch so genaue verbale Beschreibung gleichwertig schildern lassen. Wir haben daher im Begutachtungskinematogramm ein vollkommenes und in gewissen Fällen unersetzliches Mittel für die adäquate Feststellung und Reproduktion des Bewegungsstatus. Auf diese Weise gelingt es uns, den Fortschritt der Heilung zu verfolgen und auffällige Divergenzen zwischen subjektiven Klagen des Exploranden und objektiven Status dokumentarisch zu belegen.

Das entsprechende Anwendungsgebiet der Filmaufnahmen erstreckt sich auf sämtliche motorischen Befunde an Wirbelsäule und Extremitäten. Festhalten läßt sich auch die Funktionstüchtigkeit, im besonderen rohe Kraftleistung und Belastungsfähigkeit, die erfahrungsgemäß in ihrer Gesamtheit mit Worten und Zahlen schwer zu erfassen sind.

Besonders wertvoll ist das kinematographische Bild für die Analyse simulierter Störungen; gegebenenfalls dürfte das Kinogramm zum beweisenden Dokument für den Richter werden. Funktionsstörungen, über deren Echtheit man bei direkter Beobachtung vielleicht noch im Zweifel ist, erwecken bei nachträglicher Wiedergabe im Film viel eher den Eindruck des Artefaktes.

Zur Frage der Alkoholdenaturierung und Jodtinktur. Die Azetondenaturierung des im Operationsbetrieb zur Verwendung gelangenden Alkohols ist unangenehm und unzweckmäßig, da sich Reizerscheinungen der Haut und ätzende Produkte besonders beim Zusammenbringen mit der Jodtinktur, bilden können. Als unschädlich und zweckmäßig hat sich der mit Gasteerlösung denaturierte Sprit bewährt. Der sogenannte Operationsspiritus soll auf etwa 70% verdünnt zur Anwendung gelangen, da er bei dieser Konzentration weniger reizt und besser in die Haut eindringt als der hochprozentige.

Die Jodtinktur darf nur mit reinstem Jod und reinstem Alkohol bereitet werden; die zehnprozentige ist nicht zu empfehlen, da sich einerseits ihr Jodgehalt in kurzer Zeit verringert, andererseits lästige Zersetzungsprodukte auftreten, die Haut und Schleimhäute reizen, Kopfschmerzen und Schwindel verursachen können. Jodtinktur muß in dunklen Flaschen mit eingeschliffenem Glasstöpsel und vor Licht geschützt aufbewahrt werden; sie soll in kleineren Quanten bezogen werden. Ein bewährtes Rezept zur Herstellung einer zuverlässigen Jodtinktur ist: Jod 5,0, Kal. jodat 2,5, Aqu. dest. 2,5, Spiritus 80% ad 100,0. Indessen dürfte die Desinfektion des Operationsfeldes mit 70prozentigem Alkohol allein, ohne Jodtinktur, genügen.

Nr. 24, 11. Juni 1927.

Erstickungstod infolge persistenter Trommelfellperforation. E. Schlittler.
Ueber eine methodische Fehlerquelle beim Auslösen des okulokardialen Reflexes nach Dagnini-Aschner. Cesare Minerbi.
Die Farbreaktionen nach Buscaino im Urin von Gesunden, Nerven- und Geisteskranken. Ludwig Cabernard.
Klinische Untersuchungen über den Einfluß des Coramins auf die Ueberleitungszeit des Herzens. W. Eisner.
Zur Frage des Grundstoffwechsels in der Gynäkologie. E. Jaeggy.

Nr. 25, 18. Juni 1927.

Ueber Richtlinien der Dosierung in der Roentgentherapie. Hans R. Schinz.
Ueber Strahlenschädigungen vom Standpunkt des Gynäkologen aus. Walter First.
* Isacen in der Kinderpraxis. A. Hottinger.

Isacen in der Kinderpraxis. Isacen ist auch bei Kindern ein ungefährliches, angenehmes Abführmittel. In der Basler Universitäts-kinderklinik wurde es in allen Fällen, in denen bei Kindern Laxantia indiziert sind, außer bei spastischer Obstipation, Meningitiden und vereinzelten Ausnahmefällen (Mongolismus, Hypothyreose) mit Erfolg angewendet.

Durch das klinische Experiment hat die theoretische Vorstellung, daß die Abführwirkung des Isacens an das pH des Darmes gebunden sei, an Wahrscheinlichkeit gewonnen. Held.

Nederlandsch Maandschrift voor Geneeskunde.

Jahrg. 13, Nr. 10.

Die Stelle der Elemente unseres Körpers im periodischen System. A. Gans.
Die diametrische Projektion im Nervensystem. A. Gans.
Die Schachtfrakturen des Unterschenkels. J. W. P. Fransen.
Die Fraktur des oberen Endes des Humerus. J. W. P. Fransen.
* Die Resultate der Behandlung der direkten Leistenbrüche in der chirurgischen Klinik in Leiden. W. C. Meiss.
* Die Kultur von Entamoeba histolytica. T. J. H. van Deinse.

Behandlung der direkten Leistenbrüche. Mehrere Autoren berichten über schlechte Resultate bei den genannten Brüchen mit der Operation nach Bassini. Bloodgood sah sogar Rezidiv in 20 bis 50% der Fälle. Verf. hat 85 Patienten mit 107 direkten Leistenbrüchen mehr als zwei Jahre nach der Operation (nach Bassini) wieder untersucht. Er fand 8 Rezidive, 2 große und 6 kleine, von denen 3 nicht von dem Patienten selbst entdeckt worden waren. Natürlich spielt die Technik des Operateurs (in großen Kliniken oft der jüngste Assistent) eine Rolle und außerdem die Qualität des Materials. Dies war auch hier der Fall: 3 Rezidive fielen auf Namen desselben Operateurs und die ganze Statistik betraf nur alte oder an schwere körperliche Tätigkeit gewöhnte Menschen.

Die Kultur von Entamoeba histologica. Verf. hat das Verfahren von Boeck und Dr. Cohlav angewendet (Proc. Nat. Acad. Se. 2, Nr. 5 und Am. J. Hyg. 5) und damit sehr gute Resultate bekommen.

Jahrg. 13, Nr. 11.

Zwei Fälle von Rattenbiß-Krankheit. M. N. Roegholt und Wilh. Walch.
Bericht über 1247 Geburten H. R. Folmer.

Jahrg. 13, Nr. 12.

Bericht über 1247 Geburten (Fortsetzung). H. R. Folmer.
Die Verteilung des ins Blut eingespritzten Fettes. L. J. del Baere.
Der Wert der Benzidinreaktion in die Fäzes und der spektroskopischen Untersuchung derselben. D. E. Schouten.

Der Wert der Benzidinreaktion in die Fäzes und der spektroskopischen Untersuchung derselben. Verf. betont die Fehlerquellen der Benzidinreaktion. Das spektroskopische Verfahren dagegen ist von Snopper derart verfeinert worden, daß es der Benzidinreaktion wahrscheinlich etwas überlegen ist. Beschreibung der Methodik. Jedesmal ist auch auf Hämoporphyrin zu fahnden, besonders wenn die Benzidinreaktion negativ ist.

R. Roelfs, Groningen.

Nowiny Psychiatryczne.

Heft 1—2, 1927.

Dr. Roman Zagórski, Nekrolog. J. Fox.
* Wege und Irrwege in der modernen Psychiatrie. R. Radziwiłłowicz.
* Störungen des psychischen Dynamismus und ihre psychologische Interpretation. E. Minkowski.
* Die Prinzipien der Organisation der Irrenpflege. Al. Piotrowski.
* Die individuelle Konstitution der „Phrenastheniker". J. Bonasera.
* Der Reflex des Malleolus externus und das Piotrowskische Phänomen. K. Sagin und St. Oberc.
* Aus den neuesten Arbeiten auf dem Gebiete der Aetiologie und Pathogenese der Dementia praecox. V. M. Buscaino.
VII. Jahresversammlung der polnischen Psychiater in Kocborowo.
Allgemeiner medizinischer Kongreß der slawischen Aerzte in Warschau.
Referate aus wissenschaftlichen Sitzungen.
Dr. Beaurain, Nekrolog.
Berichte aus psychiatrischen Heilanstalten Polens.
Informationen.

Wege und Irrwege in der modernen Psychiatrie. In seiner Antrittsvorlesung, in der er sein wissenschaftliches Glaubensbekenntnis ablegt, stellt sich Verfasser als Empiriker vor und weist auf die Introspektion hin als die wesentlichste Forschungsmethode der Psychiatrie. Verfasser kritisiert die Assoziationstheorie sowie die Doktrinen Kraepelins und Bleulers als nicht genügend fundiert auf Erfahrung und klinischer Beobachtung, was besonders an der Schizophrenie zu erkennen ist, welche Bleuler auf afst alle nicht organische Psychosen ausdehnt. Verfasser ist nicht der Ueberzeugung, daß das Kausalitätsprinzip die Grundlage für die psychiatrische Klassifikation bilden dürfte, weil ein rein logisches Prinzip für das Gebiet der Biologie, wozu auch die Psychologie und die Psychiatrie gehören, schwer allgemeine Anwendung finden könne. Die Psychiatrie ist eine noch junge Wissenschaft und muß geduldig dem Momente zustreben, in welchem genügend Kriterien vorhanden sein werden für die geeignete Grundlage einer Klassifikation. Verfasser ist der Ansicht, daß jede Wissenschaft ihre eigene Basis haben müsse und sie nicht von anderen entlehnen dürfe, wie dies mit dem der Logik entlehnten Kausalitätsprinzip der Fall ist.

Am Schlusse seiner Vorlesung bekennt sich Verfasser zum relativen Indeterminismus und Pragmatismus; an Stelle der rationalistischen Devise: „cogito, ergo sum“ setzt er die voluntaristische: „ago, ergo sum“.

Störungen des psychischen Dynamismus und ihre psychologische Interpretation. Verfasser betont, daß den Theorien Bergsons in der Psychopathologie derjenige Platz eingeräumt werden müßte, der ihnen gebührt.

Bergson stellt die Intuition der Intelligenz gegenüber. Die Intelligenz hat zum Gegenstand die unorganische Masse, das Unbewegliche, den Raum. Die Intuition dagegen umfaßt alles das, was Bewegung, Fortschritt, Leben, Zeit bedeutet — sie knüpft an die irrationalen Faktoren der Zukunft an.

Früher begnügte sich die Psychiatrie damit, jede psychische Störung mit dem Namen „dementia“ zu belegen. Heute sucht sie die krankhaften Zustände mehr und mehr zu differenzieren. Der Processus schizophrenicus ist auf diese Weise in einen gewissen Gegensatz zur intellektuellen Schwäche geraten. Die Bergsonschen Thesen sind geeignet, diesen Gegensatz verständlicher zu machen.

Beim Schizophrenen ist vor allem der psychische Dynamismus gefährdet, während das Wissen, die rationalen Faktoren des Psychismus unberührt bleiben. Daher die eigentümliche Rigidität, welche alle Reaktionen der Schizophrenen charakterisiert. Bei gewissen Schizophrenen ist der Verfall des psychischen Dynamismus von einer Hypertrophie der räumlichen und rationalen Faktoren des Denkens begleitet. Es scheint angebracht, in diesen Fällen von einem krankhaften Rationalismus und Geometrismus zu sprechen.

Der Paralytiker z. B. besitzt im Anfangsstadium seiner Krankheit noch Begriffe, wie „ich—hier—jetzt“, während die Vorstellungen, welche die Beziehungen der Gegenstände im Raum betreffen, verblaßt sind. Der Schizophrene dagegen w e i ß, wo er sich befindet, behauptet aber, daß er sich nicht an dem Ort f ü h l e, wo er ist.

Diese Art und Weise, die psychopathologischen Phänomene zu ergründen, läßt sich noch weiter ausdehnen. Verfasser ist überzeugt, daß die von ihm angewandte Methode mit der Zeit noch Genaueres über die intime Struktur der verschiedenen psychischen Störungen liefern werde.

Prinzipien der Organisation der Irrenfürsorge. Verfasser erörtert die Organisation des Irrenwesens in den westlichen Provinzen Polens und stellt Forderungen auf, deren Verwirklichung einen Fortschritt in der Entwicklung des Irrenwesens bedeuten würde.

Die Irrenfürsorge in den wesclichen Provinzen Polens ist im allgemeinen nach deutschem Muster organisiert und entspricht im wesentlichen den faktischen Bedürfnissen; Verfasser unterstreicht, daß die aus der Erfahrung sich ergebenden Postulate leicht zu verwirklichen seien.

Er hält es für wünschenswert, daß diese Fürsorge (in vervollkommneter Form und in den durch Notwendigkeiten und Bedürfnisse des sozialen Lebens gesteckten Grenzen) auch in den übrigen Provinzen Polens Eingang finden möge.

Verfasser lehnt die Regelung des Irrenwesens auf gesetzlichem Wege ab, weil die Vorbereitung und Verabschiedung einer Gesetzesvorlage im Sejm viel Zeit in Anspruch nehmen dürfte, während die Angelegenheit keinen Aufschub duldet. Der Weg der administrativen Verordnung ist kürzer.

Diejenigen administrativen Verordnungen, welche sich als unzweckmäßig oder wenig praktisch erweisen, können unverzüglich annulliert und durch geeignetere ersetzt werden; ein Gesetz dagegen ist notwendigerweise lange Jahre bindent und kann nur durch neuen Sejmbeschluß abgeändert bzw. ergänzt werden, was gewöhnlich erst nach Verlauf längerer Zeit zu erreichen wäre.

Zwecks einheitlicher Regelung der Irrenfürsorge hält Verfasser die Gründung einer psychiatrischen Zentralbehörde für erforderlich, deren Aufgabe und Kompetenzen das gesamte Irrenwesen umfassen würde, wie Ueberwachung der öffentlichen und privaten Heilanstalten, der nichtpsychiatrischen Sanatorien mit psychisch Kranken und der Familienpflege, Normierung der materiellen und formellen Vorbedingungen für Aufnahme und Entlassung der Kranken, Regelung und Ueberwachung der Krankenbehandlung vom gesundheitlichen Standpunkt aus, Ausarbeitung nützlicher und entsprechender Bestimmungen für den psychiatrischen Dienst, Regelung der Aufnahme krimineller Kranken sowie der freiwilligen Pensionäre.

Die individuelle Konstitution der „Phrenastheniker“. Verfasser untersuchte 100 „Phrenastheniker“ mit mangelhafter geistiger Entwicklung. Anthropometrische Messungen nach Dr. Viola führten zur Aufstellung folgender Indexe: Thoraxindex, Index des oberen und des unteren Abdomen, Index der Gliedmaßen, Index des Trunkus, des Schädels, Thoraxumfang und Gewicht. Auf Grund so erhaltener Daten gelangte Verfasser zur Feststellung der morphologischen Eigentümlichkeiten eines jeden Falles.

Aus seinen Untersuchungen geht hervor, daß das natürliche Gleichgewicht beim „Phrenastheniker“ gestört ist; seine Organe sind nicht regelrecht entwickelt und funktionieren nicht genügend. Daher finden bei ihm chronische Leiden der Atmungs- und Verdauungsorgane einen günstigen Boden. Der „Phrenastheniker“ weist somit eine ausgeprägte konstitutionelle Schwäche auf.

Verfasser hält Störungen des chromosomen Systems für die Ursache der mangelhaften Entwicklung des „Phrenasthenikers“.

Diese Konzeption ist in dem Sinne zu deuten, daß die rein endogene Anomalie in einer evolutiven Hypofunktion des endokrinen Systems besteht; die Hormone sind zu schwach, um die physische und psychische Entwicklung des Individuums ine normaler Weise zu fördern.

Zur Frage des Reflexes des Malleolus externus und des Piotrowskischen Phänomens. O. Balduzzi behauptet in der „Rivista di patologia nervosa e mentale“ vom 30. X. 1926, fasc. 5 (und neulich in der Revue Neurologique XXXIV., Nr. 5), im Gegensatz zu Sagin, daß der Reflex des Malleolus externus nicht ein Bestandteil des Piotrowskischen Phänomens, sondern ein autonomer Reflex sei. Ueber das Piotrowskische Phänomen äußert er sich, daß er bei Perkussion des oberen Abschnittes des Musculus tibialis anticus nur Kontraktion dieses Muskels, nicht aber Zusammenziehung der Gastrocnemii beobachtet, — bei Beklopfen des unteren, und besonders des mittleren Teiles des Musculus tibialis anticus Kontraktion des Muskels und zuweilen Kontraktion der Wadenmuskeln gesehen habe. Das sei — nach Balduzzis Meinung — das Piotrowskische Phänomen.

D i e s i s t a b e r k e i n e s f a l l s d a s P i o t r o w s k i s c h e P h ä n o m e n. Das Piotrowskische Phänomen in seiner Originalgestalt, wie es Piotrowski selbst und andere Autoren beschrieben haben, beruht in Wirklichkeit darauf, daß in manchen Fällen organischer Erkrankung des Zentral-Nervensystems (und insbesondere des Gehirns) Perkussion des Musculus tibialis anticus — bei leichter passiver Dorsalflexion des Fußes — anstatt einer Kontraktion dieses Muskels und Adduktion des Fußes einen entgegengesetzten, antagonistischen Reflex hervorruft, nämlich e i n e i s o l i e r t e K o n t r a k t i o n d e r G a s t r o c n e m i i s o w i e P l a n t a r f l e x i o n (E x t e n s i o n) d e s F u ß e s.

Hierbei gibt es weder Kontraktion des M. tibialis anticus noch Adduktion des Fußes. In den Fällen, wo Kontraktion dieses Muskels neben Kontraktion der Gastrocnemii auftritt, haben wir es mit einer Kombination des pathologischen, antagonistischen Piotrowskischen Phänomens mit dem physiologischen Reflex des M. tibialis anticus (Anticusreflex — Piotrowski) zu tun, worauf schon Piotrowski seinerzeit hingewiesen hat.

Die von den Autoren beigebrachten Myogramme zeigen, daß der Reflex des Malleolus externus in seiner Grundform mit dem Piotrowskischen Phänomen übereinstimmt. Daraus folgt, daß der Reflex des Malleolus externus, welcher gewöhnlich da auftritt, wo die reflexogene Zone des Piotrowskireflexes sich auf das ganze Bein (die Region des Malleolus externus miteinbegriffen) ausdehnt, als Bestandteil des Piotrowskischen Phänomens aufzufassen ist.

Oberc untersuchte auch 80 Gesunde und fand das Piotrowskische Phänomen in 6 Fällen. Davon wiesen vier Personen den Reflex des Malleolus externus auf der Seite auf, wo das Piotrowskische Phänomen stärker ausgeprägt war. Eine ergänzende, genauere neurologische Untersuchung dieser sechs Personen ergab, daß sie keineswegs vollständig gesund waren; vielmehr wiesen sie verschiedene neuro-pathologische Symptome auf wie: Hyperhydrosis, Asymmetrie des Gesichts, Enophtalmus, Nystagmus, Adiadochokinesis, Störungen der Koordination, Romberg, uni- und bilaterale motorische Schwäche, Hyperreflexie, Klonus, Narben auf der Zunge, Bewußtlosigkeitszustände.

Die Differenzen zwischen den Folgerungen Balduzzi's und Sagins betreffs des Reflexes des Malleolus externus und des Piotrowskischen Phänomens haben somit ihren Ursprung darin, daß Balduzzi das Piotrowskische Phänomen verkennt und als Piotrowskireflex irrtümlich ein Phänomen ansieht, welches keinesfalls das wahre Piotrowskische Phänomen, sondern ein physiologischer Reflex ist, nämlich der Reflex des Musculus tibialis anticus (Anticusreflex — Piotrowski), ein Sehnenmuskelreflex ohne größere pathognomonische Bedeutung (welcher zuweilen von einer Kontraktion der Gastrocnemii begleitet wird).

Balduzzi irrt sich, wenn er den Reflex des Musculus tibialis anticus mit dem Piotrowskischen Phänomen (i s o l i e r t e K o n t r a k t i o n d e r G a s t r o c n e m i i u n d P l a n t a r f l e x i o n — E x t e n s i o n — d e s F u ß e s, n a c h P e r k u s s i o n d e s M u s c u l u s t i b i a l i s a n t i c u s, ohne Kontraktion dieses Muskels) zu identifizieren versucht.

Aus den neuesten Arbeiten auf dem Gebiete der Aetiologie und Pathogenese der Dementia praecox. Vom histologischen Standpunkte betrachtet ist die Dementia praecox als eine Gehirnaffektation anzusehen. Man findet Läsonen, die sowohl in der Rinde selbst als auch in der weißen Substanz und im Plexus choroides verstreut sind. Es handelt sich um Veränderungen in der Struktur vorwiegend der Stirn-

ppen sowie um hystochemische Alterationen. Die Ergebnisse ;uerer Forschungen bestätigen die Annahme, daß diese Störungen xischen Ursprungs und ine ihrer Mehrzahl durch organische Basen Ammoniakderivate — verursacht sind.

Die urologischen Untersuchungen weisen auf einen durch Amin-bstanzen verursachten Vergiftungszustand hin.

Endlich führten genauere Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß e Tuberkulose als causa efficiens für das Leiden nicht in Frage ommt; eine ganze Reihe von hystopathologischen Forschungen (so-ohl direkten als auch indirekten) haben unsere Aufmerksamkeit auf is Intestinum als auf jene Quelle gelenkt, aus der die Amine stam-en, die die Ursache der toxischen Störungen im Gehirn sind.

Br. Makowski.

British Medical-Journal.

Nr. 3460, 30. April.

Asthma in der Kindheit. Das Asthma ist bei Kindern relativ häufiger als beim Erwachsenen, da häufig die Krankheit schon im indesalter beginnt und in einem Drittel der Fälle bereits unter) Jahren in Erscheinung tritt. Wie bei allen kindlichen Erkran-ungen, bei denen die Mitbeteiligung des Nervensystems eine Rolle pielt, ist das Asthma bei Knaben häufiger als bei Mädchen. Vier erschiedene Typen des „Asthmas" sind zu unterscheiden. Bei lteren Kindern findet sich am häufigsten der spasmodische Typus iit den klassischen Erscheinungen der immer wiederkehrenden arakteristischen Anfälle von Atemnot. Ebenfalls nicht selten über-wiegt zu Beginn die Bronchitis, zu der sich der Bronchospasmus inzugesellt (Asthma bronchiale, längere Dauer der Attacken). Nur ei Kindern und besonders häufig bei Säuglingen erscheint das sthma unter dem Bild der Bronchitis, so daß die eigentliche Krank-eitsursache übersehen wird. Durch den plötzlichen Beginn, durch ie Tatsache, daß die Dyspnoe vor dem Auftreten physikalischer eränderungen über den Lungen schon sehr ausgesprochen ist, durch as verhältnismäßig geringfügige Fieber und den Nachweis der osinophilie ist eine Unterscheidung von der gewöhnlichen Bronchitis rmöglicht. Endlich verläuft das Asthma nicht selten als „Heufieber", ei dem der Nasenkatarrh im Vordergrund steht und das als rezi-ivierende Erkältung häufig mißdeutet wird.

Die Atemnot beim Asthma wird auf Verlegung des Bronchial-imens durch Spasmus, durch Schleimhautschwellung oder Zu-ammenwirken dieber Momente bezogen. Diese Behinderung der tmung kann einmal durch Beeinflussung des Atemzentrums zu-tande kommen, wobei psychische Reize (Angst, Erregung, uggestion), von der Peripherie aus wirksame Hemmungsreflexe Nase. Kehlkopf, Verdauungskanal) oder eine Einwirkung durch eine eränderung der Blutbeschaffenheit vorliegen können. Andererseits st auch ohne Beeinflussung des Respirationszentrums lediglich durch rtliche Wirkung der im Blut kreisenden, reizenden Substanz die ntstehung der Bronchienveränderungen denkbar. Diese Substanz, as „Allergen", gegen das der Asthmatiker überempfindlich ist, soll in artfremdes Eiweiß darstellen. Die Ueberempfindlichkeit ist äufig eine ererbte konstitutionelle Eigenart, die sich nicht nur n Asthma, sondern im Auftreten anderer periodischer Störungen Migräne, zyklisches Erbrechen) sowie in andersartigen Krankheits-rscheinungen (Ekzem, Urtikaria) offenbart. Gewöhnlich besteht ine Ueberempfindlichkeit gegen mehrere Eiweißkörper, doch vechseln Art und Stärke von Zeit zu Zeit beträchtlich. Bisweilen vird die Ueberempfindlichkeit nach Zufuhr einer zu großen Menge ines Eiweißkörpers erworben, sie kann ferner plötzlich durch eine kute Erkrankung — besonders häufig Keuchhusten — oder eine Operation bei dem Kinde sich einstellen. Diese Ueberempfindlichkeit pielt jedoch nur in der Hälfte der kindlichen Asthmafälle eine Rolle. ls alleiniges, auslösendes Moment kann sie nur in einer ganz ge-ingen Zahl nachgewiesen werden. Es ist ihr vielmehr nur eine ge-visse Disposition zuzuschreiben. Wo die Ueberempfindlichkeit die Irsache des Asthmas darstellt, kann der Eiweißkörper, auf den der Kranke reagiert, auf verschiedenen Wegen in das Blut gelangen. Zu-ächst kann er vom Verdauungstraktus aufgenommen werden, wo-ei jede Nahrung eine Reaktion hervorrufen kann. Diese Sensibilisierung gegen Nahrungseiweiß ist gewöhnlich angeboren. Sie verschwindet mit der Zeit und kommt als Asthmaursache nur in der frühen Kindheit in Frage. Wichtiger ist die Ueberempfindlichkeit durch Inhalation von Eiweißstoffen in Form von Staub der verschiedensten Art, die gewöhnlich — bei Vorhandensein einer Disposition — erworben wird und keine Neigung zum Verschwinden zeigt. Endlich kann der Asthmakranke gegen Bakterieneiweiß überempfindlich sein, das von den Mikroorganismen eines chronischen Infektionsherdes stammt (gew. Nasopharynx). Die Ueberempfindlichkeit ist in jedem Einzelfall durch intrakutane Proben mit wässerigen Extrakten der verschiedenen Eiweißkörper zu analisieren, wenn auch häufiger schon die Anamnese bestimmte Hinweise gibt.

Wichtiger als die Behandlung des Asthmaanfalls — die in gleicher Weise wie beim Erwachsenen durchzuführen ist — ist die Behandlung der Asthmaneigung. Eine Regelung der ganzen Lebensweise ist notwendig mit Vermeiden von Ueberanstrengung und Erregung. Bei der „Abhärtung" darf das Kind nicht feuchtem oder nebeligem Wetter ausgesetzt werden. Ein Klimawechsel ist nur dann anzuraten, wenn bei längerem Aufenthalt an dem neuen Wohnsitz keine Anfälle aufgetreten sind. Die Nahrungsaufnahme ist unter Beachtung des Bedarfs eines wachsenden Organismus in gewisser Weise einzuschränken (kleine Mahlzeiten, geringe Flüssigkeitszufuhr, wenig Kohlehydrate). Nur in sehr seltenen Fällen führt das Fortlassen des Eiweißkörpers zum Verschwinden der Anfälle, gegen den das Kind sich als überempfindlich erweist. Die medikamentöse Behandlung (Jodkali, Belladonna und Arsen enthaltende Mixtur) ist über lange Perioden fortzuführen. Bei einem drohenden Anfall gewährt häufig eine genügende Dosis Chloral oder Antipyrin Erfolg. Bei außerordentlich vergrößerten oder infizierten Tonsillen ist die Operation angebracht. Ein Erfolg kann nicht mit Sicherheit in Aussicht gestellt werden. Er tritt zumeist bei dem bronchialen Typus des Asthmas ein. Andererseits wird bisweilen nach der Tonsillektomie das Erstauftreten von Anfällen beobachtet. Die Vakzinebehandlung — wie sie besonders bei den Fällen mit starker Bronchitis versucht wird — ergibt kaum günstige Resultate.

Mit dem Nachweis der Ueberempfindlichkeit ist das Agens aus der Umgebung völlig zu entfernen, ohne daß mit der Durchführung dieser Maßnahme die Heilung gewährleistet ist. Zudem empfiehlt es sich bei den überempfindlichen Kindern den Gebrauch von Federkissen, Roßhaarmatratzen, Pelzen sowie das Reiten und das Halten von Tieren zu verbieten, da leicht auch gegenüber diesen Dingen eine Sensibilisierung erworben werden kann. Die Technik der Desensibilisierung befindet sich noch in den Anfangstadien. Die Behandlung mit den verschiedensten desensibilisierenden Mitteln (Tuberkulin, Pepton, Milch, Eigenblut, Vakzine) ist fast immer nutzlos.

Bei Fehlschlagen der prophylaktischen Maßnahmen ist trotzdem die Prognose des kindlichen Asthmas als gut zu bezeichnen. Denn im Verlauf mehrerer Jahre verschwinden die Anfälle bei sehr vielen Kindern oder treten sehr leicht auf. Freilich kommt es gelegentlich bei jahrelangem Bestehen schwerer Anfälle zu Folgezuständen wie Emphysem und Wachstumshemmung.

Behandlung der Kinderlähmung. Im akuten Stadium vor Eintritt von Lähmungen ist die intralumbale Injektion von 5 bis 20 ccm menschlichen Immunserums (von Poliomyelitis-Rekonvaleszenten gewonnen) zu empfehlen. In diesem Zeitraum ist auch die intravenöse Urotropintherapie angebracht (Bekämpfung der nach großen Dosen sich bemerkbar machenden Blasenreizung durch Zufuhr von Natr. bicarb. und Kal. citricum). Der Kranke ist für 4 Wochen streng zu isolieren und alle Exkrete sind zu desinfizieren. Zur Vermeidung von Deformitäten und zur Erschlaffung der nichtgelähmten Antagonisten ist der Lagerung die größte Sorgfalt zuzuwenden in dem akuten Stadium, wo Hyperästhesie und Muskelschmerzen vorhanden sind. Das Kind soll flach im Bett liegen mit leicht abduzierten Oberschenkeln, gestreckten Knien und rechtwinkeliger Dorsalflexion des Fußes. Sandsäcke, Lagerung auf Schienen und Züge sind zur Erhaltung dieser Lage anzuwenden. Bei Lähmung eines Armes ist der Oberarm zu abduzieren, der Unterarm in Supinationsstellung zu beugen und die Hand leicht dorsalwärts zu flektieren. Sobald nur die Lähmung einzelner Muskeln erkennbar ist, während die Antagonisten verschont geblieben sind, muß die Stellung gewählt werden, die der geschwächten Muskelgruppe eine Entspannung gestattet. (Bei Spitzfußstellung Spannung der unversehrten Achillessehne durch Dorsalflexion des Fußes über den rechten Winkel hinaus.) Jede andere Behandlung ist überflüssig und schädlich, da in diesem Stadium Massage und Elektrotherapie nur schmerzauslösend wirken. Eine aktive Behandlung kann erst nach völligem Verschwinden der Muskelschmerzen begonnen werden, im Durchschnitt 6 Wochen nach Krankheitsbeginn. Ziel der Therapie ist es, die Ernährung der Muskulatur aufrecht zu erhalten, bis die Funktion wieder hergestellt ist, denn die Lähmung ist mit trophischen Störungen vergesellschaftet (Kälte und Zyanose des gelähmten Gliedes, Schlaffheit der Muskeln), Durch leichte Massage, den galvanischen Strom und Warmhalten —

wie sie daher angebracht sind — wird die Heilung in dem Sinne gefördert, daß sie die Muskeln befähigen, später Bewegungsimpulsen zu folgen. Ein direkter Einfluß auf die Heilungsvorgänge kommt diesen Mitteln nicht zu. Die Schienen sind auch fernerhin zu tragen. Jede Dehnung der gelähmten Muskeln bei der Massage ist zu vermeiden. Allmählich sind Anzeichen der Heilung an den Muskeln erkennbar. Jede noch so geringe Muskelkontraktion kann durch Fingerauflegen an der Sehne festgestellt werden. Sobald willkürliche Kontraktionen erst möglich sind, kann die Heilung durch abgestufte Uebungen wesentlich beschleunigt werden, wobei jede Belastung sorgfältig der Stärke des Muskels angepaßt werden muß. Allmählich kann mit dem Aufsitzen begonnen werden. Bei Lähmung der unteren Extremitäten ist das Stehen zumeist erst von 3 Monaten nach Beginn möglich. Während der Nacht sind die Schienen stets anzulegen. Die noch gelähmten Muskelgruppen sind beim Gehen durch Hilfsapparate in zweckmäßiger Stellung zu bewahren. Mit dem Ende des ersten Jahres sinken die Heilungsaussichten immer mehr. Nach Ablauf von 2 Jahren ist kaum noch mit einer Heilung zu rechnen, wenn während der ganzen Zeit Massage und Bewegungsübungen vorgenommen wurden und der Allgemeinzustand wesentlich gebessert wurde (Luft- und Sonnenbehandlung). Bei den gut behandelten Fällen stellt die zurückbleibende Lähmung im chronischen Stadium die dauernde Funktionsstörung dar. Bei den vernachlässigten Kindern kommen noch Deformierungen hinzu (Beugekontrakturen in Hüft- und Kniegelenken, Spitzfußstellung), die zunächst zu beseitigen sind. Den überdehnten Muskeln ist bei günstiger Gelenkstellung dann mehrere Monate Frist zur Erholung zu gewähren, ehe an ein operatives Eingreifen zu denken ist, um die Funktion trotz der Lähmung noch zu verbessern und um das Tragen eines Hilfsapparates überflüssig zu machen. Jeder Einzelfall bietet besondere Probleme, die die Auswahl der Operationsmethode (Arthrodese, Sehnenfixation oder Ueberpflanzung) bestimmen.

Behandlung der kongenitalen spastischen Paraplegie durch Sympathikusdurchschneidung. Tierexperimente machen es wahrscheinlich, daß bei der Entstehung von Spasmen der Sympathikus eine Rolle spielt, da nach einseitiger Durchtrennung des abdominellen Sympathikusstammes bei Ziegen und Hunden gewisse Aenderungen der Haltung, des Tonus und der Reflexe an dem betreffenden Bein sich zeigen. Als Erster wurde ein 30jähriger Mann operiert, bei dem 7 Jahre nach einem Kopfschuß eine rechtsseitige Halbseitenlähmung und Spasmen an beiden Beinen mit entsprechenden Reflexstörungen bestanden, die das Gehen wesentlich erschwerten. Schon wenige Stunden nach der doppelseitig vorgenommenen Operation trat eine wesentliche Besserung ein (Rückgang des Klonus, Verschwinden der Rigidität), so daß späterhin willkürliche Bewegungen in viel ausgedehnterem Maße möglich wurden. Dieser überraschend günstige Erfolg bei einem jahrelang ständig mediko-mechanisch, psychologisch und suggestiv behandelten Kranken gab Veranlassung, die Operation an weiteren 26 Kranken mit spastischer Parese vorgenommen. Bei der kongenitalen spastischen Lähmung sind zwei Gruppen scharf zu trennen, der rigide Typus und die spastische Chorea. In der ersten Gruppe kann der Patient ein gewisses Maß von Muskelkontrolle sich bewahrt oder wieder erlangt haben, die jedoch mangelhaft bleibt und durch die Schwierigkeit gehemmt wird, der Rigidität der Antagonisten entgegenzuwirken, zumal diese sich bei jeder bewußten Anstrengung steigert. Während der Ruhe ist die Rigidität oft nur angedeutet. Spasmen der Abduktoren oder Flexoren und andere Zeichen der mangelhaften kortikalen Ueberwachung (Reflexanomalien) treten jedoch bei dem Versuch, zu stehen oder zu gehen, sofort hervor. In wechselndem Grade sind die passiven Bewegungen behindert. Häufig ist eine Ungleichmäßigkeit in der Hemmung der verschiedenen Muskelgruppen deutlich. Bei völligem Fehlen der Muskelkontrolle bildet die Rigidität eine Teilerscheinung des allgemeinen Spasmus der Strecker, wie er sich auch beim großhirnlosen Tier vorfindet; zugleich können Lähmungen bestehen. Die Kranken mit dem choreatiformen Typus haben unter choreaähnlichen Bewegungen zu leiden, die sich bei jedem Bewegungsversuch und bei Erregung einstellen. Diesen Bewegungsimpulsen wirkt eine gewisse Rigidität entgegen.

Unter den 26 doppelseitig mit Sympathikusdurchtrennung Behandelten war nur ein Fall von spastischer Chorea, der gesondert zu betrachten ist. Eine Besserung des Gehvermögens wurde immer erzielt. Von 16 Kranken, die vorher unfähig waren, allein zu gehen, lernten 14 innerhalb von 6 Monaten das Gehen. In einigen Fällen war die Besserung überraschend (vorher Krückengänger, ein Jahr später Tennisspieler). Die Besserung ist bei Frühfällen naturgemäß vollständiger als bei den jahrelang mit Spasmen Behafteten, wo stets Spuren der Krankheit zurückbleiben. Alle Kranken boten Veränderungen dar, die auf eine Beeinflussung des Muskeltonus zu beziehen sind (verminderte Rigidität, Schwinden der Reflexübererregbarkeit), ebenso wie auch das Vermögen wuchs, das Gleichgewicht zu bewahren und Muskelbewegungen zu hemmen. Aktive Bewegungen gingen viel leichter vor sich, und der Erfolg konnte durch Erziehung noch wesentlich verbessert werden. Auch der Fall von spastische Chorea wurde günstig beeinflußt, so daß choreiforme oder atheto tische Bewegungen keine Kontraindikation darstellen. Weitere Fäll die operiert wurden, liegen noch zu kurze Zeit zurück, um ein end gültiges Urteil zu gestatten.

Deformitäten und Kontrakturen beschränken den Operations erfolg. Solche anatomischen Veränderungen sind vor der Sympathi kusdurchtrennung nach Möglichkeit zu beseitigen. Ueberhaupt be deutet dieser Eingriff keine Heilung der spastischen Lähmung. Er be seitigt nur einen Faktor, der die normale körperliche Erziehung stör Wenn auch die spastische Lähmung eine peripherische Komponent hat, so liegt doch der Schwerpunkt in der Erziehung des nervöse Zentralorgans. Den Muskeln ist nicht zuviel Aufmerksamkeit z schenken. Jede Behandlung reizt die sensorischen Endorgane, un führt so zu einer Tonussteigerung. Ebensowenig wie ein neu geborenes Kind zu gehen vermag, kann der operierte Kranke eine fü den komplizierten Vorgang des Gehens ausreichende Muskelkontroll sofort nach dem Eingriff ausüben. Auch er benötigt ein Jahr, un jede Muskelgruppe ohne geistige Anstrengung beherrschen zu könne Da der Muskelbewegung vorher die Rigidität des Antagonisten ent gegenwirkt, wurden überflüssige Muskeln angespannt. Erst all mählich kann die Hemmung der Muskeln erlernt werden, deren Kon traktion die Bewegung fehlerhaft gestaltete.

Gefäßerkrankung und sympathisches System. Die Anwendun der Sympathektomie durch N. D. Royle und John J. Hunter bei de spastischen Paraplegie hat der Sympathikuschirurgie neue Bahne gewiesen. Nach Entfernung des zweiten, dritten und vierten sym pathischen Lumbalganglions in einem Fall von spastischer Para plegie wurde eine 6 Wochen anhaltende Gefäßerweiterung an eine Bein beobachtet, wobei die Haut heiß und trocken wurde. Di Sympathektomie ist bisher bei einer Reihe von Gefäßerkrankunge ausgeführt worden. Die periarterielle Sympathektomie allein wa bei manchen Fällen von Raynaudscher Erkrankung erfolglos, wäh rend die Kombination mit der lumbalen Sympathikusdurchschneidun zum Erfolg führte. Auch die zervikale Sympathektomie erwies sic als nützlich. Durch intravenöse Eiweißkörperinjektion und Rönt genbestrahlung des Rückenmarks ist bei Thrombangiitis obliteran Schmerzlinderung zu erzielen. Die Art des Temperaturanstieges nac intravenöser Eiweißzufuhr ergibt Aufschluß, inwieweit eine Gefäß erkrankung für die Sympathikusdurchtrennung geeignet ist (Mayo Klinik). Durch Kombination der Brüning-Leriche-Operation an de Art. iliacae ext. mit der lumbalen Sympathektomie konnten be Schmerzbefreiung herbeigeführt werden.

Aussichtsreich erscheint die Anwendung der Sympathektomie be trophischen Störungen. Bei einer 34jährigen Frau hatte sich in Verlauf von 6 Jahren unaufhaltsam eine Verkrüppelung von Hände und Füßen durch eine schleichende Polyarthritis mit Veränderunge der Haut und der Nägel entwickelt, die unerträgliche Schmerzen be reitete. Nach der bilateralen lumbalen Sympathektomie verschwande die Schmerzen. Eine lebhafte, an die Biersche Hyperämie erinnernde Hautrötung stellte sich ein. Die Fußtemperatur stieg um 8° C Wenige Wochen nach der Operation konnte die Kranke mit Geh versuchen beginnen. Biberfeld.

The Lancet.

212., Nr. 21, 21. Mai 1927.

Multiple Divertikel des Kolon. Erst seit den letzten 10 Jahre hat die Röntgenologie das häufige Vorkommen von multiplen Kolon divertikeln gezeigt. Divertikulosis wurde in 10% von 1000 wege Magendarmleiden röntgenuntersuchten Personen gefunde (Männer : Frauen wie 2 : 1). Da die Hälfte aller kleinen Divertike keine Symptome machen, so ist Divertikulosis wahrscheinlich be einem großen Teil der Bevölkerung jenseits der 50er Jahre vor handen. Das Durchschnittsalter von 100 Divertikelkranken wa 58 Jahre. Bei weitem die meisten Divertikel sitzen im Beckente des Kolon und im Kolon deszendeus. Vier Stadien lassen sich unter scheiden. Im prädivertikulären Stadium ist die normal Segmentirung verschwunden; an ihrer Stelle zackige Umrisse vo kleinen konvexen Unregelmäßigkeiten, bisweilen nur auf einer Seit des Kolon, bisweilen an einem Haustrum. Oft sind kleine Diver tikel und prädivertikuläres Stadium zugleich vorhanden, bisweile sieht man in späteren Röntgenbildern an der Stelle des letztere ausgebildete Divertikel, die als kleinste Hernien in der scheinba

geschwächten Darmwand zwischen die Muskelfasern hindurch getrieben sind. Es folgt ein Stadium der Reizung, erkennbar durch ein zichharmonikaähnliches Bild des Darmes. Die ausgebildeten Divertikel sind verschieden an Größe und Form, einige enthalten alle Lagen der Darmwand — Beobachtung der Kontraktion ist möglich, bei weitem, nicht entzündeten Hals auch die gelegentliche Entleerung von Fäkalbröckchen — andere enthalten nur wenig Muskelfasern. Der Bariumschatten ist verschieden je nach Weite des Divertikelhalses. Bei weitem Hals kann das ganze Divertikel gefüllt sein, bei engerem Hals oft nur der dem Hals nahegelegene Teil (charakteristische halbmondförmige Schatten), bei sehr engem Hals können die Fackelmassen nicht antreten, es bildet sich ein Sterkolith, der bisweilen auch im einfachen Röntgenbild Schatten gibt. Die Divertikulitis entsteht meistens nahe dem Hals, vorzugsweise bei Sterkolithenbildung und kann auf die Darmwand übergreifen (lokale Kolitis und Perikolitis). Bei weitem die besten Kontrastmassen waren 120 g Bariumsulfat in 500 ccm Malz- oder Buttermilch für die Bariummahlzeit und 400—450 g Bariumsulfat, bis zu 1 Liter mit Buttermilch aufgefüllt, als Klysma. Beide müssen zur Anwendung kommen, um volle Aufschlüsse zu erhalten, wie auch zu einer vollkommenen Untersuchung Röntgenoskopie und Röntgenographie notwendig sind. Der einfache Nachweis des Divertikels genügt nicht. Die normale Darmwand ist im allgemeinen in langsamer Kontraktion oder Dilatation, demonstrierbar durch Serienfilms in 1 Sekundenintervall mit einem eigens konstruierten Apparat, der einer langsamen kinematographischen Kamera ähnlich ist. Eine Divertikulisis hat ihren Sitz in einer starren Darmwand, die keine Bewegungen zeigt und ist dadurch erkennbar. In ebenso ausführlicher wie interessanter Weise wird die Entwicklung der Dievertikel bis in die kleinsten Details durch alle Stadien an Hand von schönen Röntgenbildern und sehr anschaulichen Zeichnungen nach Röntgenbildern beschrieben. Eine sichere Diagnose ist nur durch Röntgenuntersuchung möglich, die auch den Beweis liefern muß, daß außer der Divertikulisis keine andere Ursache für die Symptome vorhanden ist. Vom prädivertikulären Stadium unterscheidet sich röntgenologisch die Kolitis durch Erscheinungen von Spasmus ohne Veränderung der Symmetrie der Segmente, mit glatten Umrissen ohne Unregelmäßigkeiten. Divertikel sind im allgemeinen leicht erkennbar, besonders nach Entleerung des Bariums aus dem Darm. Für Divertikulitis ist charakteristisch die Starre des Darmteils und die Deformität mit verengertem Lumen (pallisadenartige Projektion des Bariumschattens). Die Aetiologie der Divertikelbildung ist noch nicht ganz geklärt. Verf. sahen frühe Divertikel häufig mit septischen Herden (Zähne, Spondylitis) kompliziert. Die erste Veränderung des prädivertikulären Stadiums ist also wahrscheinlich entzündlicher und nicht degenerativer Natur. Die kleinen Hernien treten dort durch, wo Blut- und Lymphgefäße in den Darmkanal eintreten. Konstipation spielt wahrscheinlich keine primäre Rolle. Uebermäßige Fettbildung oder Darmspasmen wahrschenlich ebensowenig. Im prädivertikulären Stadium in der Regel keine Symptome, bisweilen ein gewisser Reizzustand und Empfindlichkeit bei Palpation unter dem Röntgenoskop. Divertikel können Jahre lang symptomenlos bleiben. Nur 50 % dieser Kranken klagen über Reizung von Darm, Peritoneum oder Blase, Flatulenz, Schmerzen, Gefühl von Spannung, Unbehagen, Diarrhöen allein oder mit Verstopfung abwechselnd, bisweilen Störungen der Miktion. Symptome der Ruptur sind die einer lokalen oder allgemeinen Peritonitis. Bei Divertikulitis ähnliche Störungen in verstärktem Grade sind meisten ein wurstförmiger Tumor, in der linken Fossa iliaca fühlbar; bei akuter Entzündung Fieber, Erbrechen. Die Endresultate einer Divertikulitis (eine eitrige Sigmoiditis mit allen Folgen) sind hoffnugslos. Bei Erkennung einer Divertikulosis oder einer frühen Divertikulitis ist die Prognose gut, ernste Komplikationen gibt es nur bei nicht erkannten oder vernachlässigten Fällen. Therapie: Beseitigung jeder Quelle von Sepsis, einfache Diät mit Früchten und Vegetabilien, regelmäßige Darmentleerung durch Diät, Paraffin und Erziehung, jeden zweiten Tag Salzwasserklysmen unter niedrigem Druck. Massage ist streng verpönt. Im prädiverkulären Stadium kann diese Behandlung viel Nutzen schaffen, bei Divertikelbildung kann sie die Entstehung von Sterkolithen wahrscheinlich verhindern oder hinauszögern. Von 158 Kranken mit Diverkulosis aller Stadien klagten 87 über Symptome. Von 70 in obiger Weise Behandelten verschwanden die Symptome bei 52, besserten sich bei 13. Bei Divertikulitis: langdauernde Darmwaschungen, 90—180 g Olivenölklystiere, möglichst Vermeidung jeder Reizung durch Purgantien. Eine große Gefahr bildet der Darmverschluß, dessen Grad oft schwer erkennbar ist. Bei Fehlen ernster Symptome und richtiger Diagnose Rizinusöl und Klystiere nebst heißen Umschlägen. Bei starker Dilatation über der affizierten Partie Kolostomie. In den meisten Fällen, selbst bei wiederholtem Darmverschluß, läßt sich die Kolostomie für lange Jahre vermeiden. Nach der Kolostomie kann es zu einem gewissen Grade von Heilung kommen, der einen Verschluß des künstlichen Anus gestattet. Die schweren Komplikationen lassen sich bei dauernder, alle 6—12 Monate wiederholten Beobachtung und Behandlung gewöhnlich vermeiden.

Ein Fall von cor triloculare biatria. 10 Wochen altes Kind, starke Zyanose, weithin hörbares systolisches Geräusch, chronische Dyspepsie, Unterernährung. Exitus nach 6 Wochen. Bei der Autopsie erschien das Herz in Größe und Form auf den ersten Blick normal. Bei näherer Untersuchung erwies sich das nach der Lage für die Pulmonalis angesprochene Gefäß als Aorta; hinter ihr lag die Pulmonalis von etwa um ⅓ geringerem Umfang als die Aorta. Der ductus arteriosus war nicht offen, rechter und linker Vorhof, sowie die A. V.-Klappen normal. Es bestand nur ein einziger Ventrikel, aus dem Aorta und Pulmonalis entsprangen. Das interventrikuläre Septum fehlte. Seltsamerweise ist dies der zweite Fall von cor triloculare biatria, den Verfasserin innerhalb von 3 Jahren beschreiben konnte. Routal.

The Glasgow Medical Journal.

107. (Neue Reihe 25), Nr. 5. Mai 1927.

Gedenken zur Lister-Hundertjahrfeier.

107. (Neue Reihe 25), Nr. 6. Juni 1927.

Prostatakarzinom mit Knochenmetastasen. Bei einem 59 Jahre alten Patienten, der wegen typischer Prostatabeschwerden in die Klinik kam, aber außerdem über Schmerzen im Rücken und rechten Schenkel klagte, ergab die Röntgenuntersuchung einen überraschenden Befund von ausgedehnten Knochenmetastasen. Der Patient starb und die Sektion zeigte ein Prostatakarzinom, das in das Becken hineingewachsen war und sich bis zum Blasengrund erstreckte. Auch die Ureteren waren umwachsen. Einige Lymphknoten der Iliaca waren ebenfalls befallen. Man fand ferner beiderseits einen Pleuraerguß und ausgedehnte karzinomatöse Infiltrationen in der Lunge nahe der Pleuna. Die tieferen Lymphknoten besonders die des Hilus frei. Auch in den Rippen fanden sich Metastasen, außerdem in beiden Oberschenkelknochen. Keine Gehirmetastasen. Es handelte sich um ein Adenokarzinom. In den letzten 25 Jahren sind nur sechs Fälle von Prostatakarzinom im Bezirk dieser Klinik beobachtet.

Magenuntersuchungen bei Diabetikern. Unter 10 Fällen mit schwerem Dabetes hatten die vier schwersten eine vollständige Achylie. Vier andere zeigten erniedrigte Säurewerte, so daß in 80% hypazide Werte waren. Nach längerer Insulinmedikation hatte bei einem jugendlichen Diabetiker die Säuresekretion wieder eine zur Norm ansteigende Tendenz. Es wird neben der Insulinmedikation eine Verabreichung von verdünnter Salzsäure an Diabetiker mit Hypazidität empfohlen. In Fällen mit Glykosurie ohne Hyperglykämie ergaben die Magenuntersuchungen normale Befunde. Erich Wolffenstein, Berlin.

The Journal of Nervous and Mental Disease.

65., Nr. 1., Januar 1927.

Diplegia facialis bei Polyneuritis. In dem mitgeteilten Fall handelt es sich um eine infektiöse Polyneuritis, die zuerst und in schwerstem Grade die unteren Extremitäten betraf, Rumpf und obere Extremitäten ganz frei ließ und im weiteren Verlauf erst den einen, dann auch den anderen Fazialis betraf, so daß eine komplette doppelseitige Fazialislähmung vorlag. Völlige Heilung trat nach etwa ½ Jahr ein. Es wird darauf hingewiesen, daß bei derartigen Polyneuritiden die Beteiligung des Fazialis nichts Ungewöhnliches ist.

Malignes Hypernephrom mit Arteriosklerose bei Kindern. Bei dem 4 jährigen Kinde traten halbseitige Krämpfe mit Bewußtlosigkeit auf; es bestand sexuelle Frühreife und eine Blutdruckerhöhung auf

160 mm, sowie ein Hypernephrom, das operativ nicht zu entfernen war. Die Obduktion zeigte Intimawucherungen besonders der basalen Hirnarterien, sowie kleine Erweichungsherde in der Rinde.

65., Nr. 2., Februar 1927.

* Beziehungen zwischen Kleinhirngewicht und Total-Hirngewicht bei den Menschenrassen und einigen Tieren. C. U. Ariens Kappers.
* Verschluß der Art. cerebelli post. inf. George Wilson und N. W. Winkelman.
Vertigo und Todeswunsch. Ernest E. Hadley.
Anordnung der primären afferenten Zentren im menschlichen Hirnstamm (Fortsetzung). Walter Freeman.

Beziehungen zwischen Kleinhirngewicht und Total-Hirngewicht bei den Menschenrassen und einigen Tieren. Entgegen verschiedenen in der Literatur niedergelegten Beobachtungsresultaten wird durch subtile Untersuchungen nachgewiesen, daß das relative Kleinhirngewicht des Chinesen und Japaners von dem des Holländers kaum abweicht, allenfalls nur wenig geringer ist.

Verschluß der Art. cerebelli post. inf. Von den zwei mitgeteilten Fällen wurde nur der eine durch Autopsie verifiziert; dieser war luetischer Aetiologie und wies noch weitere Erweiterungsherde auf. In dem nur klinisch beobachteten Fall von rechtsseitigem Verschluß der Arterie begann die Erkrankung mit Hinterhauptkopfschmerz rechts, Unsicherheit der Beine, Schluckstörungen, Stimmbandschwäche und linksseitigen Parästhesien; die nach ¾ Jahren stattgehabte Untersuchung ergab: Zerebellaren Gang mit Neigung nach rechts zu fallen, geringe Adiadochokinese rechts, Rekurrensparese und Hornersche Trias rechts, keine Trigeminusstörungen, dagegen Hypalgesie und Temperaturhypäthesie der ganzen linken Körperhälfte mit Ausnahme des Kopfes. Der zweite Fall von linksseitigem Verschluß zeigte folgende Symptome: links Horner, Speichelfluß, leichte Fazialisparese, Abschwächung des Patellarreflexes sowie Hypalgesie und Temperaturhypästhesie im Trigeminusgebiet; rechts Babinski und gleiche Sensibiltätsstörung an Rumpf und Extremitäten; beiderseits geringe Ataxie, die Autopsie ergab den charakteristischen Herd im linken Bulbus und Corpus restiforme neben einigen anderen Erweichungsherden in den Pedunkeln. An dem ersten Fall war ungewöhnlich das Fehlen von Zeichen einer Läsion der absteigenden Trigeminuswurzel, die zu einer der Haupterscheinungen des behandelten Syndroms gehört; trotzdem ließen die Symptome von seiten der übrigen Hirnnerven die Diagnose des Verschlusses der Art. cerebelli post. inf. sicherstellen. W. Misch (Berlin).

La Riforma medica.

43., Nr. 19, 9. Mai 1927.

* Beitrag zur Pathogenese und Therapie des Megakolon in der ersten Kindheit. D. Maragliano.
Peritheliom des in einem Leistenbruchsack eingeklemmten Dünndarms. S. G. Giardina.
Serochromogene Reaktion der Syphilis. E. de Silvestri.
Die gonorrhoische Urethriti sdes Mannes. F. Sprecher.

Beitrag zur Pathogenese und Therapie des Megakolon in der ersten Kindheit. Der Darmkanal macht bekanntlich in seiner embryonalen Entwicklung 3 Stadien durch, ist in der 1. bis 5. Woche durchgängig, bis zur 10. Woche etwa, wenigstens in bestimmten Abschnitten, vollkommen verschlossen und erhält dann sein endgültiges Lumen. Wie man die Darmatresien durch einen Stillstand der Entwicklung gewisser Darmabschnitte erklärt hat, so glaubt Verf., die Entstehung des kongenitalen Megakolon durch eine Verzögerung der Entwicklung erklären zu können, in dem Sinne, daß der normalerweise temporäre Verschluß im untersten Darmteil bis zu einem späteren Monat des embryonalen Lebens bestehen bleibt, und daß es durch Stase des Mekonium zu einer Ektasie des Darmsegments oberhalb des verengten Teiles kommt. Das Kind wird dann zwar mit einem in allen Teilen durchgängigen Darm, aber mit ektatischem Kolon geboren. Verf. versucht naheliegende Einwände gegen diese Theorie a priori zu widerlegen. Interessanter sind jedoch seine Ausführungen über die Therapi edes Leidens in der ersten Kindheit, die er durch 3 ausführliche Krankengeschichten ergänzt. Es handelte sich bei den Kindern um chronischen, unvollkommenen Verschluß ohne Stenose zusammen mit einer sehr starken Dilatation des Sigma. Die häufigste, anatomisch angetroffene Störung ist eine Abknickung des Darmes, meistens am Uebergangspunkt von Sigma zum Rektum. Durch die winklige Abknickung des stark ektatischen Darmteils auf das untere Segment von viel geringerem Kaliber kommt es zu einer in das Darmlumen vorspringenden Falte, die wie eine Klappe funktioniert und Fäkes wie Gase zurückhält. In der ersten Lebenszeit haben die Kinder noch keine Ampulla recti, mit dem Finger kommt man, im Gegensatz zum Erwachsenen, bis zu 2 bis 3 und mehr Kubikzentimeter über den oberen Rand der Symphyse und also sicher in das Sigma. Untersuchungen in über 100 Fällen zeigten Verf., daß in den ersten Tagen zwar keine Ampulla recti, aber eine Ampulla des Sigma als Reservoir für Fäkes existiert. In ⅙ der Fälle konnte er bei sehr weiter Ampulle des Sigma beim Zurückziehen des Fingers ein von einer Falte herrührendes Hindernis der vorderen Wand fühlen, etwa 2 ccm über dem oberen Symphysenrand. Diese zweifellos aus mehreren Wandschichten bestehende Falte ist nicht mit der sog. Plica terminalis oder Recto romana identisch, die eine reine Schleimhautfalte ist. Die beschriebenen Falten, die bei relativ normaler Funktion vorkommen, erreichen natürlich niemals die Dimensionen jener in den 3 obigen Fällen von Megakolon vorkommenden Falten. Da man durch eine digitale Untersuchung häufig momentane Besserungen erreichte, und die sog, Goebellsche Valvolotomie wohl bei Schleimhautfalten anwendbar; aber die Falten, welche aus der ganzen Dicke der Darmwand bestehen, nicht frei von Gefahren ist, so versuchte Verf. durch eine digitale modellierende Depression des abgeknickten Darmteils den Sporn zu beseitigen. Unter dem kontinuierlichen Druck des Fingers ohne jede Gewaltanwendung gelang dies und die Wirkung auf anatomischen und funktionellen Befund war von Dauer. Digitaluntersuchung ist auch bei Neugeborenen vollkommen gefahrlos.

43., Nr. 20, 16. Mai 1927.

Ein ungewöhnlicher Fall von Anurie bei Nephrolithiasis. L. Quaranta.
Beitrag zum Studium der malignen Lymphogranulomatose. G. Millul.
Der kolloidale Schwefel in der symptomatischen Behandlung der malignen Magentumoren. G. M. Piccinini.
Störungen der sexuellen Funktion infolge Kongestion der Prostata. G. P. Castellino.

43., Nr. 21, 23. Mai 1927.

* Postoperative Tuberkulose. U. Baccarani.
Primäre thrombophlebitische Splenomegalie. V. Scimone.
Aetiologische und pathogenetische Betrachtungen über einige Fälle von primärer chronischer Arthritis deformans. N. Mangeri.
Einfluß der Malaria auf die körperliche Entwicklung. F. Negro.

Tuberkulose im Anschluß an Operationen. Am häufigsten sah Verf. postoperative Tuberkulose in Form von Entzündungen der serösen Häute, besonders der Pleura — diese Erkrankungen verlaufen meistens milde —, viel seltener als Tuberkulose des Lungenparenchyms. Bei einer anderen Gruppe von Kranken handelt es sich um das Wiederaufflackern eines klinisch erloschenen Prozesses. Der Faktoren, die dabei eine Rolle spielen, gibt es viele: Beschaffenheit und Menge des Anästhetikums, Dauer, Schwere und Sitz der Operation, Widerstandsfähigkeit des Kranken und vieles mehr. Verf. hat den Eindruck gewonnen, daß bei diesen Tuberkulosen sehr häufig eine Leberinsuffizienz vorliegt. Bekannt sind die Untersuchungen Fiessingers, daß die Leber eine beträchtliche Abwehrkraft gegen die Tuberkulose ausübt. Eine Stütze dieser Theorie ist es, daß bei Leberkranken, z. B. der Leberzirrhose, die Hautreaktion negativ zu sein pflegt. In den Fällen postoperativer tuberkulöser Komplikationen fehlt entweder die Hautreaktion vollständig oder ist nur angedeutet. Es ist nicht von der Hand zu weisen, daß der Mechanismus bei dem Wiederaufflackern der tuberkulösen Infektion in dem Mangel an Abwehrkräften seitens der Leber zu suchen ist und daher ratsam bei Kranken, bei denen ein Verdacht bezüglich der Lunge besteht, vor und nach der Operation eine reichliche Opotherapie mit Leber einzuleiten. Rontal.

Rivista Ospedaliera.

17., Nr. 5. Mai 1927.

* Die Milz bei spleno-hepatischen Erkrankungen. Alfredo Schiavone Panni.

Die Milz bei spleno-hepatischen Erkrankungen. Nach dem Stande unserer heutigen Kenntnisse kann man mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen, daß zwischen Leber und Milz ein höchst subtiler Mechanismus besteht, der funktionelle, physiologische und pathologische Synergien zwischen den beiden Organen schafft.

Die Elemente dieses Mechanismus, die Tragweite dieses Zusammenwirkens zwischen Leber und Milz sind noch nicht völlig bekannt. Indessen kennt man die Mittel, deren sich dieser Mechanismus bedient und die Manifestationen seiner Funktion. Mittel sind die Vena porta und der Retikulo-Endothelialapparat. Für die Aeußerungen der Funktionen haben wir Beweise: in den mechanischen Wirkungen der Stase, welche ein Organ mit seinen Zirkulationsstörungen im anderen hervorruft, in den Vorgängen der physiologischen und pathologischen Hämolyse und den damit verknüpften Krankheiten, im Eisen- im Lipoidstoffwechsel, im Determinismus einiger hepatischen Krankheitsprozesse (Banti, Splenohepatische Tuberkulose) und vielleicht auch auf dem Felde antitoxischer Funktionen und dem Austausch von Fermenten und Hormonen.

Soweit sind wir heut; aber die Fortsetzung dieser Studien wird – so darf man mit Sicherheit annehmen — noch weitere Früchte auf diesem Felde der menschlichen Pathologie tragen.

Held.

Il Policlinico, Sez. prat.

34., Nr. 22, 30. Mai 1927.

Die verschiedenen Typen des Meningococcus in der Prognose und Behandlung der epidemischen Zerebrospinalmeningitis. Trotz spezifischer Serumtherapie mit großen Mengen polyvalenten Serums kann die Mortalität der zerebrospinalen Meningitis, selbst bei leichten und früh intraspinal behandelten Fällen hohe Ziffern erreichen. Auch die intravenösen und die Injektionen in Zysterne und Ventrikel haben die Resultate wenig gebessert. Das polyvalente Serum erweist sich als ziemlich unbrauchbar. Die Mißerfolge können an die Virulenz der verschiedenen Stämme und ihre geringen Antigeneigenschaften bei der Herstellung des Heilserum gebunden sein. Ein monovalentes, dem Typus entsprechendes Serum wäre zweifellos geeigneter, wenn nicht die bisher klassifizierten 4 Stämme ungenügend wären. Unter 6 isolierten Stämmen bei 6 Krankheitsfällen konnte Verf. nur 4 auf bekannte Stämme zurückführen, 2 waren atypische Stämme.

34., Nr. 23, 6. Juni 1927.

Halsrippen. Verf. teilt die Halsrippen nach der Symptomatologie ein und unterscheidet 1. Formen, welche symtomenlos verlaufen — Beispiel einer 7. Rippe, die parallel der 1. normalen Rippe verlaufend mit ihr in ihrem mittleren Teil verschmilzt; 2. die größte Gruppe mit den nervösen Symptomen aller Arten — 2 Beispiele: eine 7. vollkommene, einseitige Rippe, die vorn mit dem Sternum in Verbindung ist, 2. beträchtlich hypertrophierte, verlängerte und verbreiterte schräg nach abwärts und außen gerichtete Proc. transversi; 3. der klinische Typus, bei dem ein- oder doppelseitiger Tumor die Hauptrolle spielt — Beispiel: rechts eine lange feine 7. Rippe, die sich mit dem mittleren Teil der 1. normalen Rippe vereinigt und links eine kurze dicke Rippe, die mit einem vom oberen inneren Schulterblattwinkel entspringenden Processus artikuliert. Bei dem 4. Typus herrschen die Gefäßsymptome vor (arterielle oder venöse Kompression). In einer 5. seltenen Gruppe findet man Symptome dunklerer Pathogenese, wie Anfälle von Asthma, Tachykardie, Brustschmerzen, Zwerchfellspasmen, Dysphagie, Augensymptome. Die Klassifizierung ist natürlich schematisch, viele Fälle zeigen eine Mischung von Symptomen verschiedener Gruppen. Zahlreiche Röntgenbilder.

34., Nr. 24, 13. Juni 1927.

Rontal.

La Pediatria.

Jg. 35, H. 10, 15. Mai 1927.

Nochmals über Konstitutionstypen und Konstitutionsanomalien im Kindesalter. Uebersicht und Definition der Diathesen, unter welchen Autor die exsudative, die lymphatische (mit dem Status thymicolymphaticus) neuroarthritische, neuropsychopathische, spasmophile und hämorrhagische Diathesen unterscheidet. Dann werden die lokalisierten Konstitutionsanomalien und zwar des Verdauungsapparates und Adnexdrüsen, des Nervensystems, des Urogenitalapparates, der hämatopoetischen Organe, des kardiovaskulären Apparates, des Respirationsapparates, der Haut und ihrer Adnexorgane, des Bewegungsapparates (Knochen, Gelenke, Muskulatur) und schließlich der Drüsen mit innerer Sekretion geschildert. In knappen 40 Seiten werden unsere derzeitigen Kenntnisse kurz und prägnant zusammengefaßt. Zu einem kurzen Referat eignet sich infolgedessen die Arbeit nicht.

Beitrag zur Kenntnis der akuten Osteomyelitis der Wirbel. Beschreibung eines Falles eines 8 Jahre alten Mädchens, das an hohem Fieber und Schmerzen der Lendenwirbelsäule erkrankt. Das Kind kommt rasch ad exitum; die Sektion ergibt eine Osteomyelitis des zweiten und dritten Lendenwirbelkörpers. Die Diagnose wurde intra vitam ermöglicht, durch die Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule, die zu einer muskulären Fixation derselben führte. Durch eine meningeale Reaktion wurden lanzinierende, ausstrahlende Schmerzen hervorgerufen, obwohl der Liquorbefund negativ war.

Hämatologische Untersuchungen an frühgeborenen Kindern. Das Blut frühgeborener Kinder ist in den ersten Lebenstagen sehr reich an Hämoglobin und roten Blutkörperchen; die Werte sind wesentlich höher als bei Normalgeborenen. Kernhaltige rote Blutkörperchen findet man in den ersten Lebenstagen oft in erheblicher Zahl. Die Zahl der weißen Blutkörperchen ist mäßig erhöht. Die Zahl der Neutrophilen ist in den ersten Lebenstagen relativ hoch, nimmt aber bis Ende der ersten, Anfang der zweiten Lebenswoche ab. Die Die Zahl der Eosinophilen ist in den ersten Lebenstagen ziemlich hoch, ohne mit der Ueberreife in Zusammenhang zu stehen. Myelozyten und Metamyelozyten werden im Gegensatz zu Normalgeborenen mit großer Regelmäßigkeit und in ziemlicher Zahl gefunden.

Eugen Stransky, Wien.

Jahrgang 35, Heft 11, 1. Juni 1927.

Die Komplementfixationsreaktion bei der Tuberkulose. Die Methodik entspricht der WaR. Das Antigen wird folgendermaßen bereitet: 10 cgr getrocknete, abgetötete und zerriebene Tuberkelbazillen werden in einer 20proz. Lösung von benzoësaurem Natrium aufgeschwemmt und drei Wochen unter häufigem Schütteln in Thermostaten von 60° gehalten; nachher werden die Bazillen durch Zentrifugieren entfernt und die Flüssigkeit zehnfach verdünnt. Bei 25 gesunden Neugeborenen und Säuglingen und 25 älteren tuberkelfreien Kindern war die Reaktion immer negativ. Die Komplementfixation bei der Tuberkulose hat mit der Komplementfixation bei Lues nichts zu tun. Bei klinisch aktiver Tuberkulose ist die Reaktion mit Ausnahme schwerer kachektischer Zustände immer positiv; bei latenten Infektionen (positive Kutanreaktion, keine klinischen Erscheinungen) immer negativ, bei abgeheilten Fällen ebenfalls negativ. Somit spricht eine negative Reaktion für die Inaktivität des tuberkulösen Prozesses.

Ueber einen Fall von Leberptose. Ein drei Jahre alter Knabe erkrankte acht Monate vor der Beobachtung an einem drei Tage lang dauernden Fieber von 39—40°, nachher war er an den Beinen gelähmt und hatte einen großen Bauch. Bei der Aufnahme konnte eine abgelaufene Heine-Malinsche Krankheit festgestellt werden, mit einem röntgenologisch feststellbaren Zwerchfelltiefstand und Verringerung der Zwerchfellbewegung rechts, der eine Leberptose zur Folge hatte. Die Leberdämpfung fehlte rechts an der normalen Stelle vollkommen, dagegen war der unter den Rippen tastbare Tumor der Form nach die Leber, die auch perkutorisch eine Dämpfung gab. Die Leberfunktionsproben ergaben keine Leberfunktionsstörungen.

Eugen Stransky, Wien.

Rivista di clinica pediatrica.

Jahrgang 25, Heft 5, Mai 1927.

Ueber das Butbild bei tuberkulösen Erkrankungen im Kindesalter. Die aktiven tuberkulösen Prozesse im Kindesalter gehen mit einer Neutrophilie und Linksverschiebung einher; letzte fehlt nur bei der Meningitis tuberculosa. Die Linksverschiebung geht meistens parallel mit der Schwere der Erkrankung, aber es gibt viele Ausnahmen von dieser Regel. Das kommt daher, daß bei der Meningitis und vielleicht auch anderen Prozessen, wo eine Neutrophilie vor-

handen ist oder eine Linksverschiebung fehlt, die Neutrophilen schwer, bis zur Zytolyse geschädigt sind. Da dadurch der Grad der Linksverschiebung nicht immer auf die Prognose schließen läßt, hält Autor das Verhalten der Eosinophilen (Fehlen oder Verringerung derselben ungünstig) viel wichtiger für die Prognose.

Myatonia congenita und fetale Muskeldystrophie. Nach kritischer Durchsicht der Literatur der Myatonia congenita kommt Autor zu dem Schluß, daß dieselbe eine viel seltenere Krankheit ist, als sie beschrieben wird. Die Krankheit ist charakterisiert durch eine weitgehende Besserung der Muskelschwäche. Das anatomische Substrat der Krankheit ist eine Hypoplasie des peripheren Neurons, sei es der Vorderhörner oder der Muskeln allein, oder beider zugleich. Von der Myatonia congenita führen fließende Uebergänge zur progressiven Muskelatrophie, deren rudimentäre, rückbildungsfähige Form die echte Myatonia darstellt. Die Mehrzahl der Fälle ist kongenital und progressiv. Diese Fälle betrachtet Autor nicht als Myatonia congenita (Oppenheim), sondern nennt sie fetale Muskeldystrophie, um sie von dem in dem extrauterinen Leben entstehenden progressiven Muskeldystrophien zu unterscheiden. Sie können myopathischen, myelopathischen oder gemischten Ursprungs sein. Autor schlägt für beide Krankheitsgruppen den Namen Dysplasia myelomuscularis infantilis (regressiva die erste Form, progressiva die zweite Form) vor.

Ist es immer notwendig, bei den im embryonalen Stadium entstandenen Nabelschnurbrüchen zu operieren? Nach kritischer Besprechung der Literatur werden drei Fälle mitgeteilt, in denen mittelgroße Nabelschnurbrüche durch tägliche Alkoholwaschungen und nachfolgendem sterilen Kompressionsverbänden zur Ausheilung gelangt sind; das Hernieintegument nekrotisierte steril, nachdem die Darmkonvolute in die Bauchhöhle reponiert wurde und wurde von einem Granulationsgewebe ersetzt, das später zu einer soliden Narbe wurde.

Die Organovakzinetherapie bei akuten Infektionen (vorläufige Mitteilung). Bei Infektionskrankheiten werden neben Vakzine zur Injektion auch Organextrakte derjenigen Organe verwendet, in denen sich die Krankheit hauptsächlich abspielt. So wird bei Typhus und Paratyphus ein Lymphdrüsenextrakt von gesunden Kälbern, dessen Zubereitung genau beschrieben wird, mit 24stündigen abgetöteten Bazillenkulturen versetzt und therapeutisch verwendet.

Eugen Stransky, Wien.

Paris Médical.

Nr. 15, 9. April 1927.

Arthrotyphus. Unter 236 Fällen 7, kommen hauptsächlich 3 Formen in Betracht: flüchtige, vorübergehende Gelenkschmerzen, eiterige Gelenkentzündungen, meist monoartikulär mit Vorliebe das Hüftgelenk betreffend und entweder in Ankylose oder Spontanluxation ausgehend und endlich unter der Form des akuten Gelenkrheumatismus. Dann am häufigsten im Höhepunkt der Krankheit, ausnahmsweise können sie sogar die erste objektive lokale Manifestation der Krankheit sein. Es handelt sich um einen 46 jährigen, der mit Müdigkeit, Schlaffheit, Kopfschmerzen, Nasenbluten und progressiver Temperatursteigerung erkrankte und allmählich Rötung und Schwellung der Knie, Fußgelenke, Schulter-, Hand- und Fingergelenke, der für Rheumatismus gehalten wurde und, wobei das Salicyl weder auf das Fieber, noch auf die Gelenkerscheinungen irgendeinen Einfluß ausübte. Bei seiner Aufnahme am 18 Tage im Spital waren die Gelenkmanifestationen, das Fieber und der typhoide Zustand das Charakteristische. Und zwar waren fast alle Gelenke befallen, lebhafte Schmerzen, geringe Beweglichkeit. Die Gelenkerscheinungen dauern an, Milzvergrößerung, das Fieber senkt sich nach der dritten Woche, um mit einer serösen Durchtränkung in der Parotisgegend, die als Abszeß imponierte, wieder aufzutreten und ein zweites Mal für einen Tag mit Gelenkschmerzen. Nach 8 Wochen Heilung. Widal positiv 1 : 50 und 1 : 100. Die Prognose ist ernst, von 9 Fällen endeten 3 tödlich, 2 durch Lungenkomplikationen, 1 durch vielfache Hämorrhagien aus Nase, Nieren, Intestina und wahrscheinlich auch Meningen. Man sieht also, daß die Eberthseptikämie aus Gründen, die wir noch nicht kennen, als erste klinisch objektive Lokalisation ebenso, wie in den Lungen, in der Pleura, in den Meningen oder in der Gallenblase auch in den Gelenken auftreten kann und in seltenen Fällen sogar als einzige Manifestation; es sind dies extraintestinale Formen des Typhus.

Seroflokulation durch Resorcin bei Tuberkulose. Die Reaktion geht nach Vernes vor sich, wenn man in Hämolyseröhrchen 0,6 ccm Serum (nicht erwärmt) und ebensoviel einer Resorcinlösung (1,25 : 100) bringt und die Opazität sofort durch Photometer bestimmt. Nach 4 Stunden Ruhe wird die 2. Bestimmung vorgenommen; die Differenz ist der photometrische Grad des Serums. Das Blut wird nüchtern durch Venenpunktion gewonnen, das Serum durch lange Zentrifugierung gewonnen, muß völlig klar sein. Die Erfahrungen von über 1000 Fällen sind folgende: 1. Bei den evolutiven Lungentuberkulosen findet man eine erhöhte Konstanz der erhöhten Flokulationen immer mehr als 30, am meisten mehr an 60 (bei 65%). 2. Bei den klinisch stabilen Formen oder den geheilten Tuberkulosen ist die Flokulation normal. 3. Bei den serofibrinösen Pleuritiden vermindert sich die Reaktion im Moment der Resorption, wenn nicht eine evolutive Lungenveränderung vorliegt. 4. Bei den äußeren chirurgischen Tuberkulosen bleibt die Reaktion hoch in der evolutiven Phase. 5. Bei Gesunden ist die Reaktion immer negativ. Bei anderen Affektionen als Tuberkulose ist die Reaktion meist negativ. Von 9 dieser Fälle waren 3 positiv bei Typhus, ferner bei Affektionen, die von Hauteruptionen begleitet sind, oder wo ein hämorrhagischer Faktor vorliegt. Diese Reaktion hat einen wirklichen diagnostischen Wert, und zwar gerade bei Fällen, wo die Entwicklung der tuberkulösen Veränderungen und ihre Intensität gewissermaßen wechselt mit der Intensität der toxiinfektiösen Erscheinungen, die diese Veränderungen begleiten. Man muß also in jedem Fall durch mehrere Untersuchungen die individuelle Kurve feststellen. Auch prognostisch.

Nr. 16, 16. April 1927.

Behandlung der malignen inoperablen Tumoren. Coley bringt seine schon 1913 auf dem Brüsseler Kongreß vorgebrachte Methode mit seinen weiteren Erfolgen in Erinnerung, die auf der klinischen Beobachtung beruhen, daß namentlich Sarkome unter dem Einfluß eines zufällig erworbenen Erysipels Besserung erfahren. Er setzt ihren bakteriellen Ursprung voraus, findet den durch neuere Forschungen, wenn auch nicht bewiesen, so doch sehr naheliegend und nimmt an, daß der Krebs durch einen pleiomorphen Organismus entstehe, der in gewissen Stadien die Form eines Streptokokkus annehmen kann. Die Wirkung des Erysipelorganismus sei dann die der Vakzine bei den verschiedenen Formen der Arthritis zu vergleichen. Der Tumor verschwindet rapid durch Resorption oder mit Abszeßbildung. Die Behandlung kann jahrelang fortgesetzt werden ohne Nachteil; je ausgesprochener die Reaktionen sind, Frost und Fieber, um so günstiger die Resultate. Bei Lymphosarkomen und Hodgkin muß man 6 Monate nach dem Verschwinden der Symptome mit der Behandlung fortfahren. Für einen Erwachsenen betragen die Dosen ½ Tropfen = 0,03 ccm in etwas frisch gekochtem Wasser verdünnt; für Kinder ⅛—¼ Tropfen. Jeden Tag um ½ Tropfen vermehrt; wenn nach 3—4 Tagen keine Temperaturerhöhung eintritt rapide Vermehrung um 1 Tropfen täglich. Nachdem die Temperatursteigerung eingetreten, 3 Injektionen pro Woche. Später mit Ruhepausen Fortsetzung noch Monate, nachdem der Tumor verschwunden. Diese Mischung von Erysipeltoxin und Bacillus prodigiosus wird im allgemeinen recht verschieden vertragen. Manche reagieren erst auf 15 Tropfen. Intramuskuläre Injektionen sind vorzuziehen. Gefahren entstehen lediglich dann, wenn man von den Vorschriften abweicht. Indikationen: bei den Sarkomen der langen Knochen rapide Wirkung in 3—4 Wochen; tritt sie nicht ein, Operation und jahrelange Anwendung der Toxine. Bei den Fällen mit Neubildung im Knochen ist der Erfolg auch mit Radium und Röntgen nicht berühmt.

Die Behandlung der malignen Tumoren mit Blei. Die liverpoolsche Schule, Blair Bell, besonders hat ihre Erfahrungen mit Blei 1924 veröffentlicht. Leitgedanke: das Pb hat eine toxische Wirkung auf die neoplastische Zelle, die identisch ist mit der Chorionzelle. Außerdem hat das Pb eine hemmende Wirkung auf die normale Zelle, hinsichtlich ihrer Entwicklung. Andere Forscher bestreiten allerdings diese spezifische Wirkung des Bleis, stellen sie jedenfalls nicht in dieselbe Linie, wie den As bei der Syphilis und das Chinin bei der Malaria. Anwendung intravenös. Und zwar eine auf elektrischem Wege hergestellte kolloidale Suspension: wenn man dem Wasser 2% Gelatine zufügt, soll sie haltbar bleiben. Neuere Forscher fügen noch nicht jonisiertes Hg zu (Coke und Cook). Außerdem muß 0,027% Ca Cl 2 und 2% Na Cl, 0,05% K Cl. Alle zehn Tage erst je 20 ccm, dann 15 ccm und so fort, bis 120 ccm injiziert sind. Nebenwirkungen: Anämie bis zu den Formen der

perniziösen, vorübergehende Albuminurie, Hämaturie; Kopfschmerzen, Frost, Erbrechen, Neusea von seiten der Leber, Koliken, Diarrhoe, Zahnfleischentzündungen. Im allgemeinen sind genaue Indikationen noch nicht gefunden; das Problem ist noch weit weg von der Lösung. Von 227 Kranken sind 31 voraussichtlich geheilt, bei 10 ist die Entwicklung des Tumors völlig aufgehalten. Aber es ist in der Statistik nicht unterschieden, was durch Blei allein oder in Verbindung mit Chirurgie oder Radiotherapie geheilt ist.

Nr. 19, 7. Mai 27.

Die Ernährungskrankheiten 1927. F. Rathery, R. Kourilsky.
Der Boden der Pathologie. G. Mouriquand und A. Leulier.
Rolle des Chlors bei den Erscheinungen der Ernährung. L. Ambard, F. Schmid.
* Grundstoffwechsel und Diabetes. L. Hedon.
Glutathion. Leon Binet.

Diabetes. Die Krankheit ist gegenwärtig häufiger und tödlicher. Besonders bei Frauen nach 40. Ueber die Fettsucht als Ursache herrscht noch verschiedene Ansicht. Nach einigen besonders häufig bei jüngeren und weniger nach 60. Besonders häufig bei Männern. Akut im Winter besonders. Nach anderen ist in 44% die Gallenblase erkrankt, während der sekundäre Diabetes nach akuter Pankreatitis selten ist. Zentrale Veränderungen im Pallidum, bulbopedunkuläre, zelluläre liegen meist vor. Häufig sind Augenstörungen, Netzhautlipämie mit sichtbaren Fettembolien; Heilung durch Insulin. Auch die Neuritis retrobulbäris, eine toxische Veränderung durch die Azidose, sich mit ihr bessernd. Von Gefäßstörungen ist zu nennen: Hypertension bei sympathizotnischen, nicht hypertendierten Diabetikern nach intravenöser Injektion von 1 ccm 1 : 100 000 Adrenalin und umgekehrt; Ca, Mg und Choleastearin in den verkalkten Gefäßwandungen; der kardiale Kollaps mit Blässe, Schweiß, Pulsbeschleunigung, zu unterscheiden von der Insulinhypoglykämie. Tendenz zu Oedemen. Ferner die lipolytischen und proteaolytischen Fermente des Prankreas sind vermindert. Veränderung der Gallenfunktion und der Elimination der Gallenpigmente. Das Xanthom ist eine lokale Cholesterinablagerung, keine Veränderung des Lipoidstoffwechsels. Interkurrente Affektionen: in dem Maß als Tuberkulose fortschreitet, vermindert sich die Glykosurie und die Azidose: in dem tuberkulösen Gewebe findet sich ein Parainsulin. Der Krebs gibt oft Anlaß zu tödlichen Blutungen aus verschiedenen Organen. Insulin hat keine günstige Wirkung auf den Verlauf des Krebses. In einem Fall kam es zu Avitaminose durch Restriktion der Diät; Besserung Vitamin A und B. Komplikationen: das Koma. Wichtig ist in der Prognose die Azotämie und des renalen Elementes. Nach einer über exakte Würdigung der Azotämie raschenden Besserung durch Insulin kann sich eine Azotämie mit Oligurie und Albuminurie und Zylindrurie entwickeln und der Tod unter dem Bilde einer akuten Nephritis eintreten. Azidose und Glykosurie kann unter Insulin verschwinden und der Tod durch Azotämie eintreten. Oft ist mit Azotämie eine Niereninsuffizienz verbunden. Also das Insulin modifiziert die Azotämie nicht. Auch die Rolle der Infektion ist wichtig: Insulin wirkt bedeutend weniger, wenn das Koma durch eine Infektion ausgelöst ist; aber die Infektion ist im Momente des Koma nicht immer deutlich. Sie ist die häufigste Todesursache bei Diabetes. Dann: die Unterdrückung des Insulin ruft Koma hervor. Die Veränderung des zuckerregulierenden Vermögens führt zu starken hyperglykämischen Entladungen, die die Reserven erschöpfen. Unter Gangrän faßt man vielfach tiefe und oberflächliche Infektionen, die sekundär brandig werden, aber in Wirklichkeit keine Gangrän sind. Am besten ist die Diathermie hier. Bei Operationen ist seit der Insulinanwendung eine Aenderung eingetreten: die Hauptgefahr ist nicht mehr der Diabetes, der durch Insulineinspritzungen vier Tage vorher neutralisiert werden kann, sondern die häufig begleitende Arteriosklerose. Aus der Mayoklinik: EZE kleine Operationen mit zwei Todesfällen und 304 schwere mit acht. Klinische Formen: wichtig sind die Insulinrefraktären, eine von vornherein oder plötzlich zu irgendeiner Zeit auftretende Resistenz, die sich in einer irreduktibeln Hyperglykämie zeigt. Manche Forscher suchen die Ursache in Hypertension und Hyperthyreoidismus, andere nehmen einen eigentlichen Diabetes nicht an. Beim kindlichen Diabetes ist die Hauptschwierigkeit, die Diät so zu regeln, daß nicht das Wachstum gefährdet wird. Insulinsensibilität und die Instabilität des Stoffwechsels spielen eine gewisse Rolle dabei. Nach Boyd ist das optimale Verhältnis Proteine Kohlehydrate und Fette wie 7:9:21 mit Mineralsalzen und Vitaminen. Beim renalen Diabetes entsteht durch parasitäre intestinale Infektion und durch enterogene Toxine eine diskrete Azidose, die die Zuckerelimination begünstigt. Nach anderen ist ein endokrin bedingter vagotonischer Boden die Hauptursache. Die Amerikaner halten die renale Form nicht für einen Vorläufer des richtigen Diabetes.

Aus der umfassenden Arbeit sei nur noch über die Wirkungsweise des Insulin erwähnt: der Diabetes ist eine Störung der Reaktionen, die bei der Desintegration der Kohlehydrate auftreten und die das Insulin reguliert. Oder das Insulin macht die sterbeochemische Struktur der Glukose angreifbar, was durch das Fehlen der inneren Pankreassekretion beim Diabetes eben nicht der Fall ist. Oder endlich beim Dabetes wird das Insulin schon von vornherein inaktiviert, was das zugeführte Insulin dann ausgleicht. Nichtdiabetische Hyperglykämien findet man bei Hautaffektionen, Rheumatismus, namentlich chronischen, bei Gefäßaffektionen und bei Hepatobiliären. Auch bei Magengeschwüren und bei der Hypertension der Fetten. Pathologisch findet man Hypoglykämie bei fiebernden Kindern (Konvulsionen, zyklisches Erbrechen). Die renale Azidose ist verschieden von der diabetischen die eine Azetonintoxikation ist; die operative Azidose ist Folge einer Senkung der Alkalireserve durch den Eingriff und einer zweimal größeren Exkretion der totalen organischen Säuren.

Nr. 20, 14. Mai 1927.

Neues merkurielles Diuretikum, 440 B. Mouquin, R. Giroux, S. Schmidl.
440 B bei Zirrhotikern. P. Carnot, Bariety, Boltanski.
Praktische Bedeutung des Bordet-Wassermann. G. Milian.
440 B ist ein Verwandter des Salyrgan von Meister Lucius, das eine Hg-Verbindung des Natriumsalicylallylamidoazetats ist. 440 B ist lediglich in wässeriger Lösung, Salyrgin in alkoholischer.

Nr. 21, 21. Mai 1927.

Leber, Pankreas und Milz 1927. Etienne Chabrol.
Cholezystogastrostomie. Bernard Cuneo.
Leberschwefel. Henry Flourin, A. Mathieu de Fossey.

Nr. 22, 28. Mai 1927.

Pathogenie des Erbrechens bei Schwangeren. Levy-Solal, Jean Dalsace, Cohrn-Solal.
Lokale Immunisierung bei gonorrhoischer Uretritis durch Antivirus. Barbilian, H. Voscoeoinic, Franke.
Anastomose der Vena mesenterica superior und der Vena cava bei Ascites. Krestowsky.

v. Schnizer.

Bruxelles Médical.

Nr. 30. 22. Mai 1927.

Reflex-Dyspepsien. A. Govaerts u. M. Cornil.
* Vorläufige Mitteilung zur penetrierenden Telecurietherapie. Max Cheval.
Degeneriertes Myom bei einer Nulliparen von 79 Jahren. R. Schockaert.

Vorläufige Mitteilung über die penetrierende Telecurietherapie. Es besteht die Möglichkeit, von außen her Tumoren im Inneren des Körpers mit hohen Dosen zu bestrahlen, vorausgesetzt, daß man die nötige Menge Radium besitzt, zweckmäßig filtriert und die Bestrahlung durch eine ausreichende Menge Blei (8 cm mindestens) lokalisiert, um jede Wirkung in einer anderen als der gewünschten Richtung zu vermeiden.

Befindet sich das Radium in der richtigen Entfernung von der Hautbedeckung, so gelingt es, lokalisierte Tumoren in verschiedenen Organen zum Verschwinden zu bringen. Es ist noch nicht an der Zeit, die Grenze zwischen den radiosensiblen und den radioresistenten Tumoren zu präzisieren. Das ist eine Arbeit, die der Zukunft vorbehalten bleibt.

Schon jetzt aber kann man mit Bestimmtheit sagen, daß der Organismus unter den obengenannten Bedingungen enorme Dosen ultrapenetrierender Strahlen verträgt, ohne Störung des Allgemeinbefindens, ohne Anämie, ohne Schädigung von Haut oder Schleimhaut und ohne Radionekrose. Diese Methode, die es gestattet, Tumoren und regionäre Lymphdrüsen gleichzeitig zu bestrahlen, scheint aktives und weniger angreifend zu sein als die Rocuthenbestrahlung. Normale Gewebe werden durch ultrapenetrierende Radiumstrahlen nicht verändert.

Held.

Nr. 31/32, 5. Juni 1927.

* Ovarien-Transplantation vom Affenweibchen auf die Frau. Latis Bey.
* Melanosarkom in der Höhle hinter dem Epiploon. R. Schockaert.

Ovarientransplantation vom Affenweibchen auf die Frau. Drüsentransplantate sind indiziert und erfolgreich bei Krankheiten, die von einer Insuffizienz der Hormone im Organismus herrühren, wie z. B. Wachstumsstillstand, Cretinismus, nervöse Störung, mehr oder weniger vorzeitige Sensilität. Für alle Fälle ist die Operation ungefährlich; man sollte sie deshalb auch da versuchen, wo die Aussicht auf Erfolg zweifelhaft ist. In dem hier vorliegenden Falle wurde ein Ovarientransplantat bei einer Frau von 30 Jahren ausgeführt, die seit 10 Jahren an Dementia praecox in paranoischer Form litt. Durch die Operation wurden die bis dahin ganz unregelmäßigen Menses regelmäßig, auch schwanden die Halluzinationen. Die geistige Verwirrung konnte nicht beseitigt werden, denn sie war an eine Organ-

schädigung degenerativen Ursprungs geknüpft: alkoholischer und syphilitischer Vater, neuropathische Mutter.

Melanosarkom in der Höhle hinter dem Epiploon. Bei einer 36jährigen Frau, die 15 Jahre zuvor eine Enukleation des rechten Auges durchgemacht hat, findet sich ein voluminöser Tumor, der bei äußerer Betastung dem r. Ovar anzugehören scheint. Nach Eröffnung der Bauchhöhle kommt ein violett bis schwärzliches zweilappiges Tumor von unregelmäßiger Oberfläche zum Vorschein, der mit einem daumendicken Stiel an die Wirbelsäule angeheftet ist. Metastasen im Douglas und in der linken Nierennische. Die histologische Diagnose lautet: Melanosarkom. 2. Mon. nach der Operation, die glatt verläuft, zeigt sich eine rotviolette Geschwulstbildung von harter Konsistenz in der Orbita des enukleierten Auges. Wahrscheinlich ist sie sarkomatischer Natur; Zeichen von Metastasenbildung in anderen Organen fehlen. Die Orbita wird zur Zeit mit Radium behandelt. Held.

Nr. 33, 11. Juni 1927.

Beitrag zum radiobiologischen Studium der Epitheliome des Collum uterinum durch Telekurietherapie. Kurven betr. Pyknosen, normale und atypische Mitosen. A. P. Dustin.

Nr. 34.

* Die Prüfung der Tonizität des Magens durch das Gastrotonometer von René Gaultier. Pierre Destrée.
Die Neurologie von 1925—26. Rodolphe Ley.
* Proteinkörpertherapie in der Dermatologie und anderen Domänen der Pathologie. V.-G. Brabant.

Die Prüfung der Tonizität des Magens durch das Gastronometer von René Gaultier. Der Apparat besteht aus einem metallischen Manometer, der mit einer kleinkalibrigen Magensonde und einem Gebläse von bekanntem Volumen verbunden ist. Ein Glastubus, der zwischen Sonde, Gebläse und Manometer eingeschaltet ist, dient der Aufnahme des Magensaftes. Vervollständigt wird der Apparat durch zwei Ventile, das eine zur Aspiration, das andere zur Insufflation. Nach Ansaugung des Magensafts überzeugt man sich, daß der Magen-Innendruck fast immer negativ ist und schreitet dann zur Aufblähung des Magens, die man sistiert, sobald der Patient einen gewissen Schmerz äußert. In diesem Augenblick liest man den im Magen herrschenden Druck ab. Der Apparat soll folgende Eigenschaften haben: 1. Man kann den Magensaft einer Probemahlzeit extrahieren, 2. den Magen aufblähen, so daß man Form, Lage, Ausdehnung erkennt, 3. die Magenkapazität bestimmen, dadurch, daß man weiß, wieviel Luft man eingeblasen hat, bis die Grenze der Dehnbarkeit erreicht ist, 4. den Grad der Zusammenziehbarkeit durch die Ausschläge der Manometernadel messen.

Die Proteintherapie in der Dermatologie und den anderen Domänen der Pathologie. Dosierung, Maß und Opportunität, das sind diejenigen Feststellungen, die jeder Proteintherapie und jeder wirksamen aspezifischen Therapie zugrunde gelegt werden müssen, gleichviel, um welches Präparat es sich handelt.

Die Dosierung hängt von der Natur des Produktes ab und von der Konstanz seiner Zusammensetzung, Maß und Opportunität von der Applikatur des behandelnden Arztes. So kommt es, daß ein und dasselbe Präparat oft diametral entgegengesetzte Wirkungen schafft. Ein Präparat, das nicht an eine bestimmte Dosierung gebunden ist, muß von vornherein als unwirksam gelten. Held.

Bulletin de la Soc. Franç. de Dermatologie et de Syph.

Nr. 5, Mai 1927.

* Progressive Paralyse und Malaria. Sézary, Barbé.
Picksche Erythromelie mit Leukokeratose der Zungen- und Wangenschleimhaut. Zimmern, Gougerot, Huet, Merklen.
Kreis- und bandförmiger Prurigo. Gougerot und Merklen.
* Kälteurtikaria. Gougerot, Peyre, Moutet, Bourdillon.
* Sclerodermie en plaques, sehr gebessert durch eine kombinierte Behandlung mit Ultraviolettstrahlen und Jodionisierung. Louste, Juster, David.
* Versuch einer Autodermotherapie mit Diathermokoagulation. Ravaut.
* Ein Bazillus der Hautgangrän. Milian, Delarue.
* Tuberkulöse submentale Drüsenerkrankung. Louste, Cahen, Vanbockstael.
* Schwere Lokalerscheinungen mit Tendenz zur Gangrän, hervorgerufen durch eine intramuskuläre Injektion eines unlöslichen Wismutsalzes. Louste, Cahen, Vanbockstael.
Phagedänische Ulzerationen am Penis. Louste, Cahen, Vanbockstael.
* Symmetrische Antipyrinausschläge bei einem Kranken mit Hyperhidrose. Lortat-Jacob, Legrain.
Untersuchungen über die Etiologie und die Behandlung der pigmentären Gesichtsröte. Juster.
Histologische Schnitte eines Tumors des Gesichts. Chatelier.
* Lupus condylomatosus der Zunge. Chatelier und Rigaud.
Sekundäre Aktinomykose der Bauchwand. Paul Vigne und Laurun.
Einfache Methode zum Nachweis der Syphilis auf Grund des Reduktionsvermögens des Serums. Gastou, Lemay.
* Intravenöses Pyrocatechin und Desensibilisierung gegenüber dem Licht. Lausion und Pecker.
* Anormale Form von Tuberkulose des Mundes. Jeanselme, Paul Lefèvre, Willemie.
Lichen planus und Radiumoberflächentherapie. Gouin und Bienvenue.
Umformung mancher Hautreaktionen in einem Lichen planus mit oder ohne Radiumtherapie. Gouin und Bienvenue.
* Heilung dreier Fälle von Lichen planus mit Tréparsol. Hufschmitt.
* Ueber die Wassermannsche Reaktion bei Lupus erythematosus mit großen Serummengen. Hedén.
Ueber die interdigitalen Affektionen mykotischen Ursprungs. Dubreuilh.
Rhabdomyom der Zunge bei einem Luetiker mit Leukoplazie. Roederer, A. Diss.
Vagabundenkrankheit und allgemeine Melanodermie. Peutrier, Lévy, Sloïmovici.
Adenoma sebaceum Typ Pringle. Pautrier, Roederer, Lévy.
Lichen planus, geheilt durch Bestrahlung des Rückenmarks. Hufschmitt.
Dermatitis chronica atrophicans im Anfangsstadium. Pautrier und Weill.
Dermatitis chronica atrophicans. Glasser, Ullmo.
Ulcus acutum vulvae. Roederer, Sloïmovici.
Resultate der Röntgentherapie bei einem rezidivierenden Herpes der Wange bei einem Mädchen. Roederer.
* Papulonekrotische Tuberkulide der oberen und unteren Gliedmaßen. Pautrier und Ullmo.
Fernresultate der Behandlung des Lichen planus mit Rückenmarksbestrahlung. Hufschmitt.
Granulosis rubra nasi. Dupont.
* Miliare Lupoide und Tuberkulide des Gesichts. Pautrier, Glasser.
Sclerodermie en bande der Stirne. Roederer.
Leichte exfoliative Dermatitis, entstanden nach 0,5 Tréparsol 5 Jahre nach einer Arsenobenzolerythrodermie. Boutelier.
Gruppierte gummöse syphilitische Ulzerationen der Leistenfalte. Pautrier, Ullmo.
* Besonders starke Nagelaffektion an den Händen und Füßen im Verlauf einer dekalvierenden Alopezie bei einem Tuberkulösen. Glasser, Sloïmovici.
Sclerodermie en bande des behaarten Kopfes. G. Lévy.
3 Fälle von submalleolärer Erythrozyanose. Pautrier, Lévy.
* Feststellung einer tiefen Nervenläsion mit tuberkuloidem Infiltrat in einem Fall von Dermatitis chronica atrophicans. Pautrier und Diss.

Progressive Paralyse und Malaria. Im Gegensatz zu der Wiener Schule sind die Autoren keineswegs davon überzeugt, daß eine Malariainfektion den Syphilitiker vor einer Erkrankung des Nervensystems und besonders vor der Paralyse zu schützen vermag. Es werden vier Krankengeschichten von Luetikern mitgeteilt, die alle zu verschiedenen Zeiten eine ausgiebige Malaria durchmachten. Einer von ihnen konnte sogar die Tertianaerkrankung 10 Jahre hindurch nicht los werden. Bei allen vieren ist es zum Ausbruch einer Paralyse gekommen. Die Malaria vermag auch andere luetische Nervenerkrankungen nicht zu verhindern, gleichgültig, ob sie vor oder nach der luetischen Infektion erworben wurde. Die Hypothese der Wiener Schule sei mithin falsch. Wenn man die guten Wirkungen der Malariabehandlung in manchen Fällen bereits bestehender Paralyse erklären will, so kann man sich jedenfalls nicht auf einen Antagonismus zwischen Spirochäten und Hämatozoen berufen. Dieser Meinung haben die Autoren schon vor einem Jahr Ausdruck gegeben.

Es erscheint mithin völlig überflüssig, die Luetiker den unbestreitbaren Gefahren einer präventiven Malariakur auszusetzen, wie es in Wien geschieht und wie man es in Frankreich vorgeschlagen hat. Die verbreitete Ansicht, daß die Seltenheit der Paralyse bei den Eingeborenen Afrikas auf die dort endemische Malaria zurückzuführen ist, ist nicht haltbar.

Kälteurtikaria. Infolge eines Kälteschocks kam es zu einer Senkung der Leukozyten von 9000 auf 1000, sowie zu einer übermäßigen Resistenz der roten Blutkörper als Abwehrreaktion vor, und verminderter Resistenz nach dem Kälteschock. Die hämolytischen Eigenschaften des Serums erhöhten sich um das Siebenfache.

Sclerodermie en plaques sehr gebessert durch eine kombinierte Behandlung mit Ultraviolettstrahlen und Jodionisierung. Die Affektion saß an der linken Wange und vergrößerte sich während eines halben Jahres, in welchem interne Opotherapie gegeben wurde. Sie war jetzt handtellergroß, von weißer Farbe, durchzogen von braunen und sehr harten Flecken. 11 Sitzungen mit der Quecksilberquarzlampe und folgende Ionisierung mit Jodkali brachten eine Verminderung der Verhärtung zustande, und die Farbe wurde wieder normaler.

Versuch einer Autodermotherapie mit Diathermokoagulation. Wenn man einem Kranken, der viele Warzen hat, eine zerstört, so verschwinden häufig die anderen von selbst. Man hat hier an Suggestion gedacht, wahrscheinlicher ist es aber, daß die Zerstörung einer Warze und ihrer Parasiten zu einer Antikörperbildung führt, die auf die anderen Elemente ihre Wirkung ausüben.

Bei der Lepra hat Autor ähnliche Vorgänge beobachtet. Nach Elektrokoagulation eines Herdes besserten sich die Nachbarherde von selbst. Darier sah ähnliches bei Nevokarzinomen. Autor bei tuberkulösen Läsionen.

Autor wollte nun bei Psoriasis versuchen, ob er nicht entsprechende Resultate erzielen könnte. Er stellt zwei Kranke vor,

die mit allgemeiner Psoriasis behaftet waren. In beiden Fällen zerstörte er einige Herde auf elektrischem Wege und will dann Ablassen und Verschwinden vieler anderer Elemente gesehen haben. Bei einem dritten Kranken konnte er nichts derartiges erzielen. Es handelt sich vielleicht um eine zytolytische oder bakteriologische Wirkung. Autor ist sich bewußt, daß seine Beobachtung noch nicht beweisend ist, will aber seine Gedankengänge weiter verfolgen und behandelt in derselben Weise die Hautaffektionen bei lymphatischer Leukämie und Mykosis fungoides. Auch hier sah er erhebliche Besserungen, es sei nicht ausgeschlossen, daß die Haut ein System darstellt, das eine ganz andere Rolle spielt, als man bisher geglaubt hat, und das imstande ist, der Ausgangspunkt für Behandlungsmethoden zu werden, deren Wirkung sich nicht nur auf die Läsion selbst, sondern auf die Haut im ganzen und sogar auf den Allgemeinzustand erstreckt. Alles, was wir bisher über Allergie, Hautanaphylaxie, über Intradermoinjektionen, über Ektodermosen und manche Infektionskrankheiten, wie Syphilis und Tuberkulose, wissen, deutet darauf hin, daß das Hautsystem eine viel größere Rolle in der Entwicklung unseres normalen und kranken Daseins spielt, als wir bisher gedacht haben. Die Dermatologie wird sich mit diesem Gedanken allmählich abzufinden haben.

Ravaut schlägt vor, diese Feststellungen unter dem Namen „Autodermotherapie" zusammenzufassen.

Ein Bazillus der Hautgangrän. Bei einer Kranken, die an Duhringscher Krankheit litt, isolierte man aus gangränösen Herden einen Bazillus. Es gelang durch ein besonderes Verfahren, ihn einem Kaninchen zu inokulieren und bei ihm eine ausgedehnte gangränöse Fläche zu erzeugen. Der Bazillus fand sich bei dem Tier wieder im kreisenden Blut. Die Autoren wollen dem Bazillus den Namen „Pasteurella gangrenae cutis" geben.

Tuberkulöse submentale Drüsenerkrankung. Ein 15jähriger Junge mit tuberkulöser Vorgeschichte bemerkte vor 2 Jahren unter dem Kinn eine weiche, schmerzlose, bewegliche Schwellung, die sich in der Heilstätte vergrößerte, dann weich wurde und zu einer Fistel führte. Eine Vernarbung dieser Fistel ließ sich nicht erzielen, vielmehr dehnte sie sich immer mehr auf die Nachbarschaft aus und führte schließlich zu einer Ulzeration, die immer mehr vegetierenden, hypertrophischen Charakter annahm und aus braunem Grunde auf Druck gelblichen Eiter entleeren ließ.

Das Eigenartige des Falles lag in der Extension einer subkutanen Drüsentuberkulose zu einer ulzerös-vegetierenden sekundären Form.

Schwere Lokalerscheinungen mit Tendenz zur Gangrän, hervorgerufen durch eine intramuskuläre Injektion eines unlöslichen Wismutsalzes. Der Kranke hatte seine wöchentliche Quinbyinjektion bekommen und war kaum 100 Meter gegangen, als er plötzlich einen furchtbaren Schmerz an der Injektionsstelle und Schwere im ganzen rechten Bein fühlte. Da die geringste Bewegung unmöglich war, mußte er anch Hause transportiert werden, die rechte Glutealgegend war ganz schwarz-violett verfärbt bis zur rechten Seite des Skrotums und des Penis. Die Verfärbung an den Genitalorganen hielt nur zwei Tage an, sie blieb aber an der Oberschenkelgegend bestehen. Diese war geschwollen, schmerzhaft und gespannt. Violette Züge bildeten ein zusammenhängendes Netz mit landkartenartiger Zeichnung, Inseln von Purpurfarbe, die schließlich kupferähnlich wurde. Eine Gangrän schien bevorzustehen. Subjektiv bestand ein dumpfes Gefühl, Empfindung von Hitze in der Tiefe, Schwere im Bein, Ameisenlaufen, fast völlige funktionelle Unfähigkeit.

Sézary teilt noch zwei Fälle mit, die beide durch das Jodchininwismutpräparat veranlaßt waren, ohne Zweifel handelt es sich um die Folgen einer intraarteriellen Injektion. Er schlägt vor, die in die Tiefe versenkte Nadel erst ein wenig zurückzuziehen, womit eine Injektion in die Arterie sicher vermieden wird, dann zu aspirieren und zu injizieren.

Symmetrische Antipyrinausschläge bei einem Kranken mit Hyperhidrose. Einem Kranken war wegen starken Schwitzens der Hände und Füße eine Antipyrinsalbe verordnet worden. 48 Stunden nach der Applikation zeigte der Kranke folgendes Bild: Ein pigmentiertes Erythem von seltener Symmetrie bedeckte sämtliche Gelenkfalten, Achselhöhlen, Ellenbogenbeugen, Leistenfalten, Kniekehlen in Form breiter Scheiben. Hier bestand eine mächtige Exsudation. Auch die Palmar- und Dorsalfläche der Hände und Füße war ergriffen, alle Stellen, die einem Druck ausgesetzt waren, (Schnürsenkel, Hosenträger), waren besonders auffallend verfärbt, als ob der Druck den Ausschlag begünstigt hätte.

Das Ganze ist der Resorption von Antipyrin zuzuschreiben, und ruft die Erinnerung wach, daß dies Medikament durch den Schweiß ausgeschieden wird.

Lupus condylomatosus der Zunge. Der Lupus der Zunge ist eine seltene Affektion. Gewöhnlich sitzt er an der Basis, selten nimmt er die ganze Zunge oder ihren vorderen Teil ein. Fast stets sind Epiglottis und Larynx mitergriffen, und zwar handelt es sich dann entweder um Ulzerationen oder um mehr oder minder zahlreiche Knotenbildungen, die das Aussehen von Warzen oder Condylomen annehmen, die durch sekundäre Lappung voneinander getrennt sind. Kürettierung ist unmöglich. Die Herde sind fast schmerzlos.

Ein diesbezüglicher Fall bei einem 30jährigen Manne zeigte seit einem halben Jahre eine hartnäckige Dysphonie. Die Zunge war in ihrem hinteren Teil bis zur Epiglottis ergriffen und zeigte eine Reihe einander naheliegender, aber durch tiefe Furchen getrennter warzenartiger Erhebungen, die zu einer kondylomatösen Masse von 3—4 mm wurde. Die Aehnlichkeit mit syphilitischen Papeln war so groß, daß ein bekannter Dermatologe die Diagnose Syphilis stellte. Wa. und Trübungsreaktionen waren negativ. Dreimal 0,45 Novarsenobenzol brachte keine Aenderung der Erscheinungen und Reaktionen.

Die histologische Untersuchung brachte volle Aufklärung. An der Zunge zeigte sich eine enorme Acanthose, Leucoplacie und tuberkulöse Knötchen, ein ähnliches Bild ergab auch die Biopsie von Material am Larynx.

Besonders wichtig ist die große Aehnlichkeit der Affektion mit syphilitischen, hypertrophischen Papeln, nur die dauernde Negativität der serologischen Reaktionen, die Unwirksamkeit der spezifischen Behandlung und die histologische Untersuchung ermöglichten die Diagnose.

Intravenöses Pyrocatechin und Desensibilisierung gegenüber dem Licht. Die bekannte Tatsache, daß intravenös gegebenes Acridin ein Lichterythem begünstigt, ist jetzt bei der Gonacrintherapie der Gonorrhoe besonders aktuell geworden. Die Einnahme von Resorcin, Metadiphenol, 0,25 g eine viertel Stunde vor der Gonacrininjektion genügte, das Erythem zu verhindern. Resorcin hat aber unangenehme Nebenwirkungen, Verdauungsstörungen oder Ekzeme, so daß man Anstrengungen gemacht hat, dem Resorcin eine Form zu geben, die diese Nebenwirkungen nicht provoziert.

Die Autoren haben nun eine andere Diphenolverbindung, das Orthodiphenol, verwandt und in wässriger Lösung 1 auf 200 mit 1—5 ccm Gonacrin in 2%iger Lösung gemischt. Diese Mischung wurde alle zwei Tage intravenös gegeben. Die Verträglichkeit war ausgezeichnet, von 50 Kranken bekamen nur drei ein leichtes Lichterythem, während an den gleichen Tagen von 20 mit reinem Gonacrin behandelten 11 ein Lichterythem bekamen. Die Autoren suchten auch die Dosis minimal festzustellen, die grade ausreicht, die sensibilisierende Wirkung einer bestimmten Menge Gonacrin aufzuheben. Es genügt 1 mgr pro ccm einer Lösung $^1/_{50}$ um die Erythem, das durch Bestrahlung von 10 Minuten in 60 cm Entfernung mit einer Quarzlampe von 220 Volt und 7,5 Ampere entstehen würde, zu verhindern. Infolge dieser Beobachtungen wird jetzt das Pyrocatechin zur Desensibilisierung bei Lichtkrankheiten verwendet, auch fügen die Autoren es stets dem Gonakrin bei der Gonorrhoebehandlung hinzu. Ein Hauptvorzug des Mittels ist seine Wasserlöslichkeit.

Anormale Form von Tuberkulose des Mundes. Bei einem 29-jährigen sehr kräftigen Russen besteht seit einem halben Jahre eine Affektion an der Innenfläche der linken Wange. Hier findet sie starke Volumenzunahme, Fluktuation, ohne Entzündungserscheinungen oder Empfindlichkeit. Die sehr harte Schwellung zieht sich parallel dem horizontalen Zweige des Unterkiefers hin von der Lippenkommissur bis zum Winkel der Mandibula. Die Unterlippe ist etwas stärker gerötet und zeigt Krustenbildung und Volumenzunahme. Die regionären Drüsen sind etwas geschwollen. Beim Oeffnen des Mundes wird eine Erosion an der Unterlippe sichtbar, sie blutet leicht und schmerzt beim Genuß von Salz und Essig. Unter dieser Läsion sitzt eine bretterharte Schwellung. Eine weitere Läsion zieht von der Unterlippe zur Kommissur.

Der Kranke hat in den letzten Monaten viel an Gewicht verloren, zeigt eine leichte Dämpfung an der linken Spitze, inspiratorisches Rasseln, ausgedehnte Verdichtung und Erweichung mit Substanzverlust. Kochsche Bazillen finden sich im Auswurf.

Das histologische Präparat erweist sich als Ulcus tuberculosum der Unterlippe, mit isolierten und konglomerierten tuberkulösen Follikeln, die zebrale Riesenzellen, Epithelioidzellen und Lymphocyten enthalten.

Eigenartig ist die atypische Härte der Affektion, die Ausdehnung des Infiltrates und im Gegensatz dazu die Unwichtigkeit der Ulzerationen und ihre Schmerzlosigkeit.

Heilung dreier Fälle von Lichen planus mit Treparsol. Die fünfwertigen Arsenpräparate haben eine sehr günstige Wirkung auf diese hartnäckige Hautkrankheit. Das Azetylarsan ist dafür bereits bekannt. Das bequemere weil per os zu nehmende Treparsol wirkt ebenso. Drei Fälle heilten in 5—8 Wochen. Auch ein Lichen corneus hypertrophicus ist bisher so gebessert, daß er wohl geheilt werden wird. Der Autor ist davon überzeugt, daß auch das Stovarsol identisch wirkt. Möglicherweise hat die Krankheit eine parasitäre Ursache.

Ueber die Wassermannsche Reaktion mit großen Serummengen bei Lupus erythematosus. Die eigenartige Tatsache, daß sich unter den Erythemathosuskranken viele mit positiver W. befinden, hat seit 1913, nachdem Ravaut die ersten diesbezüglichen Untersuchungen veröffentlichte, die Forschung nicht zur Ruhe kommen lassen. Seine Befunde wurden häufig bestätigt zuletzt auf dem Dermatologenkongreß 1926 in Brüssel. Jetzt veröffentlichen Schaumann und Hedén ihre Arbeiten aus dem Stockholmer Laboratorium. Das Neue an ihrer Untersuchung ist, daß sie sich größerer Serummengen bedient haben, um die Menge der Antikörper in deren Gegenwart sich die Reaktion vollzieht, zu erhöhen. Die gewöhnlich zur Verwendung kommende Menge von 0,2 ccm Serum, wurde von ihnen verdoppelt oder verdreifacht.

Sie untersuchten 44 Fälle, zunächst mit der üblichen Serummenge von 0,2 ccm. Hierbei erhielten sie stets einen negativen Wa. Bei Erhöhung auf 0,4 ccm waren bereits 13 Fälle positiv, mit 0,6 ccm sogar 17. So ergab sich also ein Prozentsatz von etwa ein Drittel und mehr mit der erhöhten Serummenge, während mit der gewöhnlich geübten Methode alle Kranken negativ zu sein schienen.

Es stellte sich bald heraus, daß es sich hier um eine ausschließlich dem Serum der Erythematodeskranken eigene Besonderheit ist, denn eine Serie von 50 Kontrollfällen anderer Art, verschiedene Formen der Hauttuberkulose und andere Hautkrankheiten, war vollständig negativ, bis auf ein paar wohl zu vernachlässigende Ausnahmen.

Selbstverständlich wurde der Grad der Hämolyse bei den Erythematodeskranken wiederholt kontrolliert, viermal war er konstand, zweimal war er etwas labil, so daß sich eine negative Reaktion zwischen zwei positive einschlich.

Ein weiterer Vergleich wurde mit 15 latenten Luetikern, die mit der gewöhnlichen Methode Wa. negativ waren, angestellt. Etwa die Hälfte wurde mit der erhöhten Serummenge teilweise positiv.

Zur Aufklärung dieses Phänomens wurden eine Reihe von Untersuchungen angestellt, der Allgemeinzustand der positiven Fälle und ihre Serumreaktion wurde dauernd beobachtet, der Einfluß von Neosalvarsan auf diese Serumreaktion wurde geprüft, die therapeutischen Resultate der spezifischen Behandlung, die Sachs-Georgischen und Luetinreaktion angestellt, der Liquor untersucht.

Es ist den Autoren leider nicht gelungen, aus diesen Untersuchungen eine Stütze zu gewinnen, mit deren Hilfe sie die Frage hätten slöen können, ob der teilweise positive Wassermann ihrer Fälle einen spezifischen oder nichtspezifischen Ursprung hat. Vorläufig scheint es ihnen nicht annehmbar, daß wirklich die Syphilis in einem so hohen Prozentsatz eine Rolle spielen sollte.

Papulonekrotische Tuberkulide der oberen und unteren Gliedmaßen. Bei der 15jährigen Kranken waren die obenstehenden Affektionen klinisch deutlich ausgeprägt, der Meerschweinchenversuch fiel positiv aus. Schwierigkeiten machte die Einreihung der ulkerösen Läsionen an den Beinen. Das ulkerierte Erythema enduratum war auszuschließen, da subvutane Knoten fehlten. Auch war die Größe der Ulkerationen derartig, daß man nicht von papula-necrotischen Tuberkuliden sprechen konnte. Der Autor nennt die Affektion also „ulkeröse Tuberkuliden" .Die Kranke zeigte noch andere Symptome von Tuberkulose und eine Intradermoreaktion mit einem Tropfen Tuberkulin führte er eine heftige Allgemeinreaktion herbei, während lokal eine Reaktion von Fünffrankstückgrößn, mit Schwellung und Infiltration auftrat und mehr als drei Wochen anhielt. Die Temperatur ist 40,1 und die Kranke bleibt drei Tage hindurch unbeweglich, dazu kommt eine heftige Drüsenreaktion und Volumenzunahme der Halsdrüsen bis zur Erschwerung der Atmung. An den Herden tritt gleichfalls eine sehr lebhafte Reaktion auf. Schließlich hatte diese irrtümlich angestellte Tuberkulinprobe eine gute Wirkung, denn die Tuberkulide heilte überraschend und sind jetzt fast vernarbt.

Miliare Lupoide und Tuberkuloide des Gesichts. Bei der 30jährigen Kranken fanden sich außer den typischen miliaren Lupoiden auch größere Elemente, die Kirschkerngröße hatten, rosarot waren, vorsprangen, und auf einer tiefen subakuten Infiltration saßen. Diese Läsionen erinnerten an Gummen, histologisch bestanden sie aus einem fibrinösem Netz mit vielen Polynukleären im Zentrum, während die Peripherie aus einer dicken Lage Epitheloidzellen mit Riesenzellen und Plasmozyten bestand. Ein mit diesem Material geimpftes Meerschweinchen starb nach 6 Wochen mit einer großen Inokulationsläsion und 2 kleinen Leistdrüsen.

Besonders starke Nagelaffektionen an den Händen und Füßen im Verlauf einer dekalvierenden Alopezie bei einem Tuberkulösen. Die Beziehungen zwischen Alopecia areata oder totalis zu Nagelerkrankungen sind schon lange bekannt, möglicherweise haben sie den gleichen Ursprung. Bei einem 45jährigen Manne, der seit 29 Jahren an der Haarerkrankung litt, tritt plötzlich eine Alopecia totalis auf, gleichzeitig erscheinen zuerst an den Händen, dann an den Füßen, außerordentlich hervortretende Nagelläsionen, die progressiv zum Nagelausfall führen. An Stelle der Nägel sieht man jetzt eine unregelmäßig verhornte, reich fissurierte, zerbrechliche Substanz. Der Autor spricht von „Pelade" der Nägel, die die alte Beobachtungen bestätigt, daß die mit Nagelerkrankungen einhergehenden Alopecieformen besonders schwer sind. Daß letztere nicht nur eine einfache Erkrankung der Kopfhaut, sondern eine Allgemeinerkrankung ist, ist hiermit aufs neue bewiesen. Der vorgestellte Fall wird noch dadurch kompliziert, daß er früher eine Lungentuberkulose durchgemacht hat, und daß sich möglicherweise Beziehungen zwischen der tuberkulösen Infektion und der Alopezie konstruieren ließen.

Pautrier verwendet für diese Fälle systematische Schwefelölinjektionen mit gutem Erfolge.

Feststellung einer tiefen Nervenläsion mit tuberkuloidem Infiltrat in einem Fall von Dermatitis chronica atrophicans. Da wir von der Ursache der Dermatitis chronica atrophicans so gut wie nichts wissen, ist folgender Zufallsbefund vielleicht von Bedeutung. Die Autoren machten am Ellbogen entgegen der sonstigen Gewohnheit eine tiefe Biopsie und fanden außer den üblichen erwarteten histologischen Merkmalen der Dermatitis chronica atrophicans in der Tiefe ein dichtes Infiltrat um den Nerven herum, daß sich aus Riesenzellen vom Typ Langerhans, aus Epitheloidzellen und einer breiten Zone peripherer Leukozyten zusammensetzte. Der Nerv selbst war sklerosiert, die Schwannschen Zellen an Zahl vermehrt, und es fanden sich Fragmente von Neurokeratin, mithin erhebliche Veränderungen eines Nerven, der ein Hautgebiet versorgte, das an Dermatitis chronica atrophicans erkrankt war.

Außerdem fand sich noch ein tuberkuloides Infiltrat, in dem sich aber keine Bazillen nachweisen ließen.

Eine ätiologische Schlußfolgerung zu ziehen, lehnen die Autoren wegen der Seltenheit der Beobachtung ab, sie wünschen aber, daß zur weiteren Klärung in Zukunft stets möglichst tiefe Biopsien gemacht werden, denn es ist möglich, daß bei oberflächlichen Entnahmen ähnliche Befunde übersehen worden sind.

Kurt Heymann, Berlin.

The Journal of the American Medical Association, Chicago.

88., Nr. 19, 7. Mai 1927.

Ursache des Wachstums von Sarkoiden oder Oeltumoren. In früheren Arbeiten hatten Verff. gezeigt, daß ein wesentlicher Faktor für die Wirkung von Teer, Petroleum, tierischen und vegetabilischen Oelen bei Tieren die kongenitale oder erworbene Unterernährung ist, und daß der durch jene erzeugte hyaline und typische präkanzeröse Zustand und die allgemeine Kachexie durch Fütterung mit einer an Vitamin A hochwertigen Diät verhindert, durch eine Vitamin A arme Diät befördert werden konnten. Die gleichen präkanzerösen Veränderungen bei Tieren und Menschen können auch durch Röntgenbestrahlung erzeugt und auch hier durch eine Vitamin A reiche Diät verhindert werden. Mit Hinsicht auf diese Forschungen ist der folgende Fall interessant. Die sehr intelligente, biologisch geschulte Patientin litt an einer chronischen Nephritis und hatte seit 11 Jahren am unteren Ende der Deltoideusscheide einen kleinen stets unveränderten, erbsengroßen Tumor. Auf eigene Faust begann sie die Karellsche salzarme Diät, welche die Nierensymptome besserte. Nach 3 Wochen schwoll der Tumor bis zu Walnußgröße an, wurde schmerzvoll und rot. Unter einer ihr angeratenen Vitamin A reichen Diät ging der Tumor innerhalb 10 Tagen wieder bis zur früheren Größe zurück, wurde schmerzlos und der Arm wieder wie früher brauchbar. Verff. entfernten den Tumor von etwa 5 mm Durchmesser und 3 benachbarte noch kleinere Tumoren, die genau den experimentell bei Tieren erzeugten Oeltumoren glichen.

Lokalanästhesie des Plexus brachialis. Bericht über 105 mit der Kulenkampffschen Methode angeführte Operationen an den oberen Extremitäten. Verff. treten warm für diese in Amerika fast un-

eachtet gebliebene Methode der Anästhesierung ein. Sie wählten en supraklavikulären Weg, injizieren 30 ccm einer 2% Prokainösung unter die tiefe Zervikalfascie, ohne jeden Versuch, zuvor Parästhesien zu erzeugen. Die Vorteile liegen auf der Hand, der Nachteile gibt es nur wenige. In nur 2% der Fälle kamen Komlikationen vor. Dieselben waren leichter und vorübergehender Natur, nicht ernster, als die jeder anderen Anästhesie-Methode anaftenden Nebenwirkungen. Unumgänglich notwendig sind gewisse Vorsichtsmaßregeln. Es ist zweckmäßig, vorher Narkotika zu eben, dringend erforderlich, eine Läsion der Nervenstämme zu ermeiden, die Operation erst nach voller anästhetischer Wirkung 5—30 Minuten Dauer) zu beginnen und erwünscht, den Patienten in Ruhelage unter Beobachtung zu halten, bis jede Wirkung vorbei ist. Bei solchem Vorgehen ist es möglich, in 97 % Operationen erfolgreich hne jedes andere Anästhetikum auszuführen.

Hautreaktionen mit Kulturfiltraten eines Kochschen Tuberkelazillenstammes, der in Longs synthetischem Nährboden gewachsen st. Der Longsche Nährboden besteht aus Asparagin, Ammoniumitrat aa 5, phosphorsaurem Kali, kohlensaurem Natron aa 3, Na Cl 2, Magnesiumsulfat 1, zitronensaurem Eisenoxyd-Ammonium 0,05, Glyzerin 50, Wasser 1000 ccm. Zur intrakutanen Injektion wurde ,1 ccm eines Kerzenfiltrats 1:50 des auf dem Longschen Nährboden ewachsenen Kochschen Bazillenstammes verwandt. Die Entwicklung iner Reaktion bei nahezu allen anscheinend normalen Erwachsenen nd das Fehlen jeder Reaktion bei tuberkulösen Personen beweisen, aß eine von Tuberkulin verschiedene Substanz erzeugt wird. In Gegenwart eines aktiven tuberkulösen Herdes wird wahrscheinlich genügend Antisubstanz ausgearbeitet, um das toxische Prinzip zu eutralisieren. Aehnliche Resultate gaben die Filtrate von Kulturen weier anderer auf Longschem Nährboden gewachsenen Tuberkelbazillenstämme, eines menschlichen und eines Rinderstammes.

Die Bedeutung der Kahnprobe. Auf Grund einer 15monatigen, großen Erfahrung mit der Kahnprobe kommt Verf. zu dem Schluß, daß mit der zunehmenden Stärke der Reaktion die Wahrscheinlicheitsdiagnose einer Syphilis wächst, daß aber diese Wahrscheinchkeit nur auf statistischen Erfahrungen mit einer rein empirischen Methode beruht und daher nie zu absoluter Sicherheit führen kann. Die Resultate haben daher auch nie absolute diagnostische Bedeutung. Die Methode kann nur zweierlei leisten, bei Kranken, die nie im Verdacht der Syphilis standen, die Möglichkeit der Erkrankung ahezulegen und zu sorgfältiger klinischer Untersuchung zu veranlassen und frühere Diagnose oder Verdacht auf Syphilis durch ein eues bestätigendes Zeichen zu ergänzen. Diese Beschränkung der Bedeutung serologischer Resultate gilt aber gleichzeitig in wechselnem Grade auch für alle verschiedenen Arten der WaR. Die Kahnprobe hat nur den Vorzug großer technischer Einfachheit und der Aussicht, zu gleichförmigeren Resultaten zu führen.

Die Heilbarkeit der Darmtuberkulose. Es ist über jeden Zweifel erwiesen, daß Darmtuberkulose vollkommen heilen kann, selbst in Fällen, wo die Lungentuberkulose fortschreitet oder tödlich endet. Bei fünf an Lungentuberkulose gestorbenen Patienten wurde der Beweis der Heilung einer Darmtuberkulose erbracht. Von 360 mit ltraviolettem Licht bestrahlten Kranken, von denen 119 starben, blieben 18 % ungebessert, 33 % erfuhren leichte, 25 % erhebliche Besserung, und 24 % (86 Kranke) wurden vollkommen von ihrer ekundären Darmtuberkulose geheilt. Ulzeröse tuberkulöse Kolitis läßt sich mit Sicherheit röntgenologisch diagnostizieren. Die Seltenheit der Rezidive und der pathologisch-anatomische Augenschein beweisen die Heilbarkeit der gefürchteten Komplikation. Die Behandung bestand stets in intensiver ultravioletter Bestrahlung, die noch monatelang fortgesetzt wurde, nachdem das Röngenbild wieder normale Befunde zeigte und oft 10 Monate und länger dauerte. Daneben wurden hier und da andere Methoden Chlorkalzium (5 ccm iner 5 % Lösung 1—2mal wöchentlich intravenös), Acidophilusmilch, ntraperitoneale O-Inzektion, auch chirurgische Methoden angewandt, aber keine kam der Behandlung mit ultravioletten Strahlen an Wert gleich.

Behandlung eines Falles strumipriver Tetanie mit Parathyreoidextrakt. Das Vorkommen strumipriver Tetanie ist selten, aber selbst die ersten Kliniken berichten über einen Fall unter 1000 Schilddrüsenoperationen. Die Literatur bringt bisher 2 Fälle, in welchen Parathyreoidextrakt eine günstige Wirkung gezeigt haben soll. Daß diese Behandlung nicht immer verläßlich und einfach ist, beweist ein 3½ Monate lang beobachteter Fall strumipriver Tetanie. Eine kalkreiche Diät blieb erfolglos, große Dosen Kalziumlaktat (5 g alle 4 Stunden) brachten geringen Nutzen, doch waren die Schwankungen des Serumkalks zu groß. Parathyreoidextrakt subkutan in großen Dosen von 20 bis 130 Einheiten täglich hatte wenig Einfluß auf die Erkrankung und nur in Dosen von 130 Einheiten eine günstige Reaktion des Serumkalks zur Folge, wenn er durch innerliche Schilddrüsentherapie ergänzt wurde. Trockensubstanz der Nebenschilddrüse hatte selbst in den enormen Dosen von 3 g täglich (d. i. 166mal mehr als die gewöhnlich empfohlene Dosis) nicht die geringste Wirkung auf den Serumkalk, auch nicht bei gleichzeitiger Schilddrüsenbehandlung. In welcher Weise die Therapie mit Schilddrüsenextrakt die Wirkung des Nebenschilddrüsenextrakts beeinflußte, ist schwer zu erklären. In Anbetracht der unzuverlässigen Ersatztherapie sind prophylaktische Maßregeln, wie die Autotransplantation wenigstens einer Nebenschilddrüse in einem benachbarten Muskel, in allen Fällen sehr ausgedehnter Thyreoidektomie zu empfehlen.

Eine frühe und sehr praktische Hilfe zur Verbesserung der gewöhnlichsten Art des Schielens. Der häufigste Typus des Schielens ist der einseitige Strabismus convergens. Das Kind muß stets so getragen, beim Baden so gehalten und seine Wiege so gestellt sein, daß beim Klang der Stimme oder der Berührung mit der Hand seitens der Mutter oder Pflegerin das affizierte Auge nach der dem Schielen entgegengesetzten Richtung geht. Das etwas ältere Kind muß am Eß- und Spieltisch bei affiziertem linken Auge zur rechten Hand seiner Pflegerin sitzen und umgekehrt. Gleiche Maßnahmen beim Spazierengehen, in der Schule usw. Sorgfältige Refraktionsbestimmung und möglichst frühe Benutzung korrigierender Gläser ist erwünscht. Die meisten Kinder kann man vom 4., ja bisweilen vom 3. Jahre ab Brillen tragen lassen. In allen Fällen von Schielen Untersuchung auf Adenoide, die evtl. zu entfernen sind. Bei genauer Befolgung diesr Vorschriften wird nur noch bei einem sehr kleinen Teil von Kindern gegen das 12. Lebensjahr hin eine Operation notwendig werden.

88., Nr. 20, 14. Mai 1927.

Massiver Kollaps der Lunge mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung. Zu drei kürzlich veröffentlichten Fällen fügt Verf. einen vierten, sehr charakteristischen, mit Röntgenbildern illustrierten Fall. Es ist ein klinisch einheitliches Krankheitsbild, für das der Name nicht sehr glücklich gewählt ist. Akute, lobäre, idiopathische Atelektase wäre eine bessere Bezeichnung. Es handelt sich um einen ganz plötzlichen Kollaps eines oder mehrerer vorher gut lufthaltiger Lungenlappen aus unbekannter Ursache, meistens nach Bauchoperationen oder anderen Traumen, wie Becken- oder Oberschenkelfrakturen. Röntgenographisch besteht eine starke Verdichtung eines oder mehrerer Lappen oder der ganzen Lunge, ziemlich homogener Natur und der pneumonischen vollkommen ähnlich, Depression der Brustwand, Verkleinerung der Interkostalräume, Erhöhung des Zwerchfells. Herz, Trachea und Midiästinum sind nach der erkrankten Seite hinübergezogen. Wahrscheinlich ruft eine Störung in der Vagusgegend eine Reflexwirkung auf die Bronchiolen hervor, die vorübergehend kollabieren und deren Wände durch Kohäsion zusammengehalten werden, so daß es nach Resorption der Alokolarluft zum Kollaps der Lunge kommt. Eine sehr einfache, therapeutische Methode des Hin- und Herrollens des Kranken von der kranken auf die gesunde Seite stellte in allen Fällen rasch die Durchlüftung der atalektatischen Lunge wieder her, wie es röntgenoskopisch beobachtet werden kann und machte die von Jackson empfohlene schwierige und wiederholte bronchoskopische Aspiration von Schleim aus den Bronchien unnötig. Möglicherweise ist prophylaktisch ein häufigerer Lagewechsel von der einen auf die andere Seite in den ersten Tagen nach der Operation nützlich.

Der Mechanismus der Gallenblase und seine Beziehungen zur Cholelithiasis. Ueber den Mechanismus der Gallenblasenentleerung gehen die Ansichten auseinander. Nach einigen Forschern (Graham und seine Schule) ist die Entleerung ein passiver Prozeß, abhängig vom äußeren Druck und der Elastizität des Organs, die Gallenblase ist nie ganz leer, und es besteht eine Wechselwirkung gleichzeitiger Kontraktion der Blase und Erschlaffung des Sphinkters. Andere sind der Meinung, daß der Inhalt durch die Wirkung der Gallenblasenmuskulatur herausgepreßt wird, nach Mahlzeiten, besonders fett-

haltigen, vollkommen entleert werden kann und daß die Gallenblase ihren Reiz unabhängig vom Sphinkter erhält. Die letzteren Ansichten werden vom Verf. auf Grund von zahlreichen Versuchen an Katzen mit röntgenographischen Beobachtungen vertreten. Gallensteine können bei Katzen experimentell erzeugt werden, wenn man den normalen Füllungs- und Entleerungsmechanismus stört und eine Stase und Ueberkonzentration der Galle dadurch hervorruft. Es ist daher sehr wahrscheinlich, daß Steine auch bei Menschen durch diätetische zu Stase führende Gewohnheiten erzeugt werden; auch können schwächende Krankheiten durch Herabsetzung des Muskeltonus der Gallenblase Stase und Steinbildung begünstigen. Vorbeugung müßte also durch eine Bekämpfung der Stase mittels vernünftiger diätetischer Maßregeln (nicht zu häufige, aber sehr fetthaltige Mahlzeiten in großen Intervallen) möglich sein. Bei Versuchstieren lassen sich Steine durch reichliche Fettnahrung aus der Gallenblase herausbefördern. Wahrscheinlich gelingt das gleiche beim Menschen, vorausgesetzt, daß die Steine nicht zu groß sind, und die Gallenblasenerkrankung nicht so weit vorgeschritten ist, daß die Blasenmuskulatur unwirksam wird. Sonst ist fettreiche Nahrung eher schädlich und Cholezystektomie die einzige Therapie.

Standardmethode der Behandlung von Bandwurmerkrankung des Menschen, die eine leichte Auffindung des Kopfes ermöglicht. Die in der Mayo-Klinik befolgte Technik besteht aus einer Kombination verschiedener Methoden. Vorbereitung: Am Tage vorher weder Mittagessen noch Abendbrot. Schwarzer Kaffee, Tee, Wasser erlaubt. Abends 6 Uhr 15—30 g Magnesiumsulfat, um 6 Uhr früh die gleiche Dosis. Kein Frühstück. Nach der Entleerung 30 ccm einer Aspidiumemulsion in schwarzem Kaffee oder besser ohne solchen (bestehend aus Oleoresin. Aspidii 6, gepulverter Acacia 8, Aq. dest. ad 60 ccm, etwa wohl unserem Filmaronöl entsprechend), eine Stunde später Wiederholung dieser Dosis, 2 Stunden später 30 g Magnesiumsulfat. Nach 2 Stunden ein großes Seifenklystier, sehr wichtig für den Fall, daß der Kopf im Kolon abgebrochen ist. Wesentlich ist es, Magnesiumsulfat anstatt Ricinusöl zu geben, da Aspidium sehr giftig und in Oel löslich ist. Bei evtl. Erbrechen gebe man die Dosis durch die Magensonde. Bei richtiger Vorbereitung gibt die Entleerung nur Wasser, wenig Bröckchen verdauter Nahrung und den Bandwurm. Nach Abgießen der Hälfte des Wassers wird der Rest durch ein Sieb gegossen und nach Warmwasserspülung bleibt auf dem Sieb nur der Bandwurm zurück, der auf eine flache Schüssel mit schwarzem Boden entleert wird. Mit dünnen Holzstäbchen wird der Kopf gesucht, den man bei genauer Befolgung aller Einzelheiten stets findet. Die eintägige Kur ist der zweitägigen vorzuziehen.

Cholezystographie und pathologische Veränderungen der Gallenblase. Vergleiche von Cholezystogrammen mit den pathologischen Veränderungen der Gallenblase nach Cholezystektomie in 50 nicht ausgewählten Fällen liegen der Arbeit zugrunde. In 32 Fällen war Tetrajod (3.5 g) intravenös, in 18 Fällen (0.3 g pro 4.5 Kilo) innerlich gegeben. Abgesehen von Form, Kontraktilität und Steinen wurde die Konzentration der Droge im Cholezystogramm geschätzt und zwar durch Vergleich mit einem bekannten Standard. Eine Reihe solcher Standards wurde durch Röntgenogramme von vier 33-mm-Gummibeuteln hergestellt, die mit wäßriger Tetrajodlösung von 0,5 bzw. 1,23% gefüllt, in Wasser versenkt und mit der üblichen Gallenblasentechnik (Buckyblende, 10 cm Funkenstrecke) aufgenommen waren. 1,5% Konzentration nach intravenöser, 1% nach oraler Verabreichung wurden als normal betrachtet. Die Untersuchungen ergaben, daß die Cholezystographie die Gallensteindiagnostik zwar nicht sichere, aber wesentlich verbessern kann. Ein normales Cholezystogramm bedeutet nicht notwendigerweise eine normale Gallenblase. Die Gallenblase kann, selbst nach intravenöser Injektion der Droge, trotz nahezu normaler Schleimhaut und trotz Fehlens von Gallensteinen unsichtbar bleiben. Aus dem glatten Rand oder der Unregelmäßigkeit des Gallenblasenschattens kann man nicht mit Sicherheit schließen, ob Adhäsionen vorhanden sind oder nicht. Mangelnde Entleerung nach einer fettreichen Mahlzeit ist wahrscheinlich ein Zeichen von Krankheit, doch ist die Kasuistik der Verff. in dieser Hinsicht (5 Fälle) zu klein, um ein sicheres Urteil zu gestatten.

Kalziumkarbonat in der Behandlung der Magenhyperazidität, bei Magen- und Duodenalulkuk. Das Kalziumkarbonat ohne irgendein anderes anorganisches Salz erwies sich als das beste Antazidum bei den erwähnten Magen- und Darmerkrankungen. Es ist außerordentlich reizlos, unlöslich und nur ein potentielles Alkali, d. h. es wirkt nur in Gegenwart von Säuren, die stärker als CO_2 sind. Es ist ohne jeden Einfluß auf den Darm und verursacht die allergeringsten Störungen des Säurebasengleichgewichts und des Mineralstoffwechsels. Es ist darum dem Natriumbikarbonat, dem Magnesiumkarbonat oder -hydrat vorzuziehen. Es wird am besten in Form schnell zerfallender, mit einer sehr kleinen Menge von Zimmtöl (0,0017 ccm) hergestellter Tabletten mit einem Gehalt von 0,7 g des Salzes gegeben. 1 g Kalziumkarbonat neutralisiert 0,73 g HCl, d. h. die durchschnittliche siebenstündige Sekretion oder die größte von Verff. gefundene Sekretion von 100 Minuten.

Gesundheit einer karnivoren Rasse. Untersuchungen von Eskimos während einer arktischen Expedition. Die Eskimos nähren sich vorwiegend von Fleisch, das gewöhnlich in rohem Zustand genossen wird; sie essen entgegen der allgemeinen Ansicht wenig Fett oder Speck. Unter 142 Erwachsenen, bei denen das Alter zwischen 40 bis 60 ziemlich genau bestimmt werden konnte, waren die durchschnittlichen Werte des systolischen und diastolischen Drucks 129 bzw. 79 (systolischer Druck über 140 nur in 9 Fällen, höchster Druck 170). Geringe Eiweißmengen wurden im Urin zwölfmal gefunden, nur dreimal bei systolischem Druck über 140. Zylinder wurden achtmal im Harn nachgewiesen, Oedem zweifellos nephritischer Herkunft nur in einem Falle. Bei 9 über 60 Jahre alten Eskimos war der systolische Druck nie über 140, nur einer hatte etwas Eiweiß und zwei wenige Zylinder im Harn. Unter den harten Lebensbedingungen dieser Menschen prädisponiert also die ausschließliche Fleischdiät nicht zu Gefäß- und Nierenkrankheiten. Weder Skorbut noch Rachitis wurde unter der Bevölkerung angetroffen, Kinder bekommen 4, ja bisweilen 6 Jahre Brustnahrung, bis ihre Zähne kräftig genug sind, Fleisch zu essen. Die Nahrung liefert den Eskimos also genügend Vitamine. Das Fleisch stammt von Tieren, welche sich vorzugsweise von Fischen ernähren, wodurch die Herkunft des Vitamin zu erklären ist. Interessanterweise findet man im Gegensatz dazu unter den Eskimos von Labrador, die in engerem Kontakt mit der Zivilisation leben, das Fleisch nur gekocht essen und viele präparierte, getrocknete und Konservennahrung zu sich nehmen, sehr häufig Skorbut und Rachitis, oft in schwerster Form.

Das frühe Erscheinen von Gametozyten bei artifizieller Malariainfektion. Verf. weist nach, daß in vielen Fällen artifizieller Malaria die Gametozyten das Plasmodium vivax viel früher erscheinen, als bei der natürlich erworbenen Malaria, so in 6 seiner letzten Fälle viermal nach 2, einmal nach 3, einmal nach 5 Tagen. In 4 dieser Fälle waren sie am zweiten und dritten Tage in genügender Zahl vorhanden, um theoretisch eine Infektion von Moskitos möglich zu machen. Die Inkubationsperiode ist bei artifizieller Malaria sehr unregelmäßig und oft hinausgezögert, so daß wahrscheinlich in vielen Fällen eine latente Malaria lange vor dem Einsetzen der klinischen Symptome besteht. Craig hat den Nachweis geführt, daß bei latenter Malaria Gametozyten vorhanden sein können. Vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege aus müssen daher alle Personen mit artifizieller Malaria in Anophelesgegenden von dem Zeitpunkt ihrer Impfung an bis zum Ende der Infektion vor Berührung mit Moskitos sorgsam geschützt werden.

88., Nr. 21, 21. Mai 1927.

Die Bengalrotprobe für die Leberfunktion. Durch wesentliche Vereinfachung der bisherigen komplizierten Technik haben Verff. ihre Bengalrotprobe für die Praxis brauchbarer und genauer gemacht und ihren Wert als diagnostisches und prognostisches Hilfsmittel für eine Anzahl von Leberkrankheiten gesteigert. Injektion von durchschnittlich 10 ccm einer 1% Lösung mit Dijodtetrachlorfluoreszin in physiologischer Lösung, langsames Durchspülen der Nadel mit 5 bis 10 ccm Salzlösung, ganz genau nach 2 Minuten Aspiration von 10 ccm Blut, das in ein mit wenigen Kristallen oxalsauren Kalks gefülltes Zentrifugenröhrchen entleert wird. Nach neuerlichen Durchspülungen der Nadel mit Salzlösungen werden nach 8 und 16 Minuten-Intervall neue Blutproben entnommen und ebenso behandelt. Von der Rotfärbung des Stuhles muß der Patient unterrichtet werden. Möglichst bald werden die Blutproben mit 2000 Umdrehungen in der Minute 30 Minuten lang zentrifugiert. 5 ccm des Plasma aller 3 Proben werden mit je 10 ccm physiologischer Lösung gemischt, das verdünnte Plasma der 2-Minutenprobe wird im Hellige-Kolorimeter als Standard benutzt, gegen den die 8- und 16-Minutenproben abgelesen werden. Die 2-Minutenprobe stellt die höchste Konzentration der Droge vor und wird als 100%-Retention angesehen. Es kommt vor allem auf das Verhältnis des Prozentsatzes der Droge im Blute in zwei verschiedenen Zeitpunkten an. Bei Gesunden beträgt die 8-Minutenprobe meistens 50% (zwischen 40 und 60) und die 16-Minutenprobe zwischen 23- bis 30%-Retention. Die Anwendung der Probe bei bisher mehr als 500 Kranken ergab, daß ihre Resultate der

usdehnung des pathologischen Prozesses in der Leber genau entprachen und den klinischen Symptomen parallel gingen. Besonders kute Infektionen der Leber zeigten eine sehr ausgesprochene Funkonsstörung des Organs. Bei chronischer Cholezystitis, bei chroischer passiver Leberkongestion normale Ausscheidungswerte. Bei)bstruktions-, katarrhalischem, Salvarsan-Ikterus starke Verzögerung er Ausscheidung, besonders bei ersterem. Vor der klinischen Besseung des Ikterus bessert sich schon die Ausscheidung des Bengalrots. ie Probe ist von großem differentialdiagnostischem Nutzen bei szites (stark verzögerte Ausscheidung bei Leberzirrhose, nahezu ormale Werte bei Herzstörungen, tuberkulöser Peritonitis, Karzinoatose des Peritoneum). Schwangerschaftstoxämien verursachen eine Verzögerung der Ausscheidung.

Der radikuläre Symptomenkomplex. Beschreibung von) typischen Fällen. Die häufigste Ursache sind Syphilis und Herpes oster. In der Aetiologie spielen außerdem eine Rolle Traumen aller rt, Entfernung von Herdinfektionen, Arthritis. Bisweilen läßt sich ine Ursache nicht ausfindig machen. Charakteristische Symptome ind Schmerzen ohne eine größere Empfindlichkeit bei Druck in die iefe, Entstehung oder Verschwinden der Symptome durch Lageveranderungen der Wirbelsäule (aufrechte Stellung und horizontale age, Bewegungen des Halses u. a.), sehr starke Hyperästhesie in der ffizierten Partie bei leiser Berührung und häufig der Gemütszustand ines schweigend duldenden Kranken. Bisweilen kommt es zu Muselatrophie, die also nicht für Neuritis beweisend ist. Diese Kranken ind häufig in den Händen routinierter Kurpfuscher, die ihnen auch eitweise Linderung verschaffen. Hitze in allen Formen hilft vorbergehend, Wechselduschen der Wirbelsäule bringen bisweilen lutzen. Individuell geübte Massage, Manipulationen zur Verbesseung von Skoliosen oder anderer fehlerhafter Stellung der Wirbeläule sind von Wert. Dehnung der Wirbelsäule unter sorgfältiger Controlle gibt oft Linderung der Schmerzen für viele Stunden und nterstützt sehr wirksam andere physikalische Maßnahmen. Alles as sollte ausgiebig versucht werden, bevor man zu den Narkotika bergeht, deren Gefahren man sich stets vor Augen halten muß.

Phosphaturie als lokales Phänomen. Vorläufige Mitteilung. Man at das Phänomen der Phosphaturie bisher einer Art von Stoffvechselstörung zugeschrieben. Verf. glaubt es, auf Grund mehrähriger Erfahrungen eher als ein lokales Phänomen werten zu nüssen. In phosphathaltigen Harnen fallen bei nahezu alkalischer Reaktion die verschiedenen Phosphate aus und erzeugen die Phoshattrübung. Möglicherweise sind Vegetabilien, Früchte, Alkalien, lie einen Ueberschuß von Phosphaten im Harn erzeugen, für die Phosphaturie verantwortlich zu machen. Daß diese Veränderung auf ie Schleimhaut der Harnröhre oder der Harnleiter, vielleicht auch n der Blase vor sich geht, und der Prozeß ein momentaner ist, dafür bringt Verf. vier Beispiele. Weitere Beobachtungen müssen zeigen, b dieser lokale Vorgang nur in einigen oder in allen Fällen von Phosphaturie nachweisbar ist.

Klinische Daten und Prognose der chronischen Pyelonephritis. Von den in den letzten 16 Jahren in der Mayo-Klinik behandelten 2040 chronischen bilateralen Pyelonephritiden war eine Gruppe von 251 Kranken über einen Zeitraum von 10 bis 15 Jahren in dauernder Beobachtung. Symptome: Häufiger Harndrang, wechselnde Schmerzen n der Lendengegend, gelegentliche Anfälle akuter Entzündung, große Resistenz gegen alle Behandlungsmethoden, geringe Störungen des Allgemeinbefindens. Die Zystoskopie ergibt mäßige Blaseninfektion, lie Bilder ähneln oft denen bei Nierentuberkulose: bisweilen mäßige Verengerung des Blasenteils des Harnleiters, von Tag zu Tag an Zahl wechselnde Eiterzellen im Katheterharn. Röntgenogramme sind nicht von großem Wert: es besteht oft eine zweifellos sekundäre Tendenz zur Steinbildung, die Steine bleiben klein, gehen meistens spontan ab; gelegentlich sind in der Nierengegend multiple kleinste verkalkte Partien sichtbar. Die Urographie zeigt typische Bilder, ausgesprochene Dilatation der Harnleiter mit höchstens leichter Erweiterung des Beckens und gar keiner der Kelche. Die Dilatation der Harnleiter ist unregelmäßig und durch mehrere verengte Partien unterbrochen, das Resultat chronischer Entzündung und Narbenbildung der Harnleiterwand. Die stärkste Dilatation liegt im oberen Drittel, betrifft noch die Verbindungsstelle von Harnleiter und Becken, ohne auf das letztere überzugreifen. Narbige Veränderungen an den Kelchen sind häufig, bisweilen eine anscheinende Nekrose wie bei Nierentuberkulose. Seltener eine von der Blase aufwärts sich über den ganzen Harnleiter ausdehnende Erweiterung. Nur sehr selten in weit vorgeschrittenen Fällen eine für Sonden schwer passierbare Verengerung nahe der Blasenwand. Schwere Blutungen aus der erodierten Schleimhaut oder Granulomen sind selten. Die Nierenfunktion kann jahrelang normal bleiben. Als beste Funktionsprobe eignet sich die Bestimmung des Blutharnstoffs, Drogenausscheidung kann in diesen Fällen zu irrtümlichen Schlüssen führen. Aetiologisch darf die Bedeutung von Herdaffektionen (Zähne, Tonsillen, Prostata, Samenbläschen, Zervix, Darmstase) nicht abgestritten werden. Alle Behandlungsmethoden wirken mehr palliativ als heilend. Die Entfernung von Herdaffektionen bringt oft Besserung, bei dem langen Bestand der Infektion nicht immer Heilung. Die akute Exazerbation, die häufig im Anschluß an Zahn- und Tonsillen-Operationen auftritt, macht einen Zusammenhang wahrscheinlich. Nierenbecken-Waschungen (langsame Injektion in Trendelenburglage von 10 ccm 1 bis 2% Silbernitratlösung, die 10 Minuten im Becken verbleibt) alle 4 bis 5 Tage mit täglichen Blasenspülungen. Diese Waschungen bringen meistens temporäre Besserungen und müssen in mehrmonatlichen Intervallen wiederholt werden. Dilatation mit geknöpften Sonden von zweifelhaftem Wert. Innere Medikation (Methenamin in Kombination von Ammoniumchlorid, Akriflavin, Hexylresorzinol) ist nicht von großer Wirkung; in fast allen Fällen ist das B. coli der infizerende Keim. Intravenöse Anwendung dieser oder ähnlicher Drogen nur bei akuter oder subakuter Pyelonephritis erfolgreich. Vakzine aller Arten, selbst autogene, meistens wirkungslos. Chirurgische Behandlung wurde von den 2040 Fällen nur 60mal erforderlich, in der Hauptsache kommt bei einseitiger Verschlimmerung der Niereninfektion und starken narbigen Veränderungen des Ureter Nephrektomie in Frage. Nach den Erfahrungen der Verff. heilt ein Drittel der Fälle, erfährt ein Drittel erhebliche, das letzte Drittel gar keine Besserung. Obwohl manche Fälle spontan nahezu ausheilen können, wird dennoch durch eine Kombination der verschiedenen therapeutischen Methoden der Prozentsatz der geheilten und gebesserten Fälle gesteigert.

Identitätsbestimmung durch Vergleich von Röntgenbildern der Nebennasenhöhlen und des Warzenfortsatzes. In einem vor Jahren beschriebenen Falle hatten Verff. durch eine Aufmeißelung des Warzenfortsatzes einen Kranken von seinen unerträglichen Kopfschmerzen befreit, die mit der linksseitigen Mastoiditis in Zusammenhang standen. Dieser Mann ging 1925 nach Tibet und schrieb von Indien an seine Familie, er müsse, da das Betreten Tibets verboten wäre, für längere Zeit „offiziell" aus dieser Welt verschwinden. Bald darauf wurden in kurzer Entfernung von einander zwei entsetzlich verstümmelte Leichen am Indus gefunden. Nach dem Kabeltelegramm wies die eine Leiche eine von einer Schwartze-Stacke-Radikaloperation, die andere eine von einer einfachen Warzenfortsatzoperation herrührende Narbe auf. Auf diese letztere Narbe hin wurde eine Erlaubnis zur Ueberführung der zweiten Leiche nach New York erwirkt, wo dieselbe 260 Tage nach der Auffindung eintraf. Wichtigste zivilrechtliche Interessen standen auf dem Spiel, die eine für die Behörden überzeugende Identitätsbestimmung nötig machten. Verff. erboten sich, den Gerichtsbehörden gegenüber, die Mittel für eine solche zu liefern, da sie im Besitz der Röntgenogramme von Nebennasenhöhlen und beiden Warzenfortsätzen der fraglichen Person waren und oft die absolute Gleichheit dieser bei allen Menschen von einander abweichenden Strukturen bei den gleichen Menschen nach 10, 15 und mehr Jahren festgestellt hatten. Unter dem fast gleichen Winkel wurden Röntgenbilder von der Leiche aufgenommen und durch Vergleich mit den früheren war die sichere und auch anerkannte Identitätsbestimmung möglich. Erst nachträglich fanden Verff. in der Literatur die Empfehlung Schüllers, Röntgenbilder der Stirnhöhlen für die Persönlichkeitsfeststellung zu benutzen. Das Feld anthropometrischer Röntgenographie ist noch fast unbearbeitet und wird zweifellos, da die Methode der Fingerabdrücke, selbst mit der Béclèreschen Ergänzung durch Röntgenbilder des Daumens manche Unvollkommenheiten hat, noch zu guten Ergebnissen führen.

Rontal.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

40., Nr. 4, April.

Physikalische Beziehungen der Zellen in Gewebskulturen. Versuche mit Kulturen der verschiedensten Gewebsarten des Hühnchenembryos machen es wahrscheinlich, daß im tierischen Gewebe keine Verschmelzung der einzelnen Zellen besteht und daß die so oft beschriebenen interzellulären Protoplasmabrücken nur Kunstprodukte sind. Die Zellen werden allein durch die Kraft der Adhäsion aneinander gebunden. Der Effekt mechanischer Schädigungen der Zelloberfläche greift rasch auf das ganze Protoplasma des Zelleibes über. Das anliegende Gewebe wird nicht verändert, wie es bei Bestehen von interzellulären Verbindungen bei der Kontinuität des

Plasmas der Fall sein müßte. Mit dem Eintritt der Koagulation löst sich vielmehr die geschädigte Zelle aus dem Zellverband infolge Aufhebung der adhäsiven Kräfte.

40., Nr. 5, Mai.

Passive Uebertragung der Ueberempfindlichkeit. Durch intrakutane Injektion von Serum, das von Ueberempfindlichen (Asthma, Heufieber) herrührt, kann die Haut Normaler für die „atopischen Reaginen" sensibilisiert werden. So kommt es nach provokatorischer Einspritzung von Pollenextrakt innerhalb von 15 Minuten zu ausgesprochener Rötung eines Hautbezirkes beim Normalen, in den vorher eine geringfügige Serummenge eines Pollenüberempfindlichen injiziert wurde. Die sensibilisierende Kraft des Serums geht der Schwere der klinischen Erscheinungen nicht parallel. Denn mit dem Serum von Leichtkranken lassen sich bisweilen noch bei viel höheren Verdünnungen des Pollenextraktes Reaktionen auslösen als mit dem von Schwerkranken. Selbst eine Behandlung, die zum Ausbleiben der Anfälle führt, hat auf die sensibilisierende Kraft des Serums keinen Einfluß. Durch Erhitzung wird dem Serum die Fähigkeit genommen, sensibilisierend zu wirken. Obwohl die Ueberempfindlichkeit sich noch 36 Tage nach der intrakutanen Seruminjektion nachweisen läßt, kommt es doch zu einer allmählichen Abnahme des Reaktionsvermögens der sensibilisierten Hautstelle bei ständig wiederholter Reagininjektion. Die erneute Injektion von Pollenextrakt in dieselbe sensibilisierte Hautpartie bedingt eine wesentliche Abschwächung der Reaktion.

Die Uebertragung der Empfindlichkeit läßt sich noch in anderer Weise veranschaulichen. Einmal führt die Injektion des auslösenden Reagins in die vorher durch Serumeinspritzung sensibilisierten Hautbezirke des Normalen zum Auftreten deutlicher spezifischer Reaktionen. Andererseits reagiert eine Schleimhaut, die durch Injektion von Serum eines Eiereiweißüberempfindlichen vorbereitet ist, mit Hyperämie und Sekretionsvermehrung, wenn dieser Normale Eiereiweiß verzehrt. Auch bei intravenöser Injektion minimaler Mengen von Pollenextrakt kommt es zu örtlichen Reaktionen an den entsprechend mit Serum vorbehandelten Hautstellen. Diese kollaterale Uebertragung der Ueberempfindlichkeit, eine Folge der Resorption des die Reaktion bedingenden Eiweißkörpers in den Kreislauf tritt auch in der Weise in Erscheinung, daß alle in gewisser Entfernung voneinander gelegenen sensibilisierten Hautstellen des Normalen eine Lokalreaktion erkennen lassen, sobald in nur eine das auslösende Reagin injiziert wird. Von der direkten Methode der passiven Uebertragung unterscheidet sich dieses Verfahren dadurch, daß die Konzentration des sensibilisierenden Stoffes im Serum, das Alter des Serums sowie seine Herkunft (nur von Schwerkranken) für die Stärke des Reaktionsausfalls von entscheidender Bedeutung sind. Biberfeld.

The American Journal of the Medical Sciences.

173., Heft 5, Nr. 662, Mai 1927.

Die interne Behandlung des Magengeschwürs. Die überaus interessante Arbeit ist nicht zum Referat geeignet, da jede einzelne Abteilung in nur möglichster Kürze das jeweilige Teilgebiet erschöpfend behandelt. Bemerkt sei nur, daß die Ausführungen über die Diagnostik und die Auswahl der Fälle für die interne Behandlung des Magengeschwürs äußerst lesenswert sind und daß die diätetisch-medikamentösen Ausführungen des Verfassers biologisch-chemisch-pathologisch ganz modern und mit feiner Kritik geschrieben sind.

Akuter Darmverschluß. Beim akuten einfachen Verschluß des Dünndarmes wird der Tod, wenn die Darmwand intakt bleibt, nicht durch eine Toxikämie hervorgerufen. Die Todesursachen sind Entwässerung, Verminderung der Blutchloride durch das Erbrechen und Verhungerung. Die Verabreichung von Kochsalz und Wasser durch subkutane Klysmen oder andere Methoden, die das Salz- und Wasser-Gleichgewicht erhalten, verlängern das Leben während der Hungerperiode. Bei akuter Strangulation des Darmes kommt noch der Faktor der Toxikämie hinzu, wobei die Kochsalz- und Wasserverabreichung nicht vor dem Tode durch Toxikämie schützt. Das Anwachsen des Reststickstoffes im Blute erscheint hauptsächlich als Resultat der Entwässerung und einer rapiden Verminderung der Nierenfunktion. Die Hypochlorämie ist ein wichtiger Faktor bei diesen Mechanismen. Es ist also möglich, daß die Hyperchlorämie und Entwässerung eine vermehrte Gewebszerstörung hervorrufen, die zu dem Ansteigen des Stickstoffes hinzukommt. Aus diesem Grunde ist die Verabreichung von physiologischer Kochsalzlösung durch subkutane oder intravenöse Einverleibung eine wertvolle Maßnahme bei der Behandlung des Darmverschlusses und der Magentetanie. Der Darmverschluß geht in den meisten Fällen ohne Strangulation einher; die Grenzen der Behandlung sind unverkennbar.

Eine Finger-Stichmethode für die Senkungsreaktion der roten Blutkörperchen. Der Verfasser gibt eine neue Methode an, bei der nur eine solche Menge Blut zur Anstellung der Senkungsreaktion benötigt wird, wie sie mit Leichtigkeit durch einen Stich in die Fingerbeere gewonnen werden kann. Er benutzt bei dieser Technik die von ihm angegebene und an anderer Stelle im Detail beschriebene graphische Darstellungsmethode; ein unbedingter Vorzug der neuen Methode ist darin zu erblicken, daß sie die bislang unvermeidliche Venenpunktion erübrigt.

Die Uebertragung der pathologischen Zeichen von der kranken zur gesunden Thoraxhälfte. Folgende Fälle wurden beobachtet: Bronchokavernöses Atmen an der Wirbelsäule und hinten an der gesunden Lunge in einem Falle von Thorakoplastik; pleuritische Reibegeräusche an der andersseitigen Fossa supraspinalis; feuchte Rasselgeräusche an der vorderen und hinteren Seite der gesunden Brusthälfte; Kavernenatmen über dem Oberlappen der gesunden Lunge vorn und hinten. Die Uebertragung dieser pathologischen Zeichen von der kranken zur gesunden Lungenseite kann auf zweierlei Arten geschehen: Extrapulmonäl und intrapulmonal. Diese beiden Arten können unabhängig voneinander oder kombiniert wirken. Es muß aber daran erinnert werden, daß Sekrete von der kranken Lungenseite in die andere Seite übertragen werden können, wo sie nun pathologische Zeichen zeitweise hervorrufen können. Außerdem wird an die Muskelgeräusche erinnert, die ebenso wie andersartige pathologische Vorgänge (Tumoren, Bronchiektasien usw.) eine Tuberkulose der gesunden Seite vortäuschen können.

Arnold Hirsch, Berlin.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

13, Nr. 5, Mai 1927.

Schwangerschaftstoxikosen. Verf. unterscheidet 3 Gruppen der Toxikosen: 1. die Eklampsie; 2. die Nephritis als Komplikation der Schwangerschaft; 3. die den Anforderungen der Gravidität nicht völlig gewachsene Niere. Bei der letzten Gruppe findet man geringe Mengen Albumen im Urin und einen leicht erhöhten Blutdruck. Das Nierengewebe selbst wird aber durch die Gravidität in keiner Weise geschädigt, so daß sich auch bei folgenden Schwangerschaften keine Zeichen einer Toxikose einzustellen brauchen. Die komplizierende Nephritis und die Eklampsie zeichnen sich durch einen hohen Blutdruck und beträchtliche Mengen von Albumen aus. Während aber bei der Eklampsie die Symptome während des Puerperiums verschwinden, bleiben sie bei der Nephritis über das Wochenbett hinaus bestehen. Ueber die Pathologie und Therapie der Eklampsie hat Verf. ausführlich in Heft 5, Vol. XII (ref. in Heft 3 d. Jahrg.) berichtet, so daß an dieser Stelle nur das Wesentlichste wiederholt werden soll. Es finden sich folgende wichtigste chemischen Veränderungen im Blute: Hoher Harnsäure- und Milchsäuregehalt; Neigung zur Hyperglykämie; Verminderung des CO_2-Bindungsvermögens. Experimente an Hunden zeigten, daß Anästhesierungen mit Lachgas, Aether, Chloroform und Aethylen der Eklampsie ganz analoge Blutveränderungen und Strukturschädigungen der Leber und Nieren hervorrufen. Histamin, Peptone und Albumosen dagegen verursachten weder im Blute noch in der Leber und den Nieren ähnliche Erscheinungen, so daß sie als ätiologische Faktoren nicht in Betracht kommen. Verminderung der Sauerstoffzufuhr erzeugte eine Azidosis infolge Abnahme des CO_2-Bindungsvermögens, eine Hyperglykämie und Erhöhung des Milchsäurewertes. Daraus geht hervor, daß eine mangelhafte Oxidation in der Aetiologie der Eklampsie berücksichtigt werden muß. Therapeutisch empfiehlt Verf., in leichteren Fällen die Stroganoff-Methode anzuwenden, jedoch ohne Chloroform und Aderlaß, da Chloroform, wie oben angegeben, nur schädlich wirken kann, und der Aderlaß nicht imstande ist, die supponierten Toxine in genügender Menge zu eliminieren. In schweren Fällen ist sofortige Entbindung in Lumbalanästhesie angezeigt. Bei drohender Azidosis (Sinken des Kohlensäurebindungsvermögens) werden 15 bis 30 Einheiten Insulin und 2 g Glukose pro Insulineinheit gegeben. Auch die Hyperemesis grav. muß als Toxikose und nur in geringerem Grade als Neurose aufgefaßt werden. Es scheint sich bei der Hyperemesis um eine Stoffwechselstörung zu handeln, die dadurch hervorgerufen wird, daß der Fötus zu seinem Aufbau hauptsächlich Kohlehydrate benötigt, die dementsprechend dem mütterlichen Organismus entzogen werden. Eine mangelhafte Einstellung auf diese veränderten Stoffwechselverhältnisse führt zum Auftreten von Azetonkörpern im Urin und zur sog. Schwangerschaftsazedosis. In manchen Fällen hatte daher die Behandlung mit Glukose in Verbindung mit oder ohne Insulin guten Erfolg; in andern Fällen jedoch bestand das Erbrechen fort. Eine genaue Erforschung der Beziehungen des mütterlichen zu dem kindlichen Stoffwechsel ist daher erforderlich, um die Hyperemesis erfolgreich zu bekämpfen.

Lungenembolie als Komplikation der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes. Diese Komplikation ist verhältnismäßig selten. Unter 31 716 Fällen ereignete sie sich 32 Mal und zwar hauptsächlich nach operativen Entbindungen. In 1,5 % aller durch Sektio entbundenen Frauen und in 2 % aller Fälle von Placenta prävia trat eine Lungenembolie auf. Diese wurde teils sofort im Anschluß an die Entbindung, teils vom 1. bis nach dem 20. Tage usw. beobachtet. Die Mortalität betrug 65 %. Therapeutisch muß man sich auf Sedativa und Herzmittel beschränken. Wichtiger ist die Prophylaxe, die darauf bedacht sein muß, die Blutzirkulation in den unteren Extremitäten durch Hochlegen und Bandagieren der Beine zu heben, peinliche Asepsis zu wahren, Blutverluste zu vermeiden und bei anämischen Patienten Transfusionen vorzunehmen.

130 Schwangerschaften nach Kaiserschnitt. Wenn man überzeugt ist, daß die Uteruswandung nach dem Kaiserschnitt fest verheilt ist, so ist bei späteren Entbindungen die Sektio nur dann vorzunehmen, wenn eine strenge Indikation gegeben ist. Ist dies der Fall, so soll man sie vor dem Endtermin der Schwangerschaft ausführen. Im allgemeinen könnte die Zahl der Kaiserschnitte durch sorgfältige Beobachtung während der Gravidität und die Einleitung der künstlichen Frühgeburt in zweifelhaften Fällen von mäßig verengten Becken erheblich reduziert werden.

Röntgenbehandlung menstrueller Störungen. Verf. bestrahlte im ganzen 36 sterile oligomenorrhoische Frauen. In 22 Fällen wurde die Menstruation normal; in 8 Fällen trat Schwangerschaft ein. Verf. nimmt an, daß die Röntgenstrahlen degenerative Veränderungen im Uterus hierdurch fortfällt. (Dies steht im Widerspruch zu den Anschauungen anderer Autoren, auch den Ergebnissen experimenteller Untersuchungen des Ref., wonach in erster Reihe der Follikelapparat geschädigt wird, während das c. l. den Röntgenstrahlen gegenüber eine ziemlich große Widerstandsfähigkeit zu besitzen scheint.) Leider werden in der Arbeit keine Angaben über die Dosierung gemacht.

Bau und Funktion der endokrinen Drüsen, besonders der Ovarien. Verf. bestreitet, daß die Plazenta und der Graafsche Follikel endokrine Funktionen besitzen. Die Plazenta ist lediglich als Aufspeicherungsorgan für die Ovarialhormone anzusehen, und wenn sich auch im Liquor des Follikels Hormone vorfinden, so verhindert doch die Zellenlage der Theca externa deren Verbreitung im Organismus. Nur das c. l. hat den Bau und die Funktion einer endokrinen Drüse, die die prägraviden Veränderungen der Uterusmukosa hervorruft. Man muß allerdings annehmen, daß auch andere Gebilde innerhalb des Ovars innersekretorische Fähigkeiten besitzen. Andernfalls müßte vor der Pubertät oder nach dem Klimakterium, ferner einige Monate während der Gravidität und einige Tage im Verlauf des Zyklus bei der nichtgraviden Frau jede innersekretorische Tätigkeit des Ovars fehlen, was bekanntlich nicht der Fall ist. Verf. nimmt daher an, daß die Gesamtheit der atretischen und nicht zur Reife gelangenden Follikel als sog. interstitielle Drüse anzusprechen ist, daß aber das c. l. dasjenige Organ ist, das die Hormone aufnimmt und an den Organismus weitergibt. Alle endokrinen Drüsen des Körpers unterstützen das c. l. in seiner Funktion, wie man aus den anatomischen und funktionellen Veränderungen der betr. Drüsen während der Gravidität erkennen kann. Die besondere Stellung, die das Ovar im Vergleich zu den übrigen Drüsen einnimmt, besteht darin, daß es nicht nur allgemeine Wirkungen in bezug auf den Stoffwechsel, die Respiration, die Zirkulation usw. ausübt, sondern außerdem speziell als protektives Organ für den gesamten Genitalapparat anzusehen ist.

Morbidität und Mortalität nach Kaiserschnitt. Je früher nach Wehenbeginn operiert wird, umso günstiger ist die Prognose. Dementsprechend schwankt die Mortalität zwischen 2 bis 30 %. Besonders bei Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken ist eine frühzeitige Entscheidung erforderlich. Ist nach längerem Geburtsverlauf eine Indikation für den Kaiserschnitt gegeben, so muß man sich fragen, ob nicht auch andere Methoden anwendbar sind. Kaiserschnitt bei placenta prävia ergibt eine höhere mütterliche Mortalität als die übrigen Verfahren. Nur bei plac. präv. centralis in Verbindung mit nichtdilatierter rigider Zervix scheint die Sektio die beste Methode zu sein, sowohl bzgl. der mütterlichen als auch der kindlichen Mortalität. Die Frage des Kaiserschnittes bei vorzeitiger Lösung der Plazenta steht noch offen.

Schwangerschaft und Herzkrankheit. Die Diagnose der organischen Herzkrankheiten ist während der Schwangerschaft erschwert. Die Symptome der Mitralstenose werden oft vermißt oder falsch gedeutet. Extrasystolen werden in den späteren Monaten der Gravidität häufig beobachtet und sind fast stets ohne ernsthafte Bedeutung. Herzkranke Frauen haben u. a. eine leichte und schnelle Entbindung, oft auch Frühgeburten und kleine Kinder. Keineswegs soll bei einer herzkranken Schwangeren mit stärkeren Kompensationsstörungen die Geburt eingeleitet werden. Bleiben interne Maßnahmen ohne Erfolg, so ist es trotzdem noch besser, die spontane Entbindung abzuwarten, wenn man auch mit einer Mortalität von 50 % rechnen muß; aber die Resultate bei aktivem Vorgehen sind noch schlechter. Was die Geburtsleitung betrifft, so ist die Austreibungsperiode durch Aetheranästhesie und Ausgangszange möglichst kurz und leicht zu gestalten. Bei geburtshilflichen Hindernissen Kaiserschnitt, wobei man zweckmäßig die Tubensterilisation vornimmt. Die Emboliegefahr, die gerade bei jungen Frauen mit Mitralstenose vorhanden ist, scheint durch die Schwangerschaft und Geburt nicht vergrößert zu werden. Therapie: Bei Symptomen allgemeiner Zirkulationsstörung Klinikaufnahme und interne Behandlung mit den üblichen Mitteln (Sedativa, Massage, Beschränkung der Salz- und Flüssigkeitszufuhr, Digitalis, Diuretika usw.). Ist die Kompensationsstörung behoben, wird die Patientin weiterhin ambulant behandelt. Der Durchschnitt der herzkranken Graviden kommt auf diese Weise zur normalen Entbindung. Tritt eine schwere Kompensationsstörung vor dem 4. Monat der Schwangerschaft auf, so ist der künstliche Abort angezeigt. In späteren Monaten wird es gewöhnlich möglich sein, mit interner Behandlung die Schwangerschaft bis zum Ende fortzuführen; gelingt dies nicht, so ist die Unterbrechung erforderlich.

Dammschäden unter der Geburt. Verf. empfiehlt die prophylaktische Episiotomie, die am besten in der Medianlinie vorgenommen wird. Evtl. ist es erforderlich, den Schnitt beiderseits vom Rektum in schräger Richtung zu verlängern.

Indikationen und Technik des Kaiserschnittes. Die Indikationen zum Kaiserschnitt haben sich in den letzten Jahren vermehrt, die Mortalität ist aber nicht gesunken. Dies ist zweifellos darauf zurück-

zuführen, daß viele nicht geeignete Fälle zur Operation kommen. Ist eine absolute oder relative Indikation gegeben, so soll die Operation möglichst vor oder kurz nach Wehenbeginn vorgenommen werden. Abgesehen von sorgfältiger Asepsis ist vor allem auf präzise Vereinigung der Uteruswundränder zu achten, die durch zweifache fortlaufende Muskelnaht und ein- bis zweifache Peritonalnaht erfolgen soll.

Rektaluntersuchung während der Schwangerschaft und Geburt. In 90 % aller Fälle kann die Rektaluntersuchung die vaginale ersetzen. In Verbindung mit der äußeren Untersuchung kann man sich über die Größe des kindlichen Kopfes, die Lage des vorliegenden Teiles und seine Stellung im Becken, die Eröffnung des Halskanals und das Verhalten der Fruchtblase (?) orientieren. Nur bei Blutungen und plac. präv. ist vaginale Untersuchung erforderlich. Demgegenüber hat die rektale Untersuchung mannigfache Vorteile: Die Gefahr einer Infektion kann schneller vorgenommen werden, da eine Desinfektion weder der Kreißenden noch des Arztes notwendig ist; außerdem ist sie weniger schmerzhaft; die Gefahr einer vorzeitigen Blasensprengung, wie sie bei vaginaler Exploration vorkommen kann, ist bedeutend verringert. Die Untersuchung geschieht mit dem Zeigefinger, der mit einem Gummifingerling geschützt wird (besser ist ein Gummihandschuh). Das Rektum muß vorher mittels Einlaufs entleert sein. Die Vulva wird mit einem mit 5proz. Lysollösung getränkten Gazebausch bedeckt, den der Daumen der untersuchenden Hand festhält; während 3., 4. und 5. Finger flektiert werden.

Lebensfähigkeit des ausgestoßenen menstruellen Endometrium. Von den während der Menstruation ausgestoßenen Stückchen dezidualen Gewebes werden Gewebskulturen angelegt, die schon nach wenigen Stunden deutliche Zeichen zellulärer Aktivität aufwiesen. Daraus geht mit Sicherheit hervor, daß das Epithel der Decidua menstrualis, wie sie sich im Menstrualblut findet, Lebensfähigkeit besitzt. Paul Braun, Stettin.

The Urologic and Cutaneous Review.

Nr. 5. Mai 1927.

Nierenblutung. C. Arthur Ball, Dublin.
Urologische und dermatologische Betrachtungen. Max Levy-Dorn, Berlin.
Wirkung akuter und chronischer Anilinvergiftung auf die Blase. Karl Scheele, Deutschland.
* Pyelo-Röntgenoskopie, eine unentbehrliche Ergänzung der Pyelographie. J. Gonzales Martinez, San Juan (Portorico).
Granuloma inguinale als Schwangerschafts- und Geburtshindernis. Brooke Bland, Philadelphia.
Eine klinische Studie über Blasentumoren. Willi Hirt, Breslau.
Sterilisation und sterile Aufbewahrung von Ureterenkathetern. Albert Rosenberg, Mannheim.
* Balanitis erosiva gangränosa. Bericht über zwei Fälle nebst kurzer Literaturübersicht. Edward R. Palmer, Louisville.
* Einige fundamentale Grundsätze bei der Behandlung von Prostatikern. Andrew J. Crowell, Charlotte, Nord-Carolina.
* Beobachtungen über die Kahnsche Präzipitations-Reaktion. Harold Boas, Kopenhagen.

Pyelo-Röntgenoskopie, eine unentbehrliche Ergänzungsmethode der Pyelographie. Die Pyelo-Röntgenoskopie vervollständigt das Bild, das uns die Pyelographie von der Niere und ihrer Funktionstüchtigkeit liefert, denn sie zeigt uns das Arbeiten der einzelnen Nierenkelche und des Nierenbeckens. Diese Beobachtung dieser Tätigkeit ist von besonderem Werte bei beginnender Hydronephrose, Steinen des Nierenbeckens und bei abnormen Arterienverlauf.

Balanitis erosiva, gangränosa. Die Balanitis erosiva gangränosa — die sogenannte vierte venerische Krankheit hat seit Rückkehr der amerikanischen Soldaten aus dem Weltkrieg enorm zugenommen. Ihre Erreger sind identisch mit denen der Vincent'schen Angina und bestehen aus einer Symbiose von Spirochaeten und fusiformen Bazillen. Pathogen werden die Vibrionen jedoch erst, wenn sie zu Anäroben gemacht werden, daher kommt die Erkrankung bei Zirkumzidierten nie vor. Prophylaktisch genügen meist häufige Waschungen des betreffenden Körperteils. In leichteren Erkrankungsfällen bewähren sich am besten Spülungen mit 2% H_2O_2-Lösung, während man in schweren Fällen durch Dorsalinzision die erkrankten Stellen freilegen muß, damit der Sauerstoff der Luft herantreten kann. Unter örtlichen Kalipermanganis- oder H_2O_2-Bädern heilt dann die übelriechende, schmerzhafte Affektion schnell ab. Auch bei Frauen konnten analoge Entzündungen und zwar in der Vulva und Vagina festgestellt werden, die gleichfalls durch die Symbiose derselben Erreger hervorgerufen und unter H_2O_2 Tampons rasch zur Heilung gebracht werden.

Einige fundamentale Grundsätze bei der Behandlung von Prostatikern. Katheterleben verkürzt das Leben, also möglichst frühzeitige Operation, deren Risiko in den letzten Jahrzehnten erheblich herabgesetzt ist. Ob suprapubisch oder perineal operiert wird, ist egal, nur soll jeder Operateur sich auf eine Methode festlegen, denn nur dann wird er wirklich gute Resultate haben. E zieht selber die perineale Methode vor, denn jeder Chirurg wird eine Wunde an der tiefsten Stelle drainieren, und hier handelt es sic nicht nur um eine Drainage der Wunde sondern auch der Nierenfunktion. Vor der Operation ist stets der Blutstickstoff und di Nierenfunktion zu prüfen. Liegt letztere darnieder, so ist sie mi allen Mitteln erst zu heben. Angst vor der Operation vermindei diese Tätigkeit der Nieren gleichfalls — also guter Zusprucl Weitere Aufmerksamkeit erfordert der Zustand des Herzens, dahe bei Myokarditis Lumbalanästhesie, Angina pektoris und Aortenläsie verschlechtern die Resultate ganz besonders und können al Kontraindikation gelten.

Beobachtungen über die Kahnsche Präzipitations-Reaktion. Di Kahnsche Reaktion stimmt in 94% mit der WaR. überein unspezifische Reaktionen betreffen doch meistens latente Luesfälle denn die Reaktion ist sensibler als die WaR. Bei der Untersuchun der Lumbalflüssigkeit sowie ihre Modifikation als Schnellreaktion is sie der WaR. jedoch erheblich unterlegen. Bab.

Buchbesprechungen.

Dr. W. Siebert: **Leibesübungen im Kindesalter** (mit 73 Ab bildungen). Verlag Georg Stilke-Berlin. Eltern, Lehrer, kurz all Jugenderzieher finden in dieser Schrift Anregungen, Erläuterunge praktische Beispiele und hygienische Hinweise für Notwendigke und zweckentsprechende Durchführung einer schon frühzeitig ei setzenden Körperarbeit des Kindes. Allgemeinverständliche Aus führungen über Wesen und Wirkungen der Leibesübungen un Wachstum des kindlichen Körpers führen über zur Besprechung de Uebungen wie sie dem jeweiligen Alter des Kindes anzupassen sin

Körperliche Erziehung des Kindes durch Leibesübungen, die früh zeitig einsetzen, zweckmäßig aufgebaut sind, regelmäßig durcl geführt werden und auf dem Wege der von der Natur erworbene Anlagen die allgemeine Kräftigung anstreben, ist ein wichtige Kapitel der Volksgesundheit und gehört zur Nationalerziehung (Verf. Stimming.

Dr. Marie C. Stopes (London): **Ehebücher.** Autorisier Uebersetzung aus dem Englischen von Franza Feilbogen. In dr Bänden. I. Das Liebesleben in der Ehe. 166 Seiten. Pre 3,20 Mk. II. Weisheit in der Fortpflanzung. 80 Seite Preis 2,— Mk. III. Glückhafte Mutterschaft. 230 Seite Preis 3,60 Mk. Verlag Art. Institut Orell Füßli, Zürich. Genera vertretung für Deutschland: Müller & Co., Verlag Potsdam, Viktori straße 36. Die vorliegenden drei in leicht gefaßter Sprache g schriebenen Bücher der bekannten englischen Vorkämpferin d Geburtenregelung geben den jungen Eheleuten wertvolle Ratschläg wie sie, ohne ihre Lebensweise umzuwälzen, die heute so verbreitete Ehekonflikte vermeiden können und zu einem gesunden Nach wuchs kommen. Der eheberatende Arzt täte gut, seinen R suchenden Patienten die angezeigten Schriften zu empfehlen. Ab auch er selbst kann diesem Büchlein für sich viel Anregendes en nehmen. Kantorowicz (Berlin).

A. Zweig: **Anleitung zum Studium der praktischen Homöopath für Aerzte.** 1927 Regensburg. Johannes Sonntag. Das Bestreben d modernen homöopathischen Literatur, der Anschauung der sch medizinischen Richtung entgegenzukommen, tritt ganz offensichtli hervor, so auch in diesem kleinen Heftchen. Verfasser gibt erst ei kurze, aber recht klare Uebersicht über die Grundlagen d Homöopathie und bespricht dann 20 der wichtigsten homöopathisch Medikamente, wobei er sich bemüht, die anatomischen und pharm kologischen Beobachtungen in Einklang zu bringen mit d homöopathischen Prüfungsbildern. Eine für den Anfänger rec empfehlenswerte Einführungslektüre. Dermitzel.

Therapeutische Mitteilungen.

Calsimalt.

Ein wohlschmeckendes Kalk-Kieselsäure-Präparat.

Von
Dr. KERLÉ, Berlin.

Die ersten Versuche der Tuberkulosebehandlung mit Kalk liegen ein halbes Jahrhundert zurück. Der englische Arzt Dr. Bell war es, er, von der Tatsache ausgehend, daß die eitrigen Herde der tuberkulösen Lunge sich bei Heilungsneigung mit einem Kalkmantel umgeben, vorschlug, den Lungenkranken reichlich Kalkpräparate zuzuführen. Die Einführung des Tuberkulins durch Robert Koch und die Brehmersche Liegekurbehandlung lenkten die Aufmerksamkeit der Therapeuten wieder von diesen Versuchen ab, da man glaubte, mit einer Kombination der beiden genannten Behandlungsarten auskommen zu können. Erst die Versuche von Emmerich und Löw, welche feststellten, daß in jedem Zellkern sich Kalk vorfindet, dessen Entziehung den Tod des Zellkerns und damit der Zelle und schließlich des Organismus herbeiführt, haben die Kalktherapie mit ihrer enormen Vielseitigkeit wieder in den Vordergrund gerückt. Es hat sich herausgestellt, daß eine große Anzahl von Konstitutionskrankheiten die Folge zu geringer Kalkzufuhr sind, was sich schon aus der Tatsache allein erklären läßt, daß die tägliche Kalkeinnahme durch unsere gewöhnliche Kost nur ungefähr 0,5 Gramm beträgt, während ein gesunder Durchschnittsorganismus reichlich das doppelte Quantum benötigt. Daß diese Unterbilanz an Calcium im Körperhaushalt zu mannigfachen, tief eingreifenden Störungen führen muß, liegt auf der Hand, und für die Kalktherapie eröffnet sich deshalb ein großes und dankbares Feld von Heilungsmöglichkeiten. Wir wissen, um nur einige Hauptpunkte zu erwähnen, daß durch Kalkzufuhr die Blutgerinnung eine Steigerung erfährt und daß auf die Schleimhautwände eine abdichtende Wirkung ausgeübt wird; weiter, daß durch Kalkzufuhr die Phagozytose, die Freßlust der weißen Blutkörperchen für eingedrungene Bakterien erhöht wird. Daß Calcium als Adjuvans bei Digitalis- und Strophantuskuren lobenswertes leistet, hat Loewi nachgewiesen; auch ist bekannt, daß Gravide, die in den letzten Schwangerschaftsmonaten große Mengen an Kalk an den Fötus abgeben müssen, häufig an Kalkhunger leiden (Essen von Kalk und Mörtel bei Schwangeren). Daß der Kalk bei Knochen- und Zahnbildung, überhaupt zum gesamten Zellenaufbau, notwendig ist, braucht nicht erst bewiesen zu werden. Kurz, die Möglichkeiten der Kalkbehandlung sind derart vielseitig, daß geraume Zeit ihre Bedeutung sogar überschätzt und des Guten zuviel getan wurde. Erst den neuesten klinischen Forschungen ist es gelungen, das Wirkungsfeld der Kalktherapie zu präzisieren und auf wissenschaftliche Basis zu stellen, und hier konnte unter anderem von zahlreichen Forschern darauf hingewiesen werden, daß das Calcium als unentbehrliches, erstklassiges Unterstützungsmittel der spezifischen Tuberkulosebehandlung (Tuberkulosekuren, Pneumothorax usw.) anzusprechen ist.

Ein zweites Präparat der anorganischen Chemie, dem die neuesten Untersuchungen ebenfalls eine hervorragende Rolle in der Tuberkulosebehandlung zugewiesen haben, ist das Silizium, die Kieselsäure. Es ist festgestellt worden, (Gonnermann, Zeitschrift für phys. Chemie 1927, Bd. 99) daß in tuberkulösen Lungen durch eine Verminderung des Kieselsäuregehalts die Widerstandsfähigkeit des Lungengewebes gegen die kavernösen Einschmelzungsvorgänge herabgesetzt wird, daß dagegen eine Vermehrung der Zufuhr von körperlöslichem Silizium die Lungengewebe gegen das Eindringen der Tuberkelbazillen festigt und die bindegewebige Ueberwucherung der tuberkulösen Granulationen fördert. Daß nebenbei noch durch die Kieselsäurefütterung die Zahl der weißen Blutkörperchen eine Vermehrung erfährt, haben Kühn und Morawitz nachgewiesen.

Die obigen Gesichtspunkte lassen es ohne weiteres als gegeben erscheinen, daß Calcium und Silizium für die Tuberkulosebehandlung zwei wirksame Waffen in der Hand des Praktikers darstellen. So sagt Schlapper-Görbersdorf, (Fortschritte der Medizin 1926, Nr. 44) in einer Betrachtung über die Chemotherapie der Lungentuberkulose: „wesentlich günstiger" (als die anderen aufgeführten chemischen Heilmittel), „häufig sogar glänzende Erfolge sehen wir von Kalk- und Kieselsäurepräparaten". Auch andere Forscher wie Strahlmann-Delmenhorst und Zickgraf-Bremerhaven rühmen die guten Erfolge, die mit einer kombinierten Kalk- und Kieselsäurebehandlung der Tuberkulose erzielt wurden.

Wenn wir nun die verschiedenen Methoden der Einführung des Medikaments in den kranken Organismus untersuchen, so werden wir zunächst die intravenöse Einverleibung nennen müssen, als die in der Theorie genaueste und vollkommenste; aber technische Schwierigkeit und die Notwendigkeit häufiger Wiederholungen lassen diesen Weg kaum als gangbar erscheinen. Subkutane oder intramuskuläre Injektionen werden aber, infolge der weit verbreiteten „Spritzophobie" der Patientenschaft, namentlich in der Kinderpraxis, in der weitaus größten Zahl aller Fälle ein frommer Wunsch bleiben müssen. Die weitaus größte Aussicht auf restlose Durchführung der Behandlung, namentlich in der ambulanten Praxis, wird immer die orale Darreichung haben, gegen die ja auch keine besonderen Bedenken bestehen, umsomehr, als jeder Praktiker bei genauer Beobachtung ohne weiteres feststellen kann, daß die Art der Einverleibung und die Einzeldosierung zur Erreichung eines Erfolges lange nicht so wichtig ist, als die über möglichst lange Zeit sich erstreckende, chronische Durchführung der Kalk-Kieselsäurebehandlung. Aber auch der oralen Verordnung stellt sich fast regelmäßig ein Hindernis in den Weg, das ist der im allgemeinen den Kalkpräparaten anhaftende schlechte Geschmack, der einem lang dauernden Gebrauch früher oder später ein unerwünschtes vorzeitiges Ende bereitet und auf der anderen Seite der absolut notwendige kolloidale Zustand der Kieselsäure, der in Trockenpräparaten kaum zu erhalten ist. Es ist deshalb als ein Fortschritt zu begrüßen, daß die Firma Dr. Pfeffermann & Co., Berlin, Alt Moabit 105 nach einer vom Verfasser angegebenen Vorschrift, mit dem Calsimalt ein Präparat auf den Markt gebracht hat, das außer der restlosen Erfüllung der Anforderungen an das Medikament auch dem verwöhntesten Gaumen sympathisch erscheinen muß. Das Calsimalt ist nach Art der russischen Bonbons dargestellt und enthält Calcium lacticum und Kieselsäure in kolloidaler Form; als Träger ist bester Malzzucker verwendet, der auch bei längerer Aufbewahrung seine feste Konsistenz bewahrt.

Das Calsimalt ist in den letzten 2 Jahren bei ca. 400 Fällen von Lungentuberkulose in sämtlichen Arten und Stadien zur Anwendung gekommen, und es hat sich gezeigt, daß fast durchweg, auch bei schwereren Fällen, die darniederliegende Eßlust sich nach 4—6 Behandlungswochen mehr oder weniger zu heben beginnt, teilweise sogar überraschende Dimensionen annimmt, und daß damit ein Anwachsen des Körpergewichtes und eine Besserung des Krankheitsherdes Hand in Hand geht. Es sind nach den vorliegenden Krankheitsgeschichten mit sorgfältigster Wiegestatistik Gewichtszunahmen bis zu 41, 42 und 51 Pfund erreicht worden. (Letzterer Fall ein Tbc. pulm R III L II, unter Mitkontrolle von Dr. Ulrici, Sommerfeld). Daraus ergibt sich, daß das Calsimalt mit seinem Gehalt an Kalk und Kieselsäure, die doch keineswegs als Spezifika gegen die Tuberkulose angesprochen werden dürfen, in der Hand des Phthiso-Therapeuten eine hervorragende Waffe in der Defensiv-Behandlung der Lungentuberkulose darstellt, da durch dasselbe eine derartige konstitutionelle Kräftigung herbeigeführt wird, daß der erkrankte Organismus sich mit Erfolg gegen den ihm drohenden Feind wehren kann. Auch in Verbindung mit einer aggressiven Form der Therapie, d. h. einem direkten Angriff auf das erkrankte Organ resp. dessen Krankheitserreger, (Plastik, Pneumothorax, Tuberkulinkur usw.) hat das Kalk-Kieselsäurepräparat Calsimalt sich als ein unentbehrliches Komplement gezeigt, das imstande ist, den Erfolg der spezifischen Therapie zu fördern und zu vertiefen.

Als besonders ins Auge fallend hat sich im Laufe der Beobachtung ergeben, daß die Calsimalt essenden Patienten von Erkältungskrankheiten wie Grippe, Bronchitis, Pleuritis (!) usw. in diesem, an diesen Krankheiten so reichen Winter fast ganz verschont geblieben sind; außerdem ist bei Blutern nach mehr als 6 monatlichem Calsimaltgebrauch die Haemoptoe ausgeblieben. Des weiteren kann noch mit Sicherheit angenommen werden, daß das Präparat gerade bei der Prophylaxe der Tuberkulosen und auch bei anderen Schwächezuständen, Skrofulose, Chlorose, Rachitis, verzögerter Knochen- und Zahnbildung usw. hervorragendes leistet. Wenn dann

hinzukommt, daß das Calsimalt wegen seines angenehmen Geschmackes bei den Patienten, namentlich bei Kindern ungeteilten Beifall findet, so ist es gewiß lohnend, mit dem Präparat in der Praxis Versuche zu machen.

Die Verordnung ist die denkbar einfachste, Kinder bis zu 3 Jahren 1 Bonbon, bis zu 8 Jahren 2 Bonbons, bis zu 14 Jahren 3 Bonbons und Erwachsene 4—6 Bonbons täglich. In den seltenen Fällen von Süßigkeitsabscheu löst man die Bonbons in einem kleinen Quantum von kochender Milch auf und läßt dann die Lösung trinken. Hüten muß man sich, nach einem einmaligen kurzen Probeversuch sich ein Urteil zu bilden, da, wie gesagt, nur eine langdauernde, geduldige Durchführung der Verordnung zu dem gewünschten Ziel führt.

Bemerkungen zur sogenannten derivatorischen Behandlung rheumatischer Erkrankungen.

Von

Dr. T. Sternberg, praktischer Arzt, Wien.

Die derivatorische Behandlung ist wieder modern geworden und wird — wir müssen es endlich aussprechen — ziemlich kritiklos angewendet. Es unterliegt ja keinem Zweifel, daß die mächtige Wirkung mancher Derivantien, wie sie sich in prompt einsetzender starker Rötung und heftigem Brennen äußert, auch einen großen suggestiven Einfluß ausübt. Aber die Flüchtigkeit dieser Wirkung hat mit einer wirklichen Derivation im alten Sinne nichts zu tun. Derivation im Sinne der Alten war eine künstlich gesetzte chronische Entzündung, z. B. durch das Haarseil oder durch das Cantharidin und in neuerer Zeit durch das subkutan einverleibte Terpentin. Unserer Meinung nach ist die Wirksamkeit der meisten bei der Rheumatismusbehandlung so beliebten Einreibungen nicht als Derivation aufzufassen.

Die Esophylaxie der Haut, das ist ihre unspezifische Abwehrtätigkeit nach Hoffmann, ist noch eine ziemlich umstrittene Tatsache (vgl. v. Groer in der Klin. Wochenschr.). Dagegen scheint uns die Lehre von Cornelius über die Nervendruckpunkte auf viel sichererer Grundlage zu stehen. Nach ihm liegt jeder Beschwerde nervöser Natur, in weiterer Ausdehnung auch neuralgischen, rheumatischen, arteriosklerotischen und gichtischen Leiden ein sogenannter Nervenpunkt zugrunde, mit dessen Erregung die betreffende Beschwerde in Erscheinung tritt und mit dessen Beruhigung sie auch ihrerseits verschwindet. Wir sind nun der Ansicht, daß bei der Anwendung von Einreibungen eine unwillkürliche Nervendruckpunktmassage betrieben wird, die kunstgerecht ausgeführt ihren Zweck noch mehr erreichen dürfte.

Wollen wir die lokale manuelle Behandlung mit Hilfe der Einreibung rationell gestalten, dann müssen wir versuchen, zugleich auf dem perkutanen Wege kausal wirkende Stoffe einzuführen. Als das hervorragendste Spezifikum des Rheumatismus ist noch immer die Salizylsäure zu bezeichnen. Ihre Eigenschaft der Keratolyse ermöglicht, sie vollwertig auch perkutan zu applizieren. Eine ähnlich der Massage sich äußernde Hyperämie durch mild wirkende Stoffe kann dabei nur erwünscht sein.

Bei der Behandlung des akuten, wie des chronischen Muskelrheumatismus mit peroral zugeführten Reizstoffen nach Zimmer hatten wir keinen Erfolg. Mit heftig wirkenden lokalen Hyperämiemitteln hatten wir nur sehr vorübergehend Erleichterung zu schaffen vermocht. Die Applikation von Wärme in Form von Kataplasmen, Heißluft und Diathermie hatte wohl bessere Leistungen aufzuweisen, scheint jedoch in ihrer Wirksamkeit weder auf die Noxe noch auf die Nervendruckpunkte von Einfluß zu sein. Die besten Erfolge hatten wir, wenn wir die kunstgerechte Massage mit der perkutanen Einverleibung von Salizyl auf der Basis einer die Hyperämie befördernden Einreibung kombinierten.

Von den zahllosen Mitteln, die hier in Betracht kommen und von denen viele sicher ihren Dienst erfüllen, hatten wir, angeregt durch den Aufsatz von Vulpius in der Med. Klinik in letzter Zeit Doloresum mit gutem Erfolg in Verwendung. Diese Kombination von Allylsenföl, Terpentinöl, Chloroform und Salizyl entspricht den oben dargelegten Forderungen und ist nicht als unspezifisches Derivans zu bezeichnen, vielmehr als perkutanes Spezifikum, mit welchem in gleichzeitiger Anwendung der lokalen Massage wirklich Dauererfolge zu erzielen sind.

Zum Schluß darf nicht unerwähnt bleiben, daß rheumatoide Muskelschmerzen häufig initiale Symptome innerer Erkrankungen, insbesondere spezifischer Lungenaffektionen sind. Die Erfahrun[g] lehrt jedoch, daß auch in diesen Fällen, zumindest symptomatisch di[e] gleiche Therapie von Erfolg sein kann, wie vorher für die echte[n] Rheumatismen geschilderte. Ein Hinweis mehr dafür, daß di[e] sogenannten Headschen Zonen durch die in ihnen enthaltenen Nerven[-] druckpunkte determiniert sind.

Trockenbehandlung der männlichen Gonorrhoe

Von

Dr. LEVY-LENZ, Berlin.

Abgesehen von den Abortivheilungen der ganz frischen Gonorrho[en] dauern die meisten Gonorrhoen, zumal wenn man den relativ ober[-] flächlichen Sitz der Krankheit bedenkt, noch sehr lange, und darum muß jedes Verfahren, das diese Dauer zu verkürzen verspricht, ge[-] prüft werden. Schon früher hat man versucht, durch Puderbehandlun[g] die Gonorrhoe zu heilen; aber diese Versuche scheiterten meist a[n] der Kompliziertheit des angewandten Mittels, wobei ich nur an di[e] Cavibien-Stäbchen der Neißerschen Schule erinnern möchte.

Bei einer Trockenbehandlung der gonokokken-infizierten Harn[-] röhre springen zwei Vorteile besonders in die Augen: Einmal wirke[n] Pulver stark hygroskopisch und bewirken so in der Schleimhaut ein[e] nach dem Lumen der Urethra gerichtete Lymphströmung, die rei[n] mechanisch Gonokokken herausbefördert — ähnlich wie es in ge[-] ringerem Maße eine hypotonische Lösung tut; und zweitens bleibt wenn man das Pulver antiseptisch herstellt, der antiseptische Fakto[r] in der Harnröhre viel länger wirksam, als eine leicht abfließend[e] Flüssigkeit.

Man kann nun diese Trockenbehandlung leicht mit einem woh[l] in jeder Praxis vorhandenen Instrumentarium nach folgendem Schema vornehmen; notwendig ist nur eine kleine Ballspritze aus Gummi wie sie gern zum Ohrenausspritzen genommen wird, und ein dünne[r] Metall-Tubus mit Obturator, der sonst bei der Urethroskopie Ver[-] wendung findet. Als Medikament kann man z. B. folgendes Pulve[r] nehmen:

Rp. Argent. proteinic. 2,5
Faex medic. 5,0
Bol. alb. ad. 50,0
MDS. Pulver.

Selbstverständlich wird man diese Konzentration nach den be[-] stehenden Entzündungserscheinungen, der Empfindlichkeit der Harn[-] röhre usw. variieren.

Die Behandlung selbst geht folgendermaßen vor sich: Urin lassen heiße Jannet'sche Spülung mit einem leichten Desinfiziens, Einführe[n] des mittels Katheterpurin oder Borsalbe schlüpfrig gemachten Tubus mit Obturator und Entfernen des Obturators. Vorher hat man di[e] kleine Ballspritze wenig mit dem Pulver gefüllt und den Patiente[n] über die Art der Methode aufgeklärt, damit er nicht beim an sic[h] völlig schmerzlosen Einblasen erschrecke. Ansetzen des Balles a[n] den Tubus und mehrmaliges schnelles Zusammendrücken, währen[d] man gleichzeitig den Tubus langsam herauszieht. Durch den Luft[-] druck gelangt das Pulver durch den Tubus in der Richtung des ge[-] ringsten Widerstandes zwischen Tubus und Harnröhrenwandung nac[h] außen, wobei reichlich Pulver an der feuchten Urethralwand kleben bleibt. Die Prozedur ist richtig vorgenommen, wenn sich währen[d] des Blasens schon Pulver vorn aus der Harnröhre entleert und wen[n] das langsame Herausziehen des Tubus während des Blasens schwe[r] vor sich geht — ein Zeichen dafür, daß die Harnröhrenwand trocke[n] geworden ist.

Wenn es gelingt, den Patienten dreimal am Tage zu dieser Be[-] handlung in die Sprechstunde zu bekommen, kann man fast jede Go[-] norrhoe in 14 Tagen heilen, andernfalls muß Patient wie bisher z[u] Hause spritzen, während die Trockenbehandlung nur in der Sprech[-] stunde angewandt wird und viel zur Abkürzung des Prozesses bei[-] trägt. Auch zur Behandlung von chronischen und indurativen Fälle[n] ist diese Methode sehr zu empfehlen.

Ein Fortschreiten der gonorrhoischen Erkrankung ist nicht zu be[-] fürchten, da der Schließmuskel ein genügendes Hindernis bietet: Blasenurin nach der Trockenbehandlung ist immer klar.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die einfach vorzunehmende Trockenbehandlung der vorderen Gonorrhoe eine Verkürzung der Behandlungszeit zu bedeuten scheint.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

'erlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854

UMMER 29 BERLIN, DEN 22. JULI 1927 45. JAHRGANG

Originalien.

/s der chirurgischen Universitätsklinik in Halle a. d. S. (Prof. Dr. Fr. Voelcker).

Ueber nachoperative Geistesstörungen.

Von

Privatdozent Dr. JOH. VOLKMANN, Oberarzt der Klinik.

Ueberblickt man das Schrifttum der letzten 30 Jahre, soweit es nchoperative Psychosen betrifft, so ist man erstaunt, daß :h unter den etwa 90 Arbeiten kaum ein Dutzend deutsche finden. Ies entspricht in keiner Weise der Bedeutung und dem Vorkommen cser Störungen, denn wohl jeder Chirurg, der über ein größeres 1ankenmaterial verfügt, sieht jährlich einige solcher Fälle. Sie stellen f: ihn ein um so unangenehmeres Ereignis dar, als er meist darauf rcht vorbereitet ist und auch für gewöhnlich nicht über die Möglichkiten verfügt, sie sachgemäß zu behandeln. So lohnt es sich wohl, cse Frage einmal näher zu beleuchten.

Die Häufigkeit der nachoperativen Psychosen wird von den czelnen Untersuchern verschieden hoch eingeschätzt. Die Zahlen lgen zwischen 0% und 6,5%, schwanken also beträchtlich. Dabei seint es, als ob vor allem früher in dem ausländischen Schrifttum tumatische Neurosen, nicht aber reine Psychosen mit eingerechnet vorden seien. Diese Fälle müssen natürlich außer Berechnung biben. Ein zweiter Fehler liegt darin, daß zum Teil die Hundertzhlen auf die Gesamtheit der Kranken, nicht aber auf die Oprtionen allein umgerechnet worden sind oder nur auf die Gesamtheit dr einzelnen Operationen bezogen wurden, bei denen die Untersher gerade Psychosen zufällig sahen. Eine Trennung nach der Shwere der Operationen ist auch nicht möglich, da häufig die Fychosen in keinem Verhältnis zur Größe des Eingriffs stehen. Beahtet man diese Punkte, so gelangt man trotzdem zu noch niedrigern Ziffern, als gewöhnlich angegeben werden, nämlich höchstens 0%, d. h. es wurden bei fortlaufender Beobachtung von etwas mehr a: 5000 Eingriffen in der chirurgischen Universitätsklinik Halle 1 Patienten mit Psychosen festgestellt. Außerdem habe ich noch glegentlich zwei nachoperative Geistesstörungen, im ganzen also 12, gsehen. Das stimmt genau mit den Beobachtungen des Annandale bspitals in Edinburgh überein, wo auf 5500 verschiedene Oprtionen 11 Psychosen vermerkt wurden. Andere Zusammenstllungen geben vergleichsweise folgende Zahlen:

Erette 2 Psychosen auf 1800 Operationen = 0,11% (1 Hyst. fällt weg
Eoca 0 „ „ 8990 „ = 0 %
(det = 0,6–1,0–2,0%
Enis Chirurg. und gynäk. „ = 2,5%
Dkussion unter 45 Psychosen 30 gynäk. Operationen
Anandale Hspit. in Edinburgh 11 Psychosen auf 5500 verschied. Oper. = 0,2%
Fankl-Hochwart 19 Psychosen in 15 Jahren
Ertmann 1 Psychose auf 220 gyn. Operationen = 0,45% (bilaterale Adnexentfernungen)
Eward-Kelly 8 Psychosen „ 2000 Laparotomien = 0,4%
Lquer 1 Psychose „ 200 Kataraktoper. = 0,5%
L Dentu unter 68 Psychosen 38 gyn. Eingriffe.
Lwson Trait 7 Psychosen „ 7–8000 Oper. (+ 3000 Narkosen) = 0,1–0,09% (bzw. 0,07–0,06%)
Pcz unter 320 Psychosen 128 gyn. Operationen
Ryneau = 2,0%
Svage 4 Psychosen „ 483 Ovariektomien = 0,82%
Schnabel 1 Psychose auf 1500 Kataraktoper. (Wien) = 0,06%
Schnabel 12 Psychosen „ 183 Kataraktoper. (Innsbruck) = 6,5%
Segond 1 Psychose „ 642 Laparot. (Ovariotomie, Hysterektomie) = 0,16% (3 Hysterien fallen weg)
Truelle = 1,0–2,0%
Joh. Volkmann 10 Psychosen „ 5000 Operationen = 0,2%
Weiss 7 Psychosen „ 700 „ = 1,0%
Werth 3 Psychosen „ 300 gyn. „ = 1,0%

Aus dem Schrifttum standen mir in erster Linie Beobachtungen nach chirurgischen Eingriffen zur Verfügung, daneben einige nach gynäkologischen, augenärztlichen oder otiatrischen Operationen. Im ganzen handelt es sich bei 58 Untersuchern um 321 postoperative Psychosen, davon sind mir 98, darunter 12 eigene, mit genaueren Krankengeschichten bekannt, so daß sie zum Vergleich herangezogen werden können. Die letzte größere Zusammenstellung stammt aus dem Jahre 1902 von Pilcz, der 320 Fälle gesammelt, aber ohne nähere Angaben veröffentlicht hatte. Eine Nachprüfung seiner Fälle war mir wegen des alten, z. T. schwer zugänglichen Schrifttums nicht möglich. Wahrscheinlich finden sich einige wenige seiner Beobachtungen unter meiner Gesamtzusammenstellung. Unter dem Material von Pilcz waren 128mal gynäkologische, 64mal augenärztliche Eingriffe, 24mal Hernienoperationen, 54mal verschiedene Eingriffe vorhergegangen, während 29mal Angaben fehlten. Meine 98 Fälle entfallen auf Operationen an folgenden Organen: Wurmfortsatz: 14; Gebärmutter (meist Totalexstirpationen): 10; Gallenwege und Eierstöcke: je 8; Magen (Geschwüre) und Mastdarm (größtenteils Karzinom, zum Teil mit Darmverschluß): je 7; Gliedmaßenamputationen bzw. -resektionen, Vorsteherdrüse: je 5; Weichteiloperationen und Brustkorb (Rippenresektionen): je 4; Schilddrüse, Brucheinklemmung, Darmfistel, Trigeminus und Ohr: je 3; Augen und Mamma: je 2; Magen (Karzinom), Niere (Exstirpation), Blase (hoher Steinschnitt), Hirn (Tumor), Zähne (Extraktion), Injektion von Jodoformöl, Gipsverbandwechsel und Untersuchung in Narkose: je 1.

Die Geschlechter waren so verteilt, daß von 96 verwertbaren Angaben 40 Fälle Männer, 56 Frauen betrafen, also ein Verhältnis von 5:7. In meinem eigenen Material gemischt chirurgischer Fälle, wobei das Verhältnis von männlich zu weiblich etwa wie 3:2 ist, überwogen die Männer beträchtlich (9:2). Großmann erwähnt, daß von 160 Psychosen nach Kataraktoperationen 87 auf Männer, 73 auf Frauen fielen. Nach einer anderen Zusammenstellung betrafen von 12 Delirien 10 das männliche, 2 das weibliche Geschlecht.

Wohl aber ist letzteres in der Ueberzahl, wenn man die gynäkologischen Eingriffe mit heranzieht. Dagegen kann ich nicht bestätigen, daß Kinder besonders häufig betroffen seien. Es ist im Gegenteil auffällig, wie wenig sie dazu neigen.

Meist finden wir nachoperative Psychosen erst vom dritten Lebensjahrzehnt an, am häufigsten im vierten und fünften. Die Zahlen verteilen sich auf die einzelnen Jahrzehnte folgendermaßen:

	Psychosen:	männlich,	weiblich	
1. Jahrzehnt	4		4	= 6,0%
2. „	5	3	1	= 7,4%
3. „	8	4	14	= 12,0%
4. „	14	4	10	= 21,0%
5. „	14	1	13	= 21,0%

	Psychosen:	männlich:	weiblich:	
6. Jahrzehnt	10	6	4	= 15,0%
7. „	9	4	5	= 13,6%
8. „	3	2	1	= 4,0%

Bemerkenswert ist auch das seltene Vorkommen in den Heeressanitätsberichten, was wohl mit der Auswahl gesunder kräftiger Leute zusammenhängt.

Zur Einteilung der nachoperativen Psychosen erscheint es zweckmäßig, zwischen den eigentlichen wahren nachoperativen Psychosen, für die wir ätiologisch außer der Operation bisher meist keine sichere Unterlage haben, und zwischen den Formen, von manchen als uneigentliche, falsche Psychosen bezeichnet, zu unterscheiden, bei denen bestimmte ursächliche Momente mit größter Wahrscheinlichkeit nachweisbar sind. Ich werde das gleich noch im einzelnen erläutern. Viele Untersucher, vor allem auch Picqué, lassen bloß die ersten gelten. Régis unterscheidet zwischen Psychosen, die nur gelegentlich einer Operation ausbrechen, und solchen, für die der Eingriff die hauptsächlichste Ursache ist. Er teilt weiter in unmittelbare, in sekundäre (am 2.—10. Tag) und in verspätet (nach mehreren Wochen) auftretende Formen ein. David trennt erstens zwischen Psychosen, die zufällig mit der Operation auftreten und auch ohne diese zum Ausbruch gekommen wären, zweitens zwischen solchen, die durch chronische Vergiftungen bedingt und durch den Eingriff ausgelöst sind, drittens denen, die durch die Nebenwirkung von Arzneimitteln entstehen, und viertens solchen, die allein durch die Operation bedingt sind.

Ob bei der ersten Art, den wahren Psychosen, doch vielleicht organische Schädigungen vorliegen, wie von verschiedenen Seiten vermutet wird, muß noch dahingestellt bleiben. Coccinis nimmt kleinste Blutungen oder Gerinnselbildungen mit dem Sitz in den Assoziationsbahnen stummer Hirnbezirke an, während im Crileschen Laboratorium bei starken geistigen und körperlichen Einwirkungen Veränderungen in den Hirnrindenzellen beobachtet wurden. Bei Nißlscher Färbung sieht man sie an Kern und Plasma wie an Zell- und Kernmembran: Die Zellkonturen gehen verloren, das Protoplasma ist sozusagen durcheinander geraten, der Farbstoff wird schlecht angenommen, oder die Zellen sind ganz abgestorben. Die Stärke der geistigen Störung soll nun mit dem Grade der Zellschädigung zusammenhängen. Auch Beziehungen zu Schilddrüse, Hypophyse, Nebennieren und Eierstöcken sind schon lange bekannt. — Es würde also hier zu Veränderungen kommen, die den von Binswanger vermuteten ähneln. Er meint, daß ein vorübergehender Funktionsausfall dem Verlust des größten Teils der Nißlkörper (Ernährungsmaterial der Zelle) entspricht, während der Untergang der Neurosomen eine dauernde Vernichtung der Ganglienzelle verursacht. Wenn für den ersten Fall die febrile Beschleunigung des Stoffwechsels nach Großmann und Kräpelin vielleicht eine Rolle spielen soll, so stimmt das doch nicht für jene Psychosen, die ganz fieberlos verlaufen. Hier kann nur die „Erschütterung", die durch den Gewebszerfall und die lebhaft einsetzenden Ersatzvorgänge ausgelöst wird, in Betracht kommen. Für die Psychosen nach Ohroperationen nimmt Großmann an, daß es durch das Meißeln und die Infektion zu einer Meningitis serosa an der Schädelbasis, einem Oedem der Pia und einer Intoxikation des Liquors kommen und dadurch die Psychose hervorgerufen werden kann.

Die zweite Gruppe, die sogenannten falschen Psychosen, möchte ich nun wieder einteilen in Intoxikations- und in Insuffizienzpsychosen. Erstere, die Intoxikationspsychosen, kommen bei Infektionen aller Art vor, bei fieberhaften Erkrankungen, Ikterus, dann besonders bei Vergiftungen durch Arzneimittel, Chloroform, Kokain, Jodoform usw. Vor allem das letztere hat lange Zeit eine gewisse Rolle in der Aetiologie der postoperativen Psychosen gespielt. Eine Anzahl Fälle wurde früher beschrieben, als man die Wundhöhlen noch häufiger als jetzt mit großen Massen von Jodoformgaze ausstopfte. Ewald und Schlesinger nahmen an, daß dabei nicht freies, abgespaltenes Jod der schuldige Teil sei, sondern das Jodoform selbst infolge seiner großen Affinität zur Lipoidsubstanz.

Auch beim Darmverschluß beobachtet man öfters Psychosen, die sich zwanglos durch die Resorption der giftigen Stoffwechselprodukte erklären lassen. Nicht selten sind sie gerade dann aufgetreten, wenn das Hindernis beseitigt war. Wahrscheinlich hängt das damit zusammen, daß dann entweder aus dem gesunden Darmabschnitt plötzlich große Mengen der vorher zurückgehaltenen zersetzten Massen in den Körper aufgenommen werden oder bei der Ableitung nach außen ein großer Flüssigkeits- und Säfteverlust er- steht. Nach Operationen wegen Rektumkarzinomen erwähnt Ale- Stieda Psychosen. Weiter sieht man sie unter einem großen urol- gischen Material öfters bei Nieren-, Blasen- und Vorsteherdrüse- erkrankungen, denen eine mangelhafte Ausscheidung von Stickst- schlacken gemeinsam ist. Guisy hat darüber eingehend bericht- allerdings weniger nachoperative Fälle beschrieben. Selbstverstän- lich sind nicht die Bilder der einfachen Urämie gemeint, ebenso w- die Geistesstörungen bei Zuckerharnruhr hier auszuschließen sind.

Am wenigsten scheinen mir bisher die Insuffizien- psychosen gewürdigt worden zu sein, die, wie der Name sag- soll, auf Ausfallerscheinungen zurückzuführen sind. Sie stehen d- Erschöpfungspsychosen nahe. Man erlebt sie zum Beispiel bei Me- schen, vor allem vom Lande und vorgerückteren Alters, die plötzli- infolge des Krankenhausaufenthaltes aus ihren gewohnten Verhä- nissen herausgerissen worden sind. Auch Leute, denen ihre täglic- Menge Alkohol oder ihr Morphium entzogen worden ist, werden v- manchen wenigstens bis zu einem gewissen Grade hierher gerechn-

Endlich ist eine für den Chirurgen besonders wichtige Grup- die, bei der nach Anlegung einer Gallenwegsfistel dauernd die Ga- ganz oder so gut wie ganz nach außen abfließt. Boeminghau- Merkel, Urbach u. a. haben solche Fälle beschrieben. Merk- ist der Meinung, daß es durch den zu raschen Gallenabfluß zu ei- Hypercholie mit Resorption von Galle in der Leber und damit einer Reizung der psychischen Rindenzentren komme. Dem ist sch- Urbach entgegengetreten. Ihn konnte, wie es auch Boemin- haus mit Recht betont, diese Auffassung nicht befriedigen, da bei Choledochusverschluß viel mehr Galle resorbiert wird. Urba- lehnt aber auch die Intoxikation vom Darme aus infolge Fehlens d- Galle ab, weil eine seiner Patientinnen vor der Operation stark- Ikterus mit acholischem Stuhl ohne Psychose hatte. In der Tat müß- ein Unterschied gemacht werden, ob die Galle nur nicht in den Da- kommt oder überhaupt ganz abfließt. Deshalb vertritt Boemin- haus die Ansicht, daß es sich doch um Intoxikationspsychos- handelt, bei denen gewisse Stoffwechselerzeugnisse im Darm nicht der richtigen Weise abgebaut werden und bei ihrem Uebertritt in d- Kreislauf vergiftend wirken. Ebenso wahrscheinlich erscheint n- die Auffassung, daß dem Körper Stoffe entzogen werden, die eige- lich anderen Zwecken dienen sollten. Urbach hat das seiner Z- schon angedeutet, aber nicht weiter verfolgt. (Cholesterin-Lezithin- Man könnte sich z. B. eine Vorstellung derart machen, daß so, w- sich manchmal bei länger bestehender Gallenfistel eine Osteoporo- entwickelt, die vielleicht auf Kalkmangel zu beziehen ist, möglich- weise auch die Hirnzellen keine genügende Kalkzufuhr mehr hab- oder sonstige Störungen im normalen Ablauf der Hirntätigkeit a- treten. Es würde dann ein Mangel an Galle (und Kalk?) die gerege- Funktion und das Gleichgewicht (vielleicht zwischen Lezithin u- Cholesterin?) stören, ein Ueberschuß eine Reizung hervorrufen. ist nicht ausgeschlossen, daß sich auf diesem Wege wissenschaftli- begründbare Beziehungen zu der im Volksmund üblichen Auffassu- von der Wirkung der Galle auf das Temperament aufdecken lass-

Für alle diese Gruppen, vor allem aber für die erste der wahr- Psychosen, spielt natürlich eine Anlage dazu eine nicht unwese- liche Rolle. Man sollte deshalb auch immer in der Vorgeschich- nach erblichen Einflüssen, psychopathischer Konstitution, Nervosit- Aufgeregtheit, Hypochondrie, Hysterie, Angst vor der Operation us- fahnden. Ich fand unter 62 Fällen, bei denen die Vorgeschichte b- sonders erwähnt war, 26mal, d. h. in 41,9%, keinerlei erbliche B- lastung persönlicher oder familiärer Art; 9mal waren nur in d- nächsten Verwandtschaft verdächtige Anzeichen da, sonst immer den Kranken selbst oder bei ihnen und der Familie.

Die klinischen Erscheinungen sind ziemlich glei- förmig. Sie fallen durchschnittlich unter das allgemeine Bild d- Amentia, der Verwirrtheit. Einmal handelt es sich dabei Erregungszustände. Das ist bei weitem die häufigere Form und fa- sich unter 97 verwertbaren Fällen 59mal, das heißt in 59,79%. Sel- ner sind depressive Zustände: 27mal, also kaum halb so oft. Bei d- übrigen lagen Mischformen vor. Nach der Bonhoefferschen E- teilung rechnen diese Psychosen zu den durch grobe äußere Schä- gungen hervorgerufenen exogenen Formen gegenüber den endo- nen, zu denen zum Beispiel das manisch-depressive Irresein geh- Allerdings ist eine reinliche Scheidung dieser beiden Gruppen ni- immer ganz leicht durchzuführen. Kleist bezeichnet diese Z- standbilder nach Operationen als heteronom, d. h. dem norma- Geistesleben fremdartig, im Gegensatz zum manischen, melanch-

‹chen oder paranoischen Symptomenkomplex, der als homonom dem ;eistesgesunden Zustand nahesteht. Auf Einzelheiten in der Namenzebung kann ich hier nicht eingehen, da über diesen Punkt im sychiatrischen Schrifttum selbst noch keine Einigung zu herrschen scheint.

Mit Recht wird immer betont, daß im allgemeinen nur gewisse Zustandsbilder (Kleist) bestehen, die schwer oder gar nicht auf inen gemeinsamen ätiologischen Faktor gebracht werden können. Die Operation als solche ist nur als auslösendes Moment anzusehen, vobei aber für unsere jetzigen Untersuchungsverfahren es in vielen ällen nicht gelingt, eine Anlage nachzuweisen. Andererseits gibt es nter den von nachoperativen Psychosen befallenen Kranken manche, ie bei näherer Durchforschung ihrer Persönlichkeit manches Interessante bieten. (Pönitz hat einige meiner Kranken von diesen Geichtspunkten aus beobachtet, doch ist das gewonnene Material noch icht umfangreich genug.) Auf Grund solcher Verhältnisse bricht dann lie Psychose mehr oder weniger unverhofft aus, oft ganz plötzlich mit inem hochgradigen akuten Erregungszustand einsetzend, vie ich ihn bei dem Ueberfall eines Patienten auf eine Schwester rlebte, oder auch allmählich mit gewissen Beklemmungsgefühlen beinnend. Hier könnten vielleicht manchmal unbewußte Erinnerungen n eine Narkose und die damit verbundene Angst mitspielen. Dazu ommen weiter Verwirrtheit, Unorientiertheit und Sinnestäuschungen, or allem von seiten des Gehörs, aber auch des Gesichts. Jetzt teigern sich die motorische Erregung und psychische Unruhe oft zu chwersten Ausbrüchen, die es kaum möglich machen, den Kranken u bändigen. Bei den besonderen Formen von Psychosen nach odoformgebrauch beobachtet man außerdem ein Grimassieren, das vahrscheinlich auf die vermehrte Ausscheidung von Jodoformpeichel zurückzuführen ist. Jodoform wirkt ja nicht so sehr, wie chon früher erwähnt wurde, durch Abspaltung von freiem Jod wie urch das Jodoform selbst, das an Lipoide gebunden und im Harn n Paarung mit Glykuronsäure ausgeschieden wird. Aehnlich wie beim Chloroform spräche man am besten von einer Intoleranz gegenüber odoform, nicht von einer Intoxikation (Ewald).

Seltener als diese erregten Psychosen sind die stuporösen ormen, bei denen die Patienten unbeweglich, teilnahmslos daegen und jeder Nahrungszufuhr den größten Widerstand entgegenetzen. Dabei treten sowohl melancholische wie hypochondrische orstellung manchmal in den Vordergrund. Die Neigung zum Selbstnord ist nicht zu unterschätzen.

Der Rückgang erfolgt meist allmählich mit langsamer Aufellung, Krankheitseinsicht und vorübergehenden Unterbrechungen der Verschlimmerungen. Die Heilung und Wiederherstellung kann eine vollständige sein. Bisweilen bleibt ein Schwächeustand oder ein Erinnerungsdefekt im Sinne Korsakoffs zurück.

Die meisten Psychosen treten nun in den ersten 14 Tagen nach em Eingriff auf. Im einzelnen entfallen auf die erste Woche 68,23%, uf den ersten bis zehnten Tag 83,32% und auf die beiden ersten Vochen 90,5%. Der späteste Beginn war nach 9 Wochen. Sie lingen in der Hälfte der Fälle (53,24%) bis zur dritten Woche ab, 1,81% sind nach zwei Monaten verschwunden. Die Neigung um Chronischwerden ist selten, sie wurde nur dreimal vererkt. Doch sind auch eine ganze Reihe von Todesfällen bechrieben, z. T. mit ausführlichem Sektionsbericht und histologischer ntersuchung, ohne daß dabei sichere Anhaltspunkte für die Aetiogie der betreffenden Psychose gefunden wurden.

Aus dem vorher Gesagten ist die Prognose also im allgeeinen günstig zu stellen. Immerhin ist man solange vor Ueberschungen nicht geschützt, als man nicht sicher weiß, ob chirurische Erkrankung und Psychose einander gleichgeordnet sind, inem beide auf dieselbe vorläufig noch unbekannte Ursache zurückuführen sind, oder ob die eine der anderen vorhergeht beziehungseise nachfolgt.

Die Behandlung ist, soweit angängig, eine kausale, h. sie soll die Ursachen der Intoxikation oder Insuffizienz beitigen: also Behebung eines Darmverschlusses, Förderung der ierenfunktion, Verschluß einer Gallenfistel und was dergleichen ehr ist. Depressive Patienten bedürfen manchmal der instlichen Ernährung. Man muß bei ihnen vor allem an die Gefahr es Selbstmordes denken. Erregte Kranke sollen vor Schädigung ihrer Person und vor allem auch ihrer Umgebung (Kranke, Pflegepersonal, Aerzte) geschützt werden. Ob und welche Schlafder Beruhigungsmittel zu geben sind, hängt jeweils von einem ersuch ab. Die einzelnen Kranken reagieren sehr verschieden darauf. Meist ist das alles in einer chirurgischen Klinik nur schwierig durchführbar, weil Einrichtungen, Aerzte, Schwestern und Wärter auf solche Zwischenfälle nicht eingestellt sind. Da aber bei der Ueberführung in eine psychiatrische Klinik die chirurgische Weiterbehandlung erschwert oder gestört ist, empfiehlt es sich, bei dem Neubau chirurgischer Anstalten für besondere Einzelzimmer zur Unterbringung von Kranken dieser Art zu sorgen. Ich habe Aehnliches bisher auch in den modernsten Abteilungen vermißt, aber jeder, der diese Fälle öfters erlebt hat, wird mir die Nützlichkeit und Notwendigkeit solcher Räume zugeben müssen.

Schließlich ein Wort zur Verhütung der nachoperativen Psychosen. Sie besteht in der genauen Aufnahme der Vorgeschichte mit Durchforschung der Persönlichkeit und dem Nachweis etwaiger Anlagen oder früherer Geistesstörungen. Besonders vorsichtig sei man bei Kranken mit großer Operationsfurcht, zumal wenn es sich nicht um lebensnotwendige Eingriffe handelt. Aeltere Leute bringe man möglichst wenig aus ihren Lebensgewohnheiten heraus. Trotzdem wird stets noch eine Anzahl von Psychosen übrigbleiben, wo der Chirurg oder Gynäkologe wie von einem Blitz aus heiterem Himmel überrascht wird.

Ein Schriftennachweis über 87 Arbeiten blieb wegen Raummangels fort.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Franz-Joseph I.-Spitals in Szolnok (Ungarn).

Eine vereinfachte Präzipitationsreaktion der Lues.

Von
Dr. J. EMMERICH ORSOS, Chefarzt.

Beständiges Bestreben der Serologen ist die Ausarbeitung spezifischer Reaktionen, welche zur Erkennung der verschiedenen Erkrankungen verläßlich angewandt werden könnten. Ein anderer Gesichtspunkt außer der Verläßlichkeit ist die Einfachheit. Dem praktischen Zweck folgen natürlich theoretische Erklärungsversuche über das chemische und biologische Wesen der Reaktionen.

Die Forschungsergebnisse sind zwar oft widersprechend, hatten jedoch unsere Kenntnisse in mancher Beziehung zweifellos bereichert. Nach Weisbach hängen die Syphilisreaktionen im Wesen nicht von der Anwesenheit spezifischer Körper, sondern vom Globulingehalt der Seren ab. Nach Felke spielen hierin nicht nur die Globulinfraktionen, sondern auch die Albuminfraktionen eine Rolle, zumal sie reaktionswichtige Lipoide zum größten Teil enthalten. Robitschek, Niederhoff haben nachgewiesen, daß die in den Flocken der Sachs-Georgi-Reaktion vorhandenen Lipoide in enger Verbindung zu den Antigenlipoiden stehen, ja der letztere Autor behauptet auf Grund seiner quantitativen Untersuchungen, daß sie in den Flocken nicht nachgewiesen werden. Hatte er aber die Globuline nach der Methode von Weisbach gefällt, so kam keine Reaktion mehr zustande. Dagegen können ebenfalls nach Niederhoff auch mit gesunden Seren positive Reaktionen erhalten werden, wenn man sie mit Globulinen versetzt. H. Schmidt gab dafür eine kolloidchemische Erklärung. Die Oberflächenspannung der kranken Seren soll nämlich infolge der Vermehrung an sauerreagierenden Globulinradikalen beträchtlich geringer sein. Setzt man jetzt lipoidreiche alkoholische Organextrakte hinzu, so nimmt die Oberflächenspannung zu. Er erklärt diese Tatsache so, daß der alkoholische Extrakt die die Oberflächenspannung herabsetzenden Substanzen, d. h. die Globuline infolge Niederschlagsbildung, aus dem Serum eliminiert (absorbiert). Neuerlich hat auch Hahn diese Beobachtungen bekräftigt und er erblickt die Ursache aller ähnlicher Reaktionen in einer gegenseitigen Wirkung von Kolloidsubstanzen. Die Syphilis betreffend interessiert den Kliniker vor allem die Verwendbarkeit, welche sehr von dem Umstand beeinträchtigt wird, daß die Ergebnisse der Seroreaktion und das klinische Bild sich nicht immer decken. Schultz, Wilk, Eberhard, Lombardo, Müller, Gaehtgens usw. fanden mit vergleichenden Untersuchungen an einem großen Material beträchtliche (8—24%) Abweichungen zwischen den einzelnen Methoden. Teils ergaben andere Erkrankungen unspezifische positive Reaktionen, teils blieben solche bei klinisch ausgesprochener Lues aus. Diese störenden Ausnahmen setzen freilich die Verwendbarkeit dieser Methoden gewissermaßen herab, schließen es aber nicht aus, daß die Reaktionen doch nach bestimmter Gesetzmäßigkeit verlaufen. Die Ursache der Abweichungen ist wahrscheinlich in noch unbekannten Variationen der gegenseitigen Kolloidwirkungen zu suchen.

Deshalb empfiehlt Trossarello die gleichzeitige Anwendung von 2—3 Antigenen.

Der Grund sonstiger Fehler liegt in der technischen Ausführung, so nach Kolmer im veralteten Serum, nach Frank, Philippson in Temperaturschwankungen. Nach den letzteren soll die Menge des Niederschlages bei den Prezipitationsreaktionen mit der Temperaturzunahme abnehmen, ja seine Bildung kann ganz ausbleiben. Taniguchi beobachtete, daß die überfeine Granulation des Niederschlages bei der SGR. die genaue Ablesung hindert. Grütz empfiehlt die Ablesung nach 48 Stunden, weil der Niederschlag dann schon ausgesprochener ist, als nach 24 Stunden.

Im Rahmen dieses Aufsatzes kann ich mich nicht in eine ausführliche Kritik der Präzipitationsreaktion einlassen, ich möchte es nur im allgemeinen betonen, daß die gleichzeitige Untersuchung jedes Serums mit verschiedenen Reaktionen sehr empfehlenswert ist, weil so am wenigsten ein Irrtum unterläuft.

Ich stelle die Seroreaktionen mit zwei Wassermann-Antigenen, mit einem Sachs-Georgi-Antigen und mit einer MDM. (Meinicke dritte Modifikation) an. Paralleluntersuchungen von 1672 Seren ergaben folgende Resultate:

Nach	WaR	SGR	MDM
Der klinisch festgestellten Lues entsprechender waren die Resultate in	56	19	17 Fällen
Neben negativer Wa spezifisch positiv waren	—	15	18 „
Neben positiver Wa negativ waren .	—	47	40 „
Neben einer stark positiven Reaktion die anderen negativ in	22	15	6 „
Ganze Serien versagten	—	5/59 Seren	13/215 Seren

Aus dieser Tabelle geht also hervor, daß bei Untersuchung von 1672 Seren:

1. Die Wassermannsche Reaktion in 56 Fällen dem klinischen Bilde entsprechenderes Resultat ergab, als die anderen zwei Reaktionen. Die S. G. R. tat dies nur in 19, die MDM. nur in 17 Fällen.

2. Bei völlig negativem Wassermann erhielt ich schwach positive, spezifische Reaktionen mit der S. G. R. in 15, mit der MDM. in 18 Fällen.

3. Nebst positivem Wassermann war die S. G. R. in 47 Fällen, die MDM. in 40 Fällen negativ ausgefallen.

4. Einen auffallennen Widerspruch, d. h. stark positives Resultat neben der Negativität der beiden anderen Reaktionen beobachtete ich bei der WaR. in 22, bei der S. G. R. in 15, bei der MDM. in 6 Fällen.

5. Serienversager bei WaR. 0, bei S. G. R. 5 Fälle (59 Seren), bei der MDM. 13 Fälle (215 Seren).

Die Vorschriften wurden stets genau eingehalten. Die Ursache des Versagens will ich hier nicht zu erklären versuchen, es wäre ja ohnehin nur ein Tasten im Dunkeln.

Der Widerspruch zwischen den einzelnen Reaktionen bewog mich zu weiteren Versuchen mit serologischen Systemen, um zu ermitteln, von welchem Einfluß quantitative Kombinationen der einzelnen Reaktionselemente und Temperaturschwankungen auf die Feinheit der Reaktionen sind?

So fand ich eine einfache, der S. G.schen Reaktion ähnliche Reaktion Man nimmt 0,2 ccm aus dem inaktivierten Serum und vermischt es mit 0,5 ccm vorschriftsmäßig verdünntem S. G.-Antigen. (Antigenverdünnung: zu 1 Teil originalem S. G.-Antigen wird mit rascher Einblasung 1 Teil phys. Kochsalzlösung hinzugefügt, das ganze ½ Min. lang geschüttelt, dann wiederum 4 Teile phys. Kochsalzlösung hinzugefügt und gut vermischt. Nach 2 Min. wird die Flüssigkeit den Seren zugesetzt.) Nun kommen die Röhrchen auf 24 Stunden in den Brutschrank von 37° C. Ist die Flockenbildung in der kontrollweise angestellten S. G.-Reaktion noch nicht komplett, so werden beide Reaktionen auf noch einmal 24 Stunden in den Thermostat gestellt.

Im Falle einer Positivität entsteht in der eben beschriebenen Reaktion eine der S. G.-Reaktion ähnliche Flockung, weshalb auch die Ablesung identisch ist. Negative Seren opaliszieren auch noch nach 48 Stunden. Bei positiven Reaktionen ist die überstehende Flüssigkeit klar, der sedimentierte Niederschlag grob flockig. Man möchte auf den ersten Blick bei meiner Reaktion überstarke, unspezifisch positive Ergebnisse erwarten, da ja in der Volumeinheit 6 mal so viel Serum enthalten ist, wie bei der S. G. R. Das ist jedoch nicht der Fall, die Reaktionen sind optisch klar und klinisch entsprechend und stimmen mit der WaR. viel eher überein, als die S. G. R. Als Kliniker will ich diese auffallenden, den theoretischen Ueberlegungen anscheinend widersprechenden Resultate serologisch nicht erklären. Meine Beobachtungen bekräftigen zweifellos die Feststellungen von Weisbach, H. Schmidt, Hahn, wonach diese Reaktionen eigentlich nicht streng spezifisch seien, sondern Gradmesser der gegenseitigen Einwirkung von gewissen Kolloidstoffen.

Dieser letztere Gedanke gab mir Anlaß zu weiteren Beobachtungen bzw. Versuchen. So fand ich, daß das chylöse Serum die Reaktion nicht beeinflußt, nur die Ablesung erschwert infolge der Trübheit. Temperaturschwankungen (Wasserbad, Zimmertemperatur) waren ohne Einfluß. Nach Kolmer entstehen in alten Seren antikomplementäre Eigenschaften (infolge Fäulniß), wodurch bei der WaR. unspezifisch positive Resultate erhalten werden können. Strempel fand die S. G. R. auch bei faulen, hämolitischen Seren noch brauchbar, als die MDM. bereits versagte. Auch ich stellte diesbezügliche Versuche an, die bisherigen Ergebnisse sind so interessant, daß ich über sie ein anderes Mal berichten möchte. Temperaturschwankungen besonders nach aufwärts bewirken das Verkleben des Niederschlages, dem man aber mit Schütteln leicht abhelfen kann. Steht die Serie 48 Stunden lang im Thermostat, so kann sich auch in negativen Seren ein ganz feines, nebelartiges Sediment bilden, welches auf Schütteln sofort verschwindet. Diese Erscheinung kommt auch bei der S. G. R. vor und führt bei schwachen Reaktionen oder in Fällen von losem Niederschlag zu gewissen Schwierigkeiten bei der Ablesung.

Bisher untersuchte ich mit meiner Methode 1062 Seren, parall[illegible] mit den übrigen Reaktionen. Unspezifisch positive Reaktionen hab[illegible] ich bisher nicht bekommen, obwohl ich auch Seren von schwe[illegible] Herz-, Nierenkranken und Tuberkulösen systematisch untersucht[illegible]

Vergleichend kann folgendes festgestellt werden:

1. Stärker spezifisch als die WaR. erwiesen sich die S. G. R. in [illegible] meine in 16 Fällen.
2. Schwächer, als die WaR. waren die S. G. R. in 17, meine i[illegible] 16 Fällen.
3. Neben negativer WaR. waren spezifisch positiv die S. G. [illegible] in 21, meine in 22 Fällen.
4. Neben positiver WaR. waren negativ die S. G. R. in 30, di[illegible] meine in 23 Fällen.

Bemerken will ich, daß bei dieser Vergleichung auch die ge[illegible]ringeren Abweichungen in Betracht gezogen wurden. Mit meine[illegible] Methode hatte ich keine einzige Serie in der Gänze verloren.

Die Ergebnisse meiner Reaktion stimmen mit denen der Wa[illegible] viel eher überein, als die der originalen S. G. R.

Auf Grund dieser Ausführungen halte ich meine Reaktion fi[illegible] gleichwertig mit den bisher bekannten und allgemein angewandte[illegible] Präzipitationsreaktionen, und sie ist viel einfacher.

Literatur:

Eberhard, Leonhardt: D. m. W. 47. Jahrg. Nr. 10. 1921.
Felke: Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Ther. Bd. orig. 32. Nr. 2. 1921.
Frank, Nikolaus: Orvosi Hetilap, Jhrg. 65, Nr. 21. 1921.
Gaehtgens, W.: Arch. f. Derm. u. Syh. Bd. orig. 129. 1921.
Gaehtgens, W.: Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. orig. 129. 1921.
Grütz, O.: Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. orig. 134. 1921.
v. Hahn, dr. F. V.: Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. 21. H. 7/8. 19[illegible]
Kolmer, John A.: Americ. Journ. of syph. Bd. 5. Nr. 3. 1921.
Lombardó, Michele: Ann. di clin. med. Jhrg. 10. H. 4. 1921.
Müller, Gerhardt: Berl. kl. Wochenschr. Jahrg. 58. Nr. 11. 1921.
Niederhoff, Paul: M. m. W. Jahrg. 68. Nr. 11. 1921.
Niederhoff, Paul: Arb. a. d. Staatsinst. f. exp. Therapie und Georg-Spey[illegible] Haus Frankfurt a. M. H. 12. 1921.
Phillippson, Luigi: Haematologica. Bd. 5. H. 2. 1924.
Robitschek, Walter: Derm. Wochenschr. Bd. 73. Nr. 30. 1921.
Schmidt, Hans: Med. Klin. Jahrg. 17. Nr. 20. 1921.
Schultz, Marta: Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. Orig. 135. 1921.
Strempel, Rudolf: Med. Klin. Jahrg. 17. Nr. 3. 1921.
Taniguchi T. u. N. Yoschinare: Brit. Jour. of. syph. Nr. 3163, 1921; B[illegible] Jour. of exp. pathol. Bd. 2 Nr. 1, 1921.
Weisbach, W.: D. m. W. Jahrg. 47. Nr. 22. 1921.
Wilk, Karl: Zbl. f. Bakt., Parasiten u. Infektionskr. 1. Abt. Bd. Orig. 86, H. [illegible] 1921.

Laufende medizinische Literatur.

Medizinische Klinik.

Nr. 23, 10. Juni 1927.

Akute lymphatische Leukämie (Leukaemia thymica). Während Naegeli die lymphatische Leukämie als die häufigste aller dieser Krankheiten bezeichnet, weil gerade bei Kindern jede Lymphadenose akut verläuft, steht Sternberg auf dem Standpunkt, daß die akute myeloische Leukämie häufiger, die akute lymphatische dagegen selten sei. Dengler schildert nun einen Fall von akuter leukämischer Lymphadenose bei einem 18jährigen Manne. Außer generalisierter Lymphdrüsenschwellung, Milztumor und Hyperplasie der Tonsillen war ein Tumor im vorderen Mediastinum vorhanden, welcher auf Grund histologischer Untersuchung durch den Nachweis Hassalscher Körperchen als gewaltige leukämische Hyperplasie des Thymus als sogenannte „Leukaemia thymica" diagnostiziert wurde.

Die Injektionsbehandlung der Haemorrhoidalknoten hat nach Bonheim vor der einfachen Saugbehandlung folgende Vorzüge: Die Injektionsbehandlung ist in allen Fällen anstelle der operativen anwendbar und das Verfahren ist vollkommen schmerzlos. Die Ausführung ist mit einigen Kautelen leicht vorzunehmen und die Heilung verläuft schnell und ohne unangenehme Zwischenfälle für den Patienten. Verf. hat Rezidive bisher nicht beobachtet. Aus der Indikationsstellung sei hervorgehoben, daß kleinere Haemorrhoidalbeschwerden und leichte Schwellungen nach wie vor mit Diät, Regelung des Stuhlgangs und mit Salben und Zäpfchen behandelt werden. Bonheim verfährt bei einer Injektionsbehandlung folgendermaßen: Er reinigt am Tage vor dem Eingriff den Darm morgens mit Rizinusöl und abends mittels eines Wassereinlaufes. Des weiteren saugt er die Haemorrhoidalknoten durch Aufsetzen eines möglichst gut passenden und eingefetteten Saugglases zweimal je 15 Minuten möglichst weit heraus. Bezüglich der Betäubung sei erwähnt, daß die Operation im Chloraethylrausch oder auch in Lokalanaesthesie vorgenommen werden kann. Die Injektion wird mit 90proz. reinen Alkohol ausgeführt. Infolge der anaesthesierenden Wirkung der Alkoholinjektion bleibt der Nachschmerz nach dem Eingriff völlig fort. Auch Opium wird nicht gegeben, sondern im Gegenteil sogar kleine Mengen Bitterwasser. Verf. fordert, daß die Injektionsbehandlung der Haemorrhoiden zur Methode der Wahl erhoben werden sollte, weil er in mehreren Jahren nur ausschließlich gute Erfolge gehabt hat. Hofbauer, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 27, 1. Juli 1927.

Zur Synthalinbehandlung der Zuckerkranken. Verfasser verfügt über 200 klinische Beobachtungen an Diabetikern, die mit Synthalin behandelt wurden. Die Synthalindarreichung verringert die Glykosurie der Zuckerkranken. Eine Verringerung der Tageszuckerausscheidung von mehr als 30 g scheitert in der Regel auf die Dauer an den toxischen Nebenwirkungen der Synthalindosen, die dazu erforderlich wären. Die Wirkung auf die Zuckerausscheidung tritt später ein als beim Insulin, ist aber nachhaltiger. Eine durch absichtlich ungenügende Insulinierung bestehen bleibende Restglykosurie kann, auch bei schweren Diabetesformen, durch Hinzufügung von Synthalin beseitigt werden. Synthalindarreichung hat antiketogene Wirkung. Zuweilen sind erhebliche Senkungen des Blutzuckers durch die Synthalinbehandlung erzielt worden, aber niemals eine Normoglykämie trotz erreichter Aglykosurie.

Die besten Erfolge der Synthalintherapie bringt die Kombinationstherapie mit Insulin. Der planmäßige Insulinabbau, nach erreichter Aglykosurie, kann dadurch wesentlich beschleunigt werden. Unter diesen Umständen kann man in der Regel unter Zuhilfenahme von Synthalin — am besten 25 mg jeden zweiten Tag zur Hauptmahlzeit — sogar täglich 4 Insulineinheiten abbauen und so die Insulinbehandlungsdauer wesentlich abkürzen. Nach Auffassung Umbers ist die extrainsuläre Glycosuria innocens typischer Art gegen Synthalin ebenso refraktär wie gegen Insulin. Gewichtszunahmen spielen bei der Synthalinbehandlung, im Gegensatz zur Insulintherapie, keine bedeutende Rolle. Nur in 3 Fällen sah Verfasser Gewichtszunahmen von 2 bis 3 kg.

Ungeeignet ist die Synthalinbehandlung bei Kranken, die operiert werden müssen. Hier ist das Insulin zur Erzielung der zur Operation notwendigen Normoglykämie durchaus souverän. Die sehr bewährte Methode der Ueberinsulinierung bis an die Hypoglykämiegrenze, eine Methode, die die Gefahren der postoperativen Komas auch bei schweren Diabetikern beseitigt und die Heilung der Wunden sehr beschleunigt, empfiehlt Verfasser von neuem.

Die unerwünschten Nebenwirkungen des Synthalins, die auch bei vorsichtigster Intervalltherapie und selbst bei der Kombinationstherapie nicht zu vermeiden sind, stellen einen Nachteil der Synthalinbehandlung dar.

Der alimentäre Faktor bei der Entstehung der Anämien im Kindesalter und bei Erwachsenen. Aehnlich wie die Klinik der „Nährschäden" der Kinderheilkunde in erster Linie zu verdanken ist, wird hier in großzügiger Weise der Zusammenhang alimentärer Faktoren mit den Anämien, ausgehend von der Beobachtung am Kleinkinde, besprochen. Es wird auf die Beziehungen der Vitamine zu den Hormonen hingewiesen, und der sogenannte Jaksch-Hayemsche Typ der kindlichen Anämie mit der perniziösen Anämie in weitgehende Beziehungen gesetzt. Wie beim Skorbut sind auch dabei Zeichen einer allgemeinen hämorrhagischen Diathese, vor allem Zahnfleischblutungen und Glossitis zu beobachten, wobei der indischen Sprue, einer typisch skorbutischen Erkrankung mit perniziösem Blutbild gedacht wird. Alle diese Erkrankungsformen sind von Seyderholm, Faber, Bessau u. a. in ihren Beziehungen zu Nährschäden (Faulnährschaden etc.) studiert worden, und die ernährungstherapeutischen Maßnahmen, bei denen man bisher eine gewisse Heilwirkung bei der perniziösen Anämie rein empirisch beobachtet hat, haben dadurch eine ernährungsphysiologische Grundlage erhalten.

Man wird bestrebt sein müssen, eine Kost zu geben, die möglichst reichlich wasserlösliche Vitamine in wirksamer Form und aus verschiedenen Quellen enthält, unbedingt eine Obstipation verhütet und auch sonst ausreichend alle Nährstoffe enthält. Als Vitaminträger sind besonders empfehlenswert: Tomaten, Zitronen, Apfelsinen, roher Fleischsaft, nur kalt gewaschene frische Gemüse, Salate, daneben frische Buttermilch oder Kefir. Von Früchten, Salaten, Fruchtsäften muß man wochen-, ja monatelang große Mengen geben, wenn der Vitaminmangel wirklich erfolgreich bekämpft werden soll: Jeden Tag z. B. 2 bis 3 rohe Tomaten, den Saft von 3 Apfelsinen, von 1 Zitrone und von ½ Pfund rohem Fleisch, dazu 3 bis 4 rohe Mohrrüben oder deren Saft. Ebenso wie bei der Behandlung der schweren Anämien im Kindesalter wird man vielleicht in schweren Fällen neben dieser Ernährungstherapie auf ein so wirksames Hilfsmittel wie die Bluttransfusion mindestens im Beginn der Behandlung nicht verzichten. Die Substitutionstherapie mit großen Blutmengen macht jedenfalls manches Kind erst lebensfähig und versetzt uns in den Stand, die Ernährungstherapie durchzuführen.

Es ist nun Sache der Internisten, die Frage eingehend zu prüfen, wieweit die Schlüsse, die sich auf statistische Beobachtungen und die klinischen Erfahrungen bei der Behandlung kindlicher Anämien stützen, für die Perniziosa wirklich zu Recht bestehen.

Ueber „Seitenstechen". Verfasser weist nach, daß der Sitz das Abdomen ist, und daß es mit Organen der Brusthöhle, insbesondere dem Herzen in keinerlei Zusammenhang steht. Auch ein einzelnes Organ der Bauchhöhle, wie z. B. die Milz oder die Leber, kommt als Ursache des Seitenstechens nicht in Betracht. Es wird bewiesen, daß eine direkte ursächliche Beziehung der rhythmisch-schüttelnden

Bewegung zugeschrieben werden muß. Dies und die Häufigkeit des Auftretens bei vollem Magen erlaubt die Annahme, daß die Aufhängebänder des Magens und Darms bei der Entstehung des Schmerzes beteiligt sind. Außerdem kommt eine Disposition dazu in Frage. Der Praktiker muß sich hüten, aus Stichen in der linken Brustseite, die bei langem und schmalem Thorax durch Hochstand der Zwerchfellkuppel wirklich in der Herzgegend empfunden werden, eine Herzerkrankung zu diagnostizieren.

Fokale Infektion. Seit 15 Jahren wird in Amerika an dem Problem der fokalen Infektion gearbeitet, und seit 1915 hat E. C. Rosenow die Mayo-Klinik zum Zentralpunkt dieser Forschung gemacht. Hier hat Precht an Ort und Stelle ein Jahr verbracht und gibt nun über die Anschauungen und therapeutische Arbeitsweise dieser Klinik einen äußerst interessanten Bericht. Von Bedeutung ist vor allen Dingen, daß Rosenow den „Organotropismus" der Bakterien experimentell nachweisen konnte, d. h., daß infolge eines elektiven Lokalisationsvermögens der aus menschlichen Krankheitsherden gewonnenen Bakterien es möglich ist, im Tierexperiment die Krankheit der Patienten (z. B. Appendizitis, Duodenalulzera) zu reproduzieren. Die überraschenden Erfolge der Mayo-Klinik bei der Heilung kryptogener Infektionen durch rücksichtsloses Opfern von Zähnen und Tonsillen sind wohl auch damit in Zusammenhang zu bringen, daß hier ein besonders ausgewähltes Material von Kranken zusammenkommt, denen in vielen anderen Instanzen und mit anderen Methoden keine Heilung gebracht werden konnte. Wenn es auch etwas kraß klingen mag, so liegt doch in dem Ausspruch Mayos ein tiefer Sinn, daß die Chirurgie der Magen- und Darmgeschwüre an den Zähnen beginnt.

Der Verfasser geht auf die Diagnostik und Therapie der fokalen Infektion hauptsächlich vom Standpunkte des Zahnarztes ein, wobei den Zähnen die Tonsillen klinisch gleichzustellen sind.

Arnold Hirsch, Berlin.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 27, 2. Juli 1927.

Ueber die Entstehungsbedingungen der spontanen Venenthrombose. Auf Grund der morphologischen Ergebnisse im Sinne Aschoffs und der experimentellen und klinischen Beobachtungen halten die Verfasser folgende Anschauungen über die wichtigsten Entstehungsbedingungen der spontanen Venenthrombose für berechtigt:

Es kommt zuerst zu einer Veränderung der normalen physikochemischen Struktur des Blutplasmas vor allem dadurch, daß die Eiweißkörper, welche durch einen der aktuellen Blutreaktion nahen isoelektrischen Punkt und infolgedessen durch eine verhältnismäßig sehr geringe elektronegative Ladung ausgezeichnet sind: das sogenannte Fibrinogen und Globulin eine ausgeprägte quantitative Zunahme erfahren; die Ursache dieser Abweichung vom Normalen darf mit großer Wahrscheinlichkeit in einem abnormen Zellchemismus im Sinne einer übermäßigen Zellmauserung gesucht werden. Diese Anreicherung an schwach negativ aufgeladenen (Globulin-) bis elektrisch nahezu neutralen (Fibrinogen-) Kolloiden setzt die normalerweise verhältnismäßig große elektronegative Ladung der Plättchen herab, vermindert dadurch ihre wechselseitige elektrostatische Abstoßung und schafft solcherweise die Voraussetzung zu einer Spontanagglutination derselben. Diese kann jedoch im strömenden Blute erst erfolgen, wenn es aus irgendwelchen Gründen zu einer Herabsetzung der Stromgeschwindigkeit kommt. Tritt diese infolge lokalperipherer (also „statischer") Ursachen verschiedenster Art oder infolge allgemeiner, zentral- oder peripher bedingter Kreislaufinsuffizienz ein, so wird die bisher latente Bereitschaft zur Plättchenagglutination manifest und leitet so den weiteren, morphologisch völlig geklärten Vorgang der Pfropfbildung ein.

Beitrag zur experimentellen Tumorübertragung am Tier. Die bei den Versuchen benutzten Hühnersarkome scheinen sich hinsichtlich ihrer Uebertragbarkeit von den Säugetiertumoren nicht zu unterscheiden. Ihre Uebertragung ist möglich: 1. durch die lebende Tumorzelle allein, 2. auch durch sicher zellfreie Filtrate, aber nur dann, wenn noch ein zweiter Faktor hinzukommt. Als solcher kann schon der durch die Filtratverimpfung im Gewebe erzeugte mechanische Reiz, worauf schon Rous und seine Mitarbeiter hingewiesen haben, in Betracht kommen, in vermehrtem Maße aber eine künstliche Reizung des retikulo-endothelialen Apparates durch gleichzeitige oder kurz vorhergegangene Einspritzung von Diatomenerde (Rous) oder Tusche (Rh. Erdmann).

Ueber Bakterizidie der Gewebe. Aufschwemmen und Zerreiben verschiedener Organe in destilliertem Wasser bedingt, offenbar durch Zellsprengung, das Freiwerden bakterizider Substanzen; speziell Knochenmark, Lungen und Milz enthalten diese Substanzen in reichlicher Menge.

Die Harnsäurebestimmung im Urin als Funktionsprüfung der Nierenleistung. Es zeigte sich, daß beim Normalen mit der einsetzenden starken Diurese die Konzentration bis auf 2 bis 5 mg% sinkt, in den späteren Stunden auf 80 bis 120 mg% ansteigt und auf diese Art die normale Gesamtausscheidung von 0,3 bis 0,4 g in 24 garantiert wird. Bei Nierenerkrankungen geht die Konzentrationsfähigkeit mehr und mehr zurück, so daß auch die Gesamtausscheidung selbst bei guter Diurese unterwertig werden muß. Es hat sich gezeigt, daß unter den genannten Bedingungen eine maximale Konzentrationsleistung von 80 mg% als untere Grenze der Norm anzusehen ist, daß man alle geringeren Leistungsmaxima als Schädigung des funktionierenden Nierenparenchyms anzusehen hat. Die Gesamttagesleistung läßt sich aus der Harnmenge und der Harnsäurekonzentration leicht errechnen. Hier kann im allgemeinen 0,3 g als untere Grenze normaler Tagesleistung gelten. Wichtig ist, daß die Patienten während des ganzen Tages Bettruhe einhalten. Die Ausführung der Untersuchung ist einfach, und es besteht bei dieser Versuchsanordnung der weitere Vorteil, daß man gleichzeitig die drei wichtigsten Nierenfunktionsprüfungen kombiniert; das Wasserausscheidungsvermögen, die Konzentrationskraft im allgemeinen und die der N-haltigen Substanzen im besonderen, für welch letztere ja die Harnsäure das feinste Reagens darstellt, wobei die Einschränkung der Urinharnsäurekonzentration dem Anstieg des Blutspiegels, der an sich schon vor einer Steigerung des Rest-N sich erhöht, abermals zeitlich vorangeht.

Zur klinischen Bedeutung des fehlenden Fußsohlenreflexes. Die vom Verfasser mitgeteilten Fälle demonstrieren deutlich die Abhängigkeit der „stummen Sohle" von organischen zerebralen und spinalen Prozessen. Nach dem Sitz der pathologischen Veränderungen und nach dem Charakter der anderen klinischen Symptome handelte es sich in allen Fällen um Störungen der kortiko-spinalen Bahn, allerdings nicht schwerer, und in der Mehrzahl nicht direkter Natur. Daß es sich in der Tat um die Folge einer Pyramidenbahnaffektion handelt, geht mit besonderer Deutlichkeit aus dem allmählichen Uebergang der stummen Sohle zum Babinski und umgekehrt hervor. Bei Erkrankungen des extra-pyramidalen Systems konnte eine Aenderung im Verhalten der Plantarreflexe nicht beobachtet werden. Die stumme Sohle kann oft die einzige Aeußerung einer leichten Pyramidenstörung sein. Aus der in einzelnen Fällen gut verfolgbaren Entwicklung des normalen Plantarreflexes über das Stadium der stummen Sohle zum Babinski-Phänomen oder umgekehrt ist besonders klar, daß die stumme Sohle eine Forme fruste des Babinskischen Symptoms bedeutet und somit ein subtileres und früheres Zeichen der Pyramidenaffektion darstellt.

Die stumme Sohle soll keineswegs die Zahl der Babinskischen Konkurrenzphänomene noch vermehren, sie kann niemals die Diagnose so radikal entscheiden wie der Babinskische Reflex, sie will nur die Aufmerksamkeit auf die kortiko-spinale Bahn hinlenken und andeuten, daß es nicht genügt, einen Plantarreflex als normal zu betrachten, wenn man das Babinskische Zeichen nicht gefunden hat. Die stumme Sohle muß ebenfalls als pathologisches Phänomen gewertet werden und ähnlich dem Babinski auf eine organische Störung des Zentralnervensystems hinweisen.

Die schmerzlose Geburtsleitung in Lokalanästhesie. Verfasser bezeichnet die Leitungsanästhesie in Kombination mit entsprechenden Wehenmitteln nach Gellert als ein durchaus brauchbares Verfahren,

as geeignet ist, auch bei sehr ängstlichen und sensiblen Frauen die anze Geburt vollkommen oder nahezu schmerzfrei zu gestalten. Es t selbstverständlich kein Universalmittel, das wahllos in allen ällen Anwendung finden kann. Individuelle Verschiedenheiten der iebärenden, unvorhergesehene Schwierigkeiten bei der Geburt, erden immer dazu führen, daß ab und zu nicht volle Schmerzfreieit während der ganzen Geburtsdauer zu errechnen ist. Wesentche Linderung und Beschleunigung kann jedoch stets erzielt erden. Die große Mehrzahl normaler Geburten wird ganz schmerzs und rasch verlaufen, und für diese Fälle empfiehlt Verfasser das erfahren in erster Linie. Als besonderer Vorteil wird die geringe ahl der Dammverletzungen hervorgehoben.

Arnold Hirsch, Berlin.

Die Medizinische Welt.

Nr. 21, 25. Juni 1927.

Zur Kenntnis noch umstrittener Arten von Hydrorrhoea uteri ravidi. Es werden vier Fälle mitgeteilt, aus denen hervorgehen soll, aß es außer der Hydrorrhoe mit echtem Fruchtwasser und der lydrorrhoe von Dezidualsekret auch eine Hydrorrhoe von falschem ruchtwasser, welches sich zwischen Amnion und Chorion gebildet at, gibt. In einem Falle stieß die Patientin ein gänseeigroßes unersehrtes Abortei aus. Dieses wurde gegenüber der Plazenta geffnet, worauf reichlich klare Flüssigkeit herausfloß und ein uneschädigter Amnionsack übrig blieb, der etwa ⅓ des Gesamtolumens betrug, während ⅔ von der Flüssigkeit zwischen Amnion nd Chorion eingenommen waren. Der Fötus war 3 cm lang. Es andelte sich um eine abnorme Menge amniochorialen Wassers. In inem anderen Falle handelte es sich um einen rechtzeitigen Spontanartus, bei dem mit dem Blasensprung das gesamte wohlausgebildete nd nicht zerfetzte Amnion herausgeschwemmt wurde, während das Chorion mit der Nachgeburt etwa zwei Stunden später folgte. Das Chorion war ganz unversehrt bis auf das Loch des Blasensprungs. Diesen Fall glaubt Verf. nur so deuten zu können, daß Amnion und Chorion schon vor dem Blasensprung getrennt waren durch eine wischen ihnen pathologischerweise angesammelte Flüssigkeitsasse. Für die Praxis zieht Verf. folgende Schlüsse: Bei den langauernden typischen Hydrorrhoefällen ist es im allgemeinen gut, as Ende der Schwangerschaft zu beschleunigen, weil die Aussichten uf ein gesundes Kind sehr schlecht sind. Bei der Hydrorrhoea ecidualis kann die Schwangerschaft mit bestem Erfolg für das Kind u Ende gehen; es ist darum falsch, irgendwie einzugreifen. Jeder 'all, der Hydrorrhoe infolge Platzens nur des Chorions und Abfluß on amniochorialem Wasser zu sein scheint, sei für den Arzt ein noli me tangere".

Nirvanol bei Chorea minor. Das Nirvanol hat bei der Behandlung rnsterer Fälle von Chorea minor keinen überragenden Einfluß vor onst gebräuchlichen Präparaten. Seine Darreichung darf wegen der amit verbundenen Nirvanolanaphylaxie nur unter genauester Bebachtung der Patienten erfolgen und ist deshalb am zweckmäßigsten einer Klinik durchzuführen.

L. Gordon.

Wiener klin. Wochenschrift.

Nr. 22, 2. Juni 1927.

Wann soll bei akuten Entzündungen des Warzenfortsatzes operiert werden? Die pathognomonischen Symptome der Entzündung des Warzenfortsatzes sind: Senkung der hinteren oberen Gehörgangswand, Druckschmerz am Warzenfortsatz, besonders in der Gegend des Attik und der Vorderseite der Spitze, Schwellung, bzw. Fluktuation der Decke, Temperatursteigerung. Das otoskopische Bild zeigt meist reichlichen, rahmigen Eiter, das Trommelfell ist stark geschwollen, Einzelheiten sind nicht festzustellen, die hintere obere Falte ist verstrichen, die hintere obere Gehörgangswand gesenkt. Manchmal hört die Eiterung plötzlich auf, jedoch besteht halbseitiger Kopfschmerz, bedeutende Hörstörung und das gleiche otoskopische Bild. Sowohl die sezernierenden als auch die trockenen Fälle sollen anch 14tägigem Bestehen der Symptome operiert werden, bevor noch Komplikationen (Schüttelfrost, meningeale Erscheinungen) auftreten. Es bestehen meistens schon ausgedehnte Veränderungen der Paukennebenräume, die ohne Operation nicht ausheilen.

Beitrag zur Klinik und Pathologie der Sinusthrombose. Die Sinusthrombose ist eine der häufigsten Komplikationen akuter und exazerbierender chronischer Mittelohrentzündungen. Die chronische Entzündung überwiegt als Ursache an Häufigkeit bedeutend. Bei akuter Otitis ist die größte Zahl der mit Metastasen komplizierten Fälle auffallend. Die Sinusthrombose wird nach 1—8 Wochen des Bestehens der akuten Otitis manifest, meist nach 3—4 Wochen. Bei Mukosusotitis kommt die Sinusthrombose fast nie vor. Unter den chronischen Fällen führt die Cholesteatomeiterung häufiger zur Thrombose als die Otitiden mit Polypenbildung oder mit zentraler Perforation; sie geht relativ oft in Heilung aus. Bei den chronischen Otitiden geben die Fälle mit veränderter Sinuswand eine bessere Prognose als die mit „normaler Wand". Bei akuter Otitis wird häufiger eine normale Sinuswand angetroffen. Thrombosierung des Sinus kommt bei geheilten Fällen von chronischer Otitis häufiger vor als bei letalen Fällen; umgekehrt verhält sich in dieser Beziehung die akute Otitis.

Ohrschmerz infolge Kiefergelenksentzündung. Im Verlauf einer leichten Erkältung oder Grippe plötzliche Auftreten von Schmerzen in einem Ohr. Die Schmerzen sind dumpf oder stechend, manchmal stärker beim Oeffnen des Mundes; immer einseitig. Sehr selten Erkrankung anderer Gelenke. Dauer des Prozesses einige Tage bis fünf Monate. Charakteristisch ist die starke Empfindlichkeit bei Berührung des Kiefergelenks. Der Tragus ist nicht druckempfindlich; der Druck des in den Gehörgang eingelegten Fingers gegen das Kiefergelenk ist sehr schmerzhaft. Röntgenologisch sind keine Veränderungen nachweisbar; der otologische Befund ist negativ. Die Ursache der Ohrschmerzen liegt in der nahen räumlichen Beziehung zwischen Kiefergelenk und Nervus auriculotemporalis. Salicylate, lokale Wärme, leichte Massage.

Die Tonsillektomie bei phlegmonösen und abszediernden Prozessen an den Tonsillen. Bei entsprechender Technik ist die beiderseitige Tonsillektomie bei bestehendem einseitigen Abzeß oder Phlegmone nicht gefährlich und zeitigt gute Erfolge. Notwendig ist eine oberflächliche Aethernarkose, vornübergeneigte Stellung des sitzenden Patienten und tiefer Stand des Operateurs, der von unten nach oben operiert (zwecks Vermeidung der Aspiration).

Nr. 23, 9. Juni 1927.

Ueber Spontanruptur von Bauchmuskeln. Nach Husten und Niesen treten bei kräftigen, fettleibigen Menschen Risse von Bauchmuskeln (Rectus, Obligum) auf, wobei die Fettdurchwachsung der Muskulatur als prädisponierendes Moment in Betracht kommt. Bei den Zerreißungen der Obligus kommt es häufiger zur Entstehung von subkutanen Hämatomen, die dann eine zirkuläre Ausbreitung zeigen.

Bei plötzlichem Auftreten von Schmerzen im Abdomen nach Husten oder Niesen muß man an die Möglichkeit einer Muskelzerreißung denken.

Zur Behandlung des Altersemphysems mit Ephedrin und Ephetonin. Gute Erfolge bei der durch Altersemphysen bedingten chronischen Atemnot, besonders in Fällen mit niedrigem Blutdruck. Dosierung: 3 Tabletten à 0,05 Ephedrin bzw. Ephetonin täglich.

Nr. 24, 16. Juni 1927.

Untersuchungen über ante- und postoperative Jodbehandlung bei Morbus Basedowii. Die Operation ist im floriden Stadium des M. Basedow ein sehr gefährlicher Eingriff (Operationsschock, Herzdilatation, starke Blutungen, rasche Resorption von Schilddrüsentoxinen). Durch anteoperative Jodbehandlung (Lugollösung, 2—3mal täglich 10 Tropfen bei gleichzeitiger Chinindarreichung und strenger Bettruhe) kann eine künstliche Remission erzeugt werden, die sich im Schwinden der schweren nervösen Symptome, in einer Verminderung des Grundumsatzes (durchschnittlich 3½% pro Tag), einer Pulsverlangsamung und in einer Vermehrung der Konsistenz des Kropfes ändert. Nach 6—10tägiger Vorbehandlung mit Jod wird die Operation gut vertragen, der postoperative Schock bleibt bei Fortsetzung der Lugolmedikation nach der Operation (6—7 Tage) aus. Auch die histologische Untersuchung zeigt die Umwandlung der hypertrophischen Basedowstruma in einen mehr ruhenden, kolloidreichen Kropf.

Nr. 25, 23. Juni 1927.

Die interne Behandlung der Syphilis mit Spirozid. Beginn mit 2 Tabletten Spirozid à 0,25 und Ansteigen bis 4 Tabletten täglich und zwar früh und abends eine halbe Stunde vor dem Essen in Wasser gelöst schluckweise zu nehmen. Nach 5 Tagen Pause von 5—7 Tagen, dann neuerlicher Turnus bis zu einer Gesamtdosis von 60—100 Tabletten je nach Konstitution und Alter des Patienten und nach Verträglichkeit des Mittels. Meist schneller Schwund der Spirochäten, Verheilung der Sklerosen, Rückgang der Exantheme meist nach vorhergehender Jarisch-Herxheimerschen Reaktion; Abnahme der Papeln, Rückbildung von Drüsenschwellungen und gummösen Prozessen. Zur Abortivbehandlung sind wahrscheinlich höhere Dosen nötig. Eine positive WaR wird durch 60 Tabletten seltener, durch 80—100 Tabletten häufiger günstig beeinflußt, ebenso der Liquor. Nebenerscheinungen: Magenstörungen, die meist spontan schwinden; Kopfschmerz und Schwindelgefühl, Diarrhoen, Erytheme. Die Nebenerscheinungen sind selten und meist leichter Natur. Neuritis optica wurde nie beobachtet, jedoch müßte bei beginnender Sehstörung sofort die Kur unterbrochen werden. Die Behandlung wurde nie mit Spirozid allein durchgeführt, sondern es wurden dazwischen Salvarsan-Wismutkuren eingeschaltet. Indikationen für die Spirozidtherapie: schlechte Venenverhältnisse, Unverträglichkeit von Salvarsan (angioneurotische Symptome), Zwischenkuren zwischen Salvarsan-Wismutbehandlung (auch bei Metalues mit und ohne Malariabehandlung); bei schwächlichen und anämischen Patienten nebst der spezifischen auch roborierende Wirkung. Bei Versagen von Salvarsan ist Spirozid in einzelnen Fällen wirksam, eventuell mit Wismut kombiniert. Bei Unmöglichkeit der Durchführung einer Injektionsbehandlung aus äußeren Gründen ist Spirozid dringend indiziert.

Dr. Ernst Pick, Wien.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

Nr. 11, 1. Juni 1927, 24. Jahrgang.

Die Behandlung der Nierenentzündung. Bei Behandlung der Nierenentzündung muß man bedenken, daß es sich nicht nur um eine Herabsetzung der Funktion handelt, sondern daß die an sich bestehende Reizbarkeit dieses Organes krankhaft erhöht ist. Es sind daher alle Reize, wie solche durch Nahrung sowie thermische und mechanische fernzuhalten. Bezüglich der Diät haben sich unsere Anschauungen in den letzten Jahrzehnten erheblich geändert. Die frühere Vorschrift, reichlich Flüssigkeit zu sich zu nehmen, bedeutet heute einen Kunstfehler. Eine absolut reizlose Ernährung gibt es überhaupt nicht. Man muß also von einer möglichst wenig reizenden sprechen. Auch Milch wirkt durch ihren Eiweiß- und Salzgehalt reizend auf die Nieren und die Anschauung, es sei ein Heilmittel für Nephritis, ist falsch. Die Ansicht, eine Durchspülung der Niere zur Heilung vorzunehmen, ist an sich nicht falsch, jedoch ist eine große Flüssigkeitsdarreichung wegen der zugleich bestehenden Herzschwäche bedenklich. Eine vollständige Flüssigkeitsentziehung ist jedoch keine Schonung, sondern eine Belastung, da der Harnsäuregehalt des Blutes steigt. Man muß bei einem Mehr von fester Nahrung auch mehr Flüssigkeit geben. Mit etwa 1 l Flüssigkeit pro Tag muß man auskommen und dieselbe muß warm gegeben werden, da auch der Kältereiz schädlich ist. In der ersten Zeit muß die Diät streng salzfrei sein, zumal im ersten Stadium es sehr auf die Diät ankommt. Auch die Eiweißzufuhr muß auf ein Minimum beschränkt werden, da das Blut seine Zusammensetzung durch die Niere nicht regulieren kann. Von größter Wichtigkeit ist absolute Ruhelage. Auch passive Bewegung erhöht den Eiweißgehalt des Urins. Schweißtreibende Mittel sind nicht anzuwenden, denn sie erfordern eine das Herz unnötig belastende Flüssigkeitszufuhr. Eine Entlastung der Niere wird nicht herbeigeführt, da es sich nur um Wasser- und Salzausscheidung handelt und nicht um solche stickstoffhaltiger Produkte. Zu warnen ist vor Aspirin. Auch die Erkältungsgefahr ist zu erwägen. Von größter Bedeutung ist die Hautpflege. Gute Erfolge hat man mit örtlicher Wärmeanwendung in der Nierengegend. Warme Bäder sind zu widerraten. Von Abführmitteln vermeidet man die salinischen. Die Anurie im akuten Stadium verschwindet selbst nach tagelangem Bestehen. Medikamente kommen zuerst nicht in Betracht, da sie einer Schonungsbehandlung der Niere widersprechen, jedoch muß eine Herzschwäche entsprechend behandelt werden. Ist der akute Zustand vorüber, so kann man in der Diät allmählich Salz und Eiweiß unter steter Kontrolle des Urins hinzufügen. Diese muß auch bei den ersten Versuchen, aufzustehen, vorgenommen werden, erst, wenn der Urin bei längerem Aufenthalt außer Bett dauernd eiweißfrei bleibt, ist eine Heilung sicher. Allmählich beginnt man mit Belastungsproben unter ständiger Urinkontrolle und evtl. erforderlichen Ruhetagen. Später kommen dann die bekannten Funktionsprüfungen in Frage, von denen Verf. besonderen Wert auf die Quadad-Methode legt, die einen Schluß auf den Wassergehalt des Gewebes vor Entstehung der Oedeme gestattet. Die akute Nephritis kann in das chronische fortschreitende Stadium mit Blutdruckerhöhung und Herzhypertrophie übergehen, oder in relative Heilung mit Defekt. In beiden Fällen ist eine strenge Diät zwecklos. Es muß genügen, die Niere vor Schädlichkeiten zu bewahren. Strenge Behandlung genügt im allgemeinen für die ersten 6 Monate. Oft kommt es durch Diätfehler zu Exazerbationen. Sehr wichtig ist das Liegen nach jeder Mahlzeit. Es empfielt sich ferner, die Säure des Urins durch Alkalien herabzusetzen. Wärmeanwendung, sowie leichte Wärmepackungen sind oft von Vorteil. Sehr wichtig ist die Ursache der Erkrankung, wie Tonsillitis, Nasenerkrankungen usw. zu behandeln. Der Uebergang in das tägliche Leben hat unter fortlaufender Kontrolle des Urin zu geschehen und man muß sich bemühen, für dieses einen Gleichgewichtszustand herbeizuführen. Auch die Bekleidung spielt hierbei eine wichtige Rolle. Badeorte gibt es nicht für Nierenkranke, jedoch können Sanatorien mit erforderlicher Diät in angenehmem, trockenem Klima von Nutzen sein. Dauernde ärztliche Beobachtung ist erforderlich. Kommt es zu einer Schrumpfniere, so sind die erwähnten Maßnahmen besonders streng durchzuführen. Hier ist wegen der Urämiegefahr erhöhte Flüssigkeitszufuhr gestattet. Wer sich über die moderne Behandlung der Nierenentzündung kurz unterrichten will, dem sei die Lektüre dieses Artikels im Original dringend empfohlen.

Ueber die Pyelitis in graviditate und über die Incontinentia puerperalis. Die Pyelitis in der Schwangerschaft hat zwei Ursachen, nämlich die Harninfektion und die Harnstauung. Während jede für sich bedeutungslos ist, entsteht durch Zusammenwirken beider eine

erstere Erkrankung. Welcher Vorgang der primäre ist, ist meist nicht zu unterscheiden. Die Stauung kann eine rein mechanische sein, durch Druck des Uterus auf den Ureter. Ferner kommt es durch die allgemeine Hyperämie zu einer Schwellung des Ureterlumens, besonders an den 3 typischen Engpassen dieses Organs. Hierzu tritt als wichtiges Moment die Atonie, die graviditätstoxisch bedingt ist. Wie es zu einer Obstipation durch Atonie im Darm kommt, so kommt es im Harnsystem zur Harnstauung durch dieselbe Ursache. Die mechanische Komponente kann nur dann wirksam werden, wenn die Organe atonisch geworden sind. Für die Infektion gibt es 3 Möglichkeiten: 1. die aszendierende; 2. die hämatogene; 3. die lymphogene. Für die aszendierende Infektion ist zunächst eine Blaseninfektion erforderlich. Der Normalverschluß an den 3 Oeffnungen der Blase kommt durch den Eigentonus der Organe zustande. Diese Sicherungen können in vielen Fällen versagen. Es ist erwiesen, daß beim Ureter-Katheterismus Blaseninhalt in den Ureter treten kann. Auch eine funktionelle Hemmung wie durch Narkose, ist beobachtet. Im gleichen Sinne wirkt die Gravidität. Die einmal in den atonischen Harnleiter gelangten Keime können nicht wie beim Gesunden wieder herausgebracht werden. Die hämatogene Infektion wird durch die Atonie im Harn- und Darmtraktus ebenfalls verständlich. Es kommt zu einer Koliüberschwemmung in die Blutbahn und Einschwemmung in die Nieren. Bewiesen sind all diese Annahmen nicht und bedürfen noch weiterer Klärung. Das klinische Bild der Pyelitis wird gekennzeichnet durch plötzlichen Beginn, hohes Fieber mit Schüttelfrost und scheinbare peritoneale Symptome. Fehldiagnosen, besonders auf Appendizitis, Gallenblasenentzündung, Pneumonie, stielgedrehten Ovarialtumor, bisweilen auch Typhus, werden gestellt. All diese Fehldiagnosen kann man vermeiden, wenn man bei plötzlicher Erkrankung in der Schwangerschaft, die mit Fieber und Schmerzen im Leib verbunden ist, an Pyelitis denkt. Die Druckempfindlichkeit der Nierengegend, die mikroskopische Untersuchung des Katheterurins sichern die Diagnose. Findet man Kolibazillen, so handelt es sich um eine Kolibakteriurie, sind daneben Leukozyten, so liegt eine Infektion des Harntraktus vor. Die genaue Lokalisation muß durch Zystoskopie bestimmt werden. Wenn die Behauptung richtig ist, daß die Schwangerschaftspyelitis ein Rezidiv einer Kindheitspyelitis ist, so kann man prophylaktisch viel tun. Für die Therapie ist zu sagen, daß eine Unterbrechung der Schwangerschaft niemals gerechtfertigt ist. Kommt die Pyelitis früh zur Behandlung, so kann man sie soweit heilen, daß die Schwangerschaft bis zu Ende geht. Von therapeutischen Maßnahmen empfiehlt Verf. neben der medikamentösen Behandlung Bettruhe, Sitzbäder, hohe Einläufe. Bei mittelschweren Fällen, Nierenbeckenspülungen, mit denen man nicht zu spät anfangen soll. Bei schweren Fällen empfiehlt sich neben diesen Maßnahmen noch intravenöse Injektion von Agrochom usw. und Vakzination mit Eigenkeimen. Trotzt die Erkrankung der Behandlung und kommt es zu lebensbedrohlichen Situationen, so kann auch hier der künstliche Abort nichts helfen, sondern nur die Operation der erkrankten Niere. Für die Nachbehandlung ist es wichtig, die Patientin längere Zeit zu beobachten. Verf. behandelt dann noch das Thema der Blasenschwäche im Wochenbett, wobei es sich meistens um eine Verletzung des Sphinkter handelt. Kleine Einrisse machen nur vorübergehende Störungen. Urethrozelenbildung ist eine weitere Ursache und in schweren Fällen handelt es sich um große Sphinkterrisse. In allen Fällen ist die operative Wiederherstellung des Sphinkterverschlusses notwendig. Der Sphinkterverschluß wird nicht durch den ringförmigen Muskel wie am After, sondern durch eine schräge Muskelplatte gebildet. Man muß also die gesamte Harnröhrenwand freilegen und den Riß direkt wieder zusammennähen. In den Fällen, wo Narben mit benachbarten Knochenflächen fixiert sind, genügt dieser Eingriff nicht. Hier bringt die Pyramidalis-Faszienplastik bei richtiger Auswahl der Fälle sehr gute Erfolge.

Nr. 12, 15. Juni 1927, 24. Jahrgang.

Behandlung der Paralyse. Das Krankheitsbild der Paralyse bot früher eine absolut schlechte Prognose. Auch das Salvarsan brachte hierin keine wesentliche Aenderung, jedoch wurden einzelne Fälle beobachtet, bei denen durch eine hinzutretende Infektionskrankheit der Verlauf günstig beeinflußt schien. Bei dem Aufschwung der unspezifischen Reiztherapie bemerkte man ebenfalls einige günstige Erfolge in der Behandlung der Paralyse. Gute Ergebnisse wurden jedoch erst erzielt seit der Behandlung mit Malaria nach Wagner von Jauregg. Die Technik ist ziemlich einfach. Man entnimmt einem Malariakranken Blut aus den Armvenen, während des Fieberanfalls und spritzt sie dem Paralytiker subkutan ein. Es kommt dann zu den typischen Fieberattacken von 39° und mehr. Die Entfieberung wird nach 7—14 Anfällen mit Chinin erzielt. Die Gefahr der Uebertragung der Malaria für die Allgemeinheit besteht nicht. Bei dem Kranken selbst treten in seltenen Fällen bei Ueberempfindlichkeit gegen Chinin gefährliche Zustände auf. Wichtig ist der Zustand des Herzens und der großen Gefäße. Derartige Kranke muß man vor der Kur vorbehandeln und darf auch während derselben nicht mit Herzmitteln sparen. Schlechter Ernährungszustand bedeutet eine gewisse Gefährdung. Die Mortalität ist gering und in Anbetracht des verhängnisvollen Verlaufs der Paralyse kann das Risiko der Behandlung durchaus getragen werden. Notwendig ist die Behandlung in einer Klinik. Der Erfolg kann schon nach wenigen Wochen auftreten. Fälle mit schwersten Erscheinungen können völlig besonnen und verständig werden, vor allem kommt es häufig zur Rückkehr in die Berufsfähigkeit. Ob sonstige Symptome, wie Pupillendifferenz, positiver Wassermann usw. bleiben, ist für einen derartigen Patienten belanglos. Die Aussichten sind umso besser, je weniger der Prozeß vorgeschritten ist. Eine gute Remission kann man bis zu 30 % feststellen, eie mittlere ebenfalls zu 30 %, 15 % können unter richtiger Pflege zu Hause bleiben und nur in etwa 15 % versagt die Kur. Von Berufsarten, bei denen augenblickliche Entscheidung erforderlich ist, ist abzuraten. Die Erklärung der Wirkung ist noch nicht sicher zu geben. Vielleicht handelt es sich bei der Paralyse um eine neurotrope Eigenart der Spirochäte oder um eine persönliche Empfindlichkeit des Patienten. Es kommt durch die Malariainfektion zu einem Eiweißzerfall und einer Umstimmung des Organismus und hierdurch vielleicht zu einer erhöhten Produktion von Antikörpern. Als Methode ist am besten die Verwendung eines Tertianastammes anzuraten, der viele Menschenpassagen durchgemacht hat. Die Erfolge bei der Tabes sind ebenfalls oft günstig, wenn auch schwerer zu beurteilen. Es empfiehlt sich nach der Malariakur eine kräftige Ernährungstherapie einzuleiten, auch kann man hinterher durch eine spezifische Kur die Resultate entschieden beeinflussen.

Welche Herzkranken gehören in einen Badeort? Obwohl eine große Zahl von Herzkranken auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen großes Zutrauen zur Bäderbehandlung in den Kurorten haben, befinden sich unter den Aerzten viele Skeptiker, weil die Dauerwirkung der Bäder bisher nicht bewiesen ist. Letztere nachzuweisen ist mit großen Schwierigkeiten verbunden, da z. B. schon die Frage, welche Wirkung das Bad auf den Blutdruck ausübt oder ob ein insuffizienter Kreislauf günstig beeinflußt wird oder nicht, nicht beantwortet werden kann. Gut eingerichtete Laboratorien sind erforderlich, um diese Frage zu lösen. Es ist erwiesen, daß eine allzu hohe Wasserschicht im Bade die Inspiration erschwert und bei geschwächtem Herzen vermieden werden muß. Auch bei Stauungen im Pfortadergebiet sind halbe Bäder vorzuziehen. Die Eigenart der CO_2-Bäder liegt darin, daß sie die wärmeempfindenden Nervenendigungen reizen, so daß ein kühles Bad zunächst als kühl und erst nach Ansetzen der Bläschen an der Haut als warm empfunden wird. Es handelt sich auch um eine direkte Wirkung auf die Hautgefäße, so daß die Rötung genau mit der Wassergrenze abschneidet. Das Wärmegefühl wird auch durch thermische Isolation hervorgerufen, da die Gasbläschen die Haut dicht überziehen. Streift man an einer Hautstelle dieselben ab, so wird das Bad sofort dort kühl empfunden. Man friert auch nicht im CO_2-Bad, vorausgesetzt, daß das Bad nicht zu kühl ist. Da der Sinusknoten im Herzen temperaturabhängig ist, kommt es im CO_2-Bad zu einem Rückgang der Herzfrequenz. Die Verteilung der Atmung ist ebenfalls für den Kreislauf günstig. Auch die Diurese, die nach den Badetagen stets gesteigert ist, entlastet den Kreislauf. Bezüglich des Stoffwechsels kann gesagt werden, daß die CO_2-Ausscheidung durch die Lunge ansteigt und auch der Zucker mobilisiert zu werden scheint. Bezüglich des Stoffwechsels kann gesagt werden, daß die CO_2-Ausscheidung durch die Lunge ansteigt und auch der Zucker mobilisiert zu werden scheint. Bezüglich des Blutdruckes kann man nichts sicheres sagen. Bei manchen Kranken steigt er, bei anderen fällt er. Die bereits erwähnte intensive Hautrötung wird durch Erweiterung der Hautkapillaren hervorgerufen. Die indifferenten Bäder, die weder warm noch kalt empfunden werden, verändern weder die Herzfrequenz noch den Blutdruck. In kühlen Bädern wird die Haut durch Kontraktion der Kapillaren blaß, der Blutdruck steigt, die Frequenz geht zurück. Das umgekehrte gilt von Wärmebädern. Im CO_2-Bad wird der Indifferenzpunkt heruntergedrückt, die gefäßverengernde Wirkung der kühlen Temperatur ins Gegenteil verkehrt. Die Badekur mit ihrem Wechsel der Umgebung wirkt auch auf die Psyche, besonders bei Kranken, die Medikamente ablehnen. Die Kur kann bei allen Fällen von chronischer Herzinsuffizienz angewandt werden, besonders bei Kranken, die Medikamente ablehnen. Die Kur kann bei allen Fällen von chronischer Herzinsuffizienz angewandt werden, besonders bei Fehlen von Progredienz. Absolute Insuffizienz, schwerer Hydrops sind nicht geeignet. Ebenso wenig fieberhafte Kranke und solche mit

Angina pectoris. Bezüglich der Kurvorschriften sind starre Regeln nicht am Platze. Wichtig ist exakte Diagnose bezüglich des Kreislaufes. Nur wenn der Kranke die Bäder gut verträgt, kann man die Anforderungen steigern. In vielen Fällen von chronischer Herzinsuffizienz ist die Badetherapie der Digitalisbehandlung gleichwertig, in manchen übertrifft sie sie sicher.

Kosminski, Berlin.

Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin.

55., Heft 5/6.

Der Weg des Herz- und Aortenschmerzes. Die über die Ganglia stellata zum Rückenmark ziehenden, schmerzauslösenden Erregungen von Herz und Aorta verlaufen nach Versuchen bei Hunden in der Regel über die Hinterwurzeln von C_8—D_4. Doch gelingt es schon, eine weitgehende Hyparsthesie von Herz und Aorta zu erzielen, wenn man einzelne Hinterwurzeln der genannten Segmente stehen bleiben läßt.

Die Alkalireserve (A.-R.) im Blutplasma bei der militärischen Ausbildung und nach sportlichen Leistungen. Die Alkali-Reserve-(A.-R.)Ruhewerte früh, ausgeruht und nüchtern sind übereinstimmend mit früheren Untersuchungen höher als die Nachmittagsruhewerte. Die A.-R.-Werte nach viermonatlicher militärischer Ausbildung sind durchschnittlich höher als bei Beginn der Ausbildung. Bei verschärfter Ausbildung fanden sich, vielleicht durch Uebertrainieren bedingt, verminderte Werte. Die A.-R. ist nach sportlichem Lauf stets niedriger als vorher und nähert sich in einer flachen Kurve nach Stunden wieder dem Ausgangswert, ohne ihn indessen in dieser Zeit ganz zu erreichen. Die A.-R. nach Kurzstrecken unterscheidet sich von der nach Langstrecken dadurch, daß dem Wert sofort nach dem Lauf noch tiefere Werte folgen. Bei der Langstrecke war ein weiteres Sinken nach der ersten Blutprobe nach dem Lauf nicht mehr zu beobachten. Die Milchsäurekurve verläuft der A.-R.-Kurve reziprok, d. h. je größer die Milchsäureausschüttung, desto kleiner die Alkalireserve.

Die Einwirkung parenteraler Eiweißzufuhr auf den Gasstoffwechsel. Die parenterale Zufuhr von Milchpräparaten bewirkt beim Menschen deutliche Veränderungen des respiratorischen Stoffwechsels, und zwar auch beim Ausbleiben von Temperaturschwankungen. Bei der Wirkung dieser artfremden Proteine auf den Gasstoffwechsel müssen wir zwei Phasen unterscheiden, einmal eine primäre Senkung des Grundumsatzes, gleichbedeutend mit Hemmung der Stoffwechselprozesse, andererseits die Förderung dieser Prozesse, die sich in Steigerung des Grundumsatzes ausspricht. Die einander entgegengesetzten Einwirkungen auf den Stoffwechsel entsprechen einer auch auf anderem Gebiete nachgewiesenen Funktionsänderung eines der beiden Antagonisten Vagus und Sympathikus. Der Vagus wirkt hemmend, der Sympathikus fördernd auf de Stoffwechsel. Die Stärke der künstlich erzeugten Stoffwechsel schwankungen ist abhängig von der Ansprechbarkeit des vegetative Systems.

Untersuchungen über Lage und Form von Pleuraergüssen Klinische und experimentelle Untersuchungen haben keine eindeutig Klärung über die Entstehungsformen von Pleuraergüssen gebracht. Aus den Versuchen des Verfassers geht hervor, daß die Flüssigkei in der Pleurahöhle das Bestreben hat, dem Gesetz der Schwerkraf gemäß die im Raume jeweils am tiefsten gelegenen Abschnitte de Pleurahöhle anzufüllen und sich dort mit horizontalem Spiegel einzu stellen, soweit es die räumlichen Verhältnisse der Pleurahöhle ge statten. Maßgebend für den Verlauf der oberen Begrenzungslinie is demnach in der Hauptsache die Körperlage. Der Retraktionskraft de Lunge kommt für die Formgestaltung eines Pleuraergusses nur ein untergeordnete Bedeutung zu.

56., Heft 1/2.

Ueber krampfmachende und tödliche Wirkungen osmotisch Wasserentziehung durch hypertonische Zuckerlösungen. Intravenös und intraperitoneale Injektionen von hypertonischen Dextros lösungen lösen in bestimmter Konzentration und in gesetzmäßige zeitlichem Abstand vom Zeitpunkt der Injektion ab Krämpfe aus ur führen bei entsprechender Steigerung der Dosierung den Tod herb (Meerschweinchen-Versuch). Das klinische Bild der Krämpfe zeig daß die Krämpfe zerebraler Natur sind. Das Eintreten der Krämp ist zeitlich und der Stärke nach abhängig von der eingespritzt Zuckerkonzentration. Niemals treten die Krämpfe sofort nach d Injektion auf, sondern meist erst nach einer Inkubationszeit von bis 15 Minuten.

Atemphysiologische Beobachtungen beim Gebrauch von In dustrie-Schutzmasken. Aus den Erfahrungen der Industrie ist b kannt, daß die Arbeiter nur sehr ungern Gasmasken bei der Arbe tragen und, wenn sie doch dazu veranlaßt werden, wesentlich g ringere Leistungen vollbringen. Werden Gasmasken häufiger u länger getragen, so kommt eine Gewöhnung und Anpassung zustand vorausgesetzt, daß es sich um gesunde Individuen handelt. Auf al Fälle aber darf keiner der Gasmaskenträger ohne Vorbereitung z einer längeren Tätigkeit in der Maske veranlaßt werden. Denn di wäre gleichbedeutend einer sportlichen Ueberanstrengung. We Schwerarbeiten mit Gasmaske geleistet werden sollen, so bedarf außer besonderer Schulung noch einer möglichst hohen Vita kapazität mit einem gut variierbaren Atemmechanismus.

Zur Physiologie und Pathologie der Ermüdung. Die bei körpe licher und geistiger Arbeit auftretende Leukozytose mit gleichzeitig Linksverschiebung ist nach Ansicht der Verfasser das Ergebnis d Autointoxikation, entstanden durch Zerfallsprodukte bei Anstre gungen. Es kommt auf dem Umwege über Stoffwechselveränderu gen zur Reizwirkung auf die blutbildenden Organe.

Beiträge zur Kenntnis der chemischen Aenderungen des Blutes bei der Asphyxie. Asphyxie infolge von Sauerstoffmangel verursacht beim Kaninchen einen Anstieg des Blutkalkspiegels. Die Ursache für diesen Anstieg dürfte in erster Linie in der Azidose gelegen sein. Der Kaliumspiegel des Blutes scheint bei Sauerstoffmangel abzusinken. Das Fibrinogen zeigt keine eindeutigen Verschiebungen, insbesondere keine so starke Verringerung, daß man darin die Ursache für die schlechtere Gerinnbarkeit des Erstickungsblutes sehen dürfte. Globulin- und Albumingehalt sowie die Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit ändern sich kaum und nicht in eindeutiger Weise.

56., Heft 3/4.

Ueber spasmophile Zustände bei Urämie. Es wird über drei Fälle von Spasmophilie bei Urämie berichtet, und die Pathogenese der spasmophilen Erscheinungen an Hand von Mineralanalysen des Blutes erörtert. Der Zunahme des anorganischen Phosphats im Serum — vielleicht auch des Kaliums — wird eine besondere Bedeutung beigelegt und insbesondere auf das gleichzeitige Bestehen einer Azidose in zweien dieser drei Fälle im Hinblick auf die „Alkalose-Theorie“ der Tetanie hingewiesen.

Experimentelle Untersuchungen über den Verbleib absterbender Leukozyten. In Tierversuchen erwies sich die Leber als ein Organ, dem die Fähigkeit zukommt, unbegrenzte Mengen von toten Leukozyten aus dem allgemeinen Blutkreislauf quantitativ abzufangen und in überraschend kurzer Zeit aufzulösen.

Beitrag zum Einfluß des Schilddrüsenhormons auf den Eiweißstoffwechsel. Myxödematöse geben bei Thyreoidinzufuhr Stickstoff und Wasser in zeitlich sehr verschiedenem Verhältnis ab, und zwar derart, daß zuerst bedeutend mehr Wasser, später bedeutend mehr Stickstoff ausgeschieden wird. Es ist wahrscheinlich, daß eine vom Eiweißstoffwechsel weitgehend unabhängige Wirkung der Schilddrüse auf den Wasserhaushalt im Sinne einer gesteigerten Wasserabgabe stattfindet. Werner Gottstein, Freiburg i. Br.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 23.

Zur Behandlung der habituellen Schulterluxation. Bei dem meist muskelstarken Patienten beruht die habituelle Verrenkung auf einer Störung der Kräfteverteilung innerhalb des die Schulter einhüllenden Muskelapparates. Das Gelenk wird dadurch abgeriegelt, daß es dem Oberarmkopf unmöglich gemacht wird, nach vorn und subcoracoidal hervorzuspringen. Dies wird dadurch erreicht, daß der abgetrennte kurze Bezipskopf in der quer durchschnittenen Lehne des M. subscapularis befestigt und am oberen Pfannenrand angenäht wird. — Beschreibung der Operationsmethode. 6 Fälle, keine Rezidive.

Zur operativen Behandlnug des akut perforierten Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüres. Ueber die Behandlung des frei perforierten Magengeschwürs sind die Meinungen noch geteilt. Verf. beobachtet, seitdem er ausschließlich radikal operiert (Resektion nach Polya-Reichl) eine wesentliche Verbesserung der Resultate. Der große Eingriff wird besonders bei Frühfällen (24 Stunden) auffallend gut vertragen. Stets Douglasdrainage für 2—3 Tage; Chinin- und Resorzininjektionen.

Nr. 24.

Ueber ein antitoxisches Koliserum. Vorläufige Mitteilung über bisher wenige aber gute Erfahrungen mit einem Koliantitoxin. K. hat bereits vor Jahren die Wirkung des Kolitoxin experimentell geprüft; neuerdings ließ er durch die Behringwerke ein Antitoxin herstellen. Auch in größeren Mengen injiziert ist es vollkommen unschädlich. Es wurde vornehmlich bei Spätoperationen von Coli peritonitis, aber auch innerhalb der ersten 24 Stunden angewendet. Vor jeder Operation 1 ccm subkutan, unmittelbar nach der Operation 25 ccm intravenös und 75 ccm intramuskulär, eventuell mehrere Tage hintereinander. Bei Frühfällen auffallend rasche Besserung des Allgemeinzustandes. Vier offenbar verlorene Spätfälle — einer davon mit Darmresektion konnten gerettet werden.

Ein neues antitoxisches Coliserum der Behring-Werke. Das von Katzenstein verwendete Serum wurde auf folgende Weise gewonnen: Die (nicht besonders toxischen) eingesandten Stämme wurden auf flüssigem Nährboden gezüchtet, mit den keimfreien Filtraten wurden Pferde immunisiert. Im Laufe von 3—4 Monaten wurde bis zu 1 Liter injiziert, dann Serum hergestellt und in Ampullen zu 25 ccm abgefüllt.

Die bekannt gewordenen Ergebnisse der Radikaloperationen der Gallengangskrebse. Gallengangskrebse wachsen anscheinend langsam, deshalb sind die Ergebnisse der Radikaloperation nicht allzu schlecht. Vom Ca. papillae Vateri sind 51 Fälle in der Literatur beschrieben, dazu ein eigener Fall. Die einzeitige Operation gibt bessere Resultate. Im allgemeinen wird die transduodenale Exstirpation ausgeführt. Statistische Uebersicht über die bisher bekannten Fälle. Historische Zusammenstellung der chirurgischen Erfahrungen über Tumoren an anderer Stelle des Gallengangsystems. Literatur.

Regeneration von Strecksehnen ohne Sehnenscheiden. Unter günstigen Heilungsbedingungen ist weitgehende Regeneration der Strecksehnen möglich im Gegensatz zu den mit Synovialscheiden versehenen Beugesehnen. In einem Falle konnte dies nach einigen Wochen nachgeprüft werden.

Ueber das Wesen und den Wert der diagnostischen Krebsreaktion nach Roffo. Entgegen den Angaben Roffos konnte keine Spezifität der Probe festgestellt werden. Sie wurde auch bei verschiedenen anderen Erkrankungen, z. B. häufig bei der Lungentuberkulose positiv gefunden, beim Krebs dagegen nur in fortgeschrittenen Fällen. Die Farbreaktion ist teils von der H-Jonenkonzentration, hauptsächlich aber von den Eiweißkörpern des Serums abhängig.

Ein neues Harnleiterzystoskop für Blasen geringen Fassungsvermögens. Das verbesserte Zystoskop von Jahr (Verkürzung des Schnabelteils) hat sich dem Verf. in kleinen Blasen gut bewährt. Die optische Achse ist in dem Instrument nicht mehr rechtwinklig, sondern stumpfwinklig nach vorn gebrochen. Es ist mit dem Zystoskop möglich, jeden Punkt der hinteren Blasenwand zu sehen und auch mit der Koagulationssonde zu erreichen. Der Albarronsche Hebel ist so angeordnet, daß man durch einen Einschnitt in ihm hindurchsicht, doch verdeckt er in verschiedenen Stellungen einen großen Teil des Gesichtsfelds. Bei H.'s Instrument ist der Schnabelteil durch besondere Befestigung der Lampe noch weiter verkürzt, das Prisma zwischen Lampe und Hebelspitze, der Hebel kürzer als üblich. Dadurch ist ein noch übersichtlicheres Arbeiten möglich.
Walter Grossmann, Berlin.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 26, 25. Juni 1927.

Ovarialhormon und Ei. Auf Grund ausgedehnter Tierversuche kommen die Verfasser zu dem Ergebnis, daß das Hormon des Corpus luteum graviditatis, menstruationis und das der Follikel identisch ist. Durch Zufuhr dieses Hormons kann an der weißen Maus der Follikelsprung verzögert und dadurch eine zeitliche Aenderung in der Aufeinanderfolge der Zyklus-Phasen erreicht werden. Es gelingt aber nicht, durch Zufuhr von Hormon die Periodik des Zyklus aufzuheben. Das Ei ist der Faktor, welcher der Wirkung des Ovarialhormons übergeordnet ist. Es bestimmt den Rhythmus und die Periodik des Zyklus. Der wellenförmige Ablauf der Hormonbildung und Hormonwirkung wird durch das Werden, Reifen und Vergehen der Eier geregelt.

Ueber Myomkapselblutung. Bei raschem Wachstum und ruckweiser Verschiebung von Myomen kann es zur Zerreißung der uteromuskulären Myomfälle und der diese durchziehenden Gefäße kommen. Die Folge sind oft profuse Blutungen nach außen aus der sogenannten „Kapsel" der submukösen Myome; viel seltener sind interabdominelle Blutungen bei subserös gelagerten Geschwülsten. Besonders während der Schwangerschaft kann infolge der Auflockerung und des raschen Wachstums der Uterusmuskulatur mit ihrer gesteigerten Kontraktionsfähigkeit leicht eine Zerrung und Abknickung der das Myom versorgenden Gefäße entstehen, die zu einem Bluterguß unter der Myomkapsel führt (innere Myomkapselblutung). Bericht über einen derartigen charakteristischen Fall eigener Beobachtung.

Nr. 27, 2. Juli 1927.

Ueber Vena-cava-Unterbindung bei puerperaler Pyämie. Seit den ersten Versuchen Trendelenburgs, in Fällen chronisch verlaufender puerperaler Pyämien durch Unterbindung der unteren Hohlvene den Krankheitsprozeß zu lokalisieren, ist die Operation vielfach, zum Teil auch mit glücklichem Ausgang, ausgeführt und weiter empfohlen worden. Bericht über einen Fall von chronischer, sich über 2 Monate hinziehender Pyämie post abortum, bei der durch Ligatur der Vena cava inf. eine Heilung erzielt werden konnte. Allerdings lagen in diesem Fall die Vorbedingungen für einen guten Operationserfolg besonders günstig: Es ließ sich ein deutlich verhärteter Thrombus in der Wand der Kave tasten, eine Periphlebitis war nicht vorhanden. Nach der Unterbindung oberhalb des Thrombus hat sich der Prozeß nicht nach oben fortgesetzt, die Schüttelfröste hörten mit einem Schlage auf. Dagegen kam es retrograd durch die vikariierenden abführenden Beckenvenen, vielleicht durch die Vena azygos und hemiazygós zu einem septischen Lungeninfarkt: Der Fall beweist aufs neue, daß die operative Therapie bei chronisch pyämischen Fällen ernstlich erwogen werden muß und daß dem Körper durch Ligatur der Vena cava nenneswerte Schädigungen durch Stauung nicht erwachsen.

Symmetrische Gangrän beider Füße bei febrilem Abort und gleichzeitiger Gynergen-Darreichung. Ein Fall von neurospastischer Diathese, bei dem nach 1 ccm und viermal 3 Tabletten Gynergen, im Verlaufe von 6 Tagen gegeben, ein Ergotismus entstand, der unaufhaltsam zur Gangrän führte. Es gibt Fälle, in denen das Gynergen auch in kleinen Dosen gefährlich werden kann. Zur Therapie wird die chemische Ausschaltung des Gefäßsympathikus nach Doppler empfohlen. Schwab, Hamburg.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

76., Juni 1927, Heft 4/5.

Avertin (E 107) in der Geburtshilfe. Verfasser hat das neue Präparat in 100 Geburten mit gutem Erfolg angewandt. Er benutzt 0,06 g pro kg Körpergewicht in einer 3%igen Lösung. Beim Einlauf muß man darauf achten, daß das Schlauchende bis über den kindlichen Kopf gelangt. Die Wirkung dauert ca. 1½ Stunde. Man beginnt, wenn die Frauen anfangen mitzupressen. In der Wehenpause schlafen sie ruhig, während der Wehen erlangen sie nicht völlig das Bewußtsein und pressen sehr gut mit. Die Herztöne werden nicht beeinträchtigt, die Kinder alle frisch geboren. Zur Dammnaht reicht der Schlaf nicht aus. Hierzu benötigt man etwas Chloroform. Das Präparat ist besonders bei ängstlichen Frauen anzuwenden, bei denen die Austreibungszeit beschleunigt wird.

Adnexentzündung während der Schwangerschaft. Entzündungen der Adnexe während der Schwangerschaft werden sehr selten beobachtet. Entweder tritt die Infektion vor, bei oder nach der Konzeption auf. Eine doppelseitige akute Entzündung der Tuben schließt jede Empfängnis aus. Bei einseitiger Erkrankung ist sie möglich. Auch doppelseitige chronische Erkrankung schließt infolge der außerordentlichen Restitutionsfähigkeit der Tuben Befruchtung nicht aus. Ist der chronische Prozeß zur Ruhe gekommen, so kann durch Schwangerschaft eine Ausheilung durch die Hyperämie ermöglicht werden. Ein nicht abgelaufener Prozeß kann in der Schwangerschaft aufflackern, jedoch ist dies selten der Fall, wenn eine Tubenentzündung kein Konzeptionshindernis mehr darstellt. Eine Infektion bei der Konzeption ist nicht selten. Die Gonokokken können leicht durch die Spermatozoen transportiert werden. Die Erklärung des Hinaufsteigens durch Pump- und Saugwirkung ist jedoch nicht abzuleugnen. Erfolgt die Eiansiedlung in einer gesunden Schleimhautpartie, so verläuft die Schwangerschaft ungestört. Geschieht der Vorgang in einem erkrankten Teil, so tritt Abort ein. Eine Infektion nach der Konzeption ist sehr unwahrscheinlich, da durch den zähen Zervikalpfropf das Hinaufsteigen verhindert wird. Am häufigsten ist also als Ursache des Zusammentreffens von Schwangerschaft und Adnexentzündung in erster Linie ein einseitiger Prozeß vor der Konzeption anzusehen, selten kommen Infektionen bei der Empfängnis in Frage und auch die Möglichkeit des Wiederaufflackerns alter Prozesse ist nicht ganz zu wiederlegen. Da diese Komplikation große Gefahr mit sich bringt, ist eine frühzeitige Diagnose von großer Wichtigkeit. In den ersten Monaten wird dies leicht sein. In den späteren, besonders wenn peritoneale Symptome bestehen, ist der Ausgangspunkt der Erkrankung schwer zu finden und es werden zahlreiche falsche Diagnosen gestellt. Die Hauptsache ist, zu erkennen, ob der Prozeß eitrig ist oder nicht. In ersterem Falle muß unbedingt operiert werden und zwar durch Laparotomie. Aus der Literatur geht hervor, daß das Gelingen vom Zustand in dem der Patient sich befindet, von der Art der Keime und von der Geschicklichkeit des Operateurs abhängt. Der Ausgangsherd ist radikal zu entfernen, Drainage möglichst zu vermeiden, fest verwachsene Eitersäcke soll man möglichst nicht entfernen. Verfasser veröffentlicht einen Fall, in dem die Infektion mit der Konzeption zusammen fiel und in dem durch sofortige Operation die Patientin geheilt wurde.

Ueber Zervixrisse bei spontanen Geburten. Man findet bisweilen bei Frauen, die spontan geboren haben, tiefe alte Zervixrisse, die später operativ beseitigt werden müssen. Aber auch unmittelbar nach der Geburt können Risse in Erscheinung treten. Verfasser untersuchte die Entstehungsursache. Der innere Muttermund besitzt zwar zirkuläre Muskulatur, die übrige Zervix jedoch nur in geringem Grade. Hier sind die Muskelbündel schräg angeordnet und imstande sich ausgiebig gegeneinander zu verschieben. Die Erweiterung des Zervixkanals ist eine schwierigere Aufgabe, als die der Scheide. Die Frage, ob die Zervix sich aktiv oder passiv erweitert, muß dahin beantwortet werden, daß der aktive Teil der Oeffnung ähnlich wie der Mechanismus der Defäkation vor sich geht und Fundus- und Zervixmuskulatur antagonistisch wirken. Es besteht ein Unterschied zwischen Erst- und Mehrgebärenden. Bei Erstgebärenden, wo der Verschluß durch den äußeren Muttermund gebildet wird, schreitet die Erweiterung des inneren Muttermundes der des äußeren voran. Bei Mehrgebärenden ist der äußere schon

bei Beginn der Geburt gedehnt, so dehnt sich der äußere immer zuerst. An Hand von zwei Fällen weist Verfasser nach, daß durch zu starkes Pressen während der Eröffnung Zervixrisse begünstigt werden. Bei der Erstgebärenden beginnt dann die Austreibung bevor die Eröffnung abgelaufen ist. Während die Kontraktion des Korpus und die Ausdehnung des Zervix einem typischen Mechanismus folgen, findet bei zu frühem Pressen die Korpusmuskulatur eine zu starke Unterstützung und die Zervix wird zu früh beansprucht. Bei der Mehrgebärenden, wo die Scheide sich leicht entfaltet, entsteht der Zustand, daß der vorangehende Teil nur noch im Muttermund hängt. Während bei Erstgebärenden der straffe Beckenboden die Zervix schützt, fehlt bei Mehrgebärenden dieser Schutz und es kommt zum Zervixriß, der gewissermaßen ein Analog für den Dammriß bei der Erstgebärenden ist. Verfasser kommt zu dem Schluß, daß sowohl zu frühes Pressen, als auch ein Druck auf den Fundus vor Beginn der Austreibungsperiode, wie er vor allem von Hebammen oft fälschlich geübt wird, das Entstehen eines Zervixrisses begünstigt. Erregt Blutung den Verdacht eines solchen, so muß er sofort exakt genäht werden, denn ein gar nicht oder schlecht versorgter Zervix erfordert eine spätere Plastik.

Zur Frage der Vaginalplastik nach Schubert. Von den Methoden zur Bildung einer künstlichen Vagina hat die Dickdarmmethode nach Schubert die geringere Mortalität. Auch die mangelnde Sekretion bietet einen Vorteil vor der Dünndarmmethode. Als Nachteil ist die bisweilen beobachtete Inkontinenz anzuführen, die entweder durch Störung der Reflexe, durch eine muskuläre Insuffizienz des Sphinkters oder durch psychogene Störungen bedingt ist. Bezüglich der Indikation wird der Eingriff von manchen Autoren abgelehnt, wenn es sich nicht nur um einen Defekt der Scheide, sondern auch des Uterus handelt. Wenn jedoch bei letzterem Falle auf die zu erwartende Unfruchbarkeit und auf die Gefahren des Eingriffes hingewiesen wird und die Patientin den Eingriff dennoch wünscht, muß man sich doch auf den Standpunkt stellen, daß der Eingriff berechtigt erscheint, zumal mitunter das ganze Lebensglück der Frau von ihm abhängt.

Schweige- und Zeugnispflicht des Arztes. Die Frage, wie weit die Schweigepflicht des Arztes geht, wird eingehend erörtert. Es betrifft nur solche Personen, die die Approbation als Arzt vor einer deutschen Behörde besitzen. Die Schweigepflicht bezieht sich nur auf Geheimnisse, die dem Arzt kraft seines Berufes offenbart sind. Es muß sich also um Dinge handeln, die nicht jedermann zugängig sind und an deren Geheimhaltung der Betreffende ein Interesse hat. Die Grenze, ob ein Geheimnis kraft des Berufes oder gelegentlich anvertraut ist, ist schwer zu ziehen und bleibt dem ärztlichen Takt überlassen. Nur der Arzt, der unbefugt Geheimnisse offenbart, macht sich strafbar. Wenn er von seiner Schweigepflicht entbunden wird oder wenn er durch gesetzliche Vorschrift zur Anzeige verpflichtet ist, handelt er nicht unbefugt. Die Frage, ob der beamtete Arzt eine andere Schweigepflicht als der nichtbeamtete hat, ist unbedingt zu verneinen. Im Prozeßfalle muß der Arzt aussagen, wenn er von der Schweigepflicht entbunden ist. Die Schweigepflicht der ärztlichen Gehilfen muß ebenfalls unbedingt verlangt werden. Auch das Einsehen in ärztliche Aufzeichnungen dürfte das Schweigerecht des Arztes illusorisch machen. Für gewisse Fälle muß der Arzt berechtigt sein, als Zeuge von der Schweigepflicht entbunden zu werden, da er hierzu zwar nicht rechtlich aber moralisch verpflichtet ist, wenn er ein wahrer Diener seines Volkes sein will.

Kosminski, Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.

98. Heft 1—3. Juni 1927.

Klinik und Pathophysiologie des Myxödems. Fall I: Erworbenes kindliches inkomplettes Myxöedm aus einer Muskeldystrophie-Familie. Fall II: Inkomplettes (gutartiges) Myxödem nach partieller Strumektomie. Fall III: Inkomplette Hypothreose nach partieller Strumektomie. Fall IV: Gutartiges inkomplettes postklimakterisches Myxödem. Fall V: Inkompletter gutartiger Hypothyreoidismus; gute Wirkung des Thyreoidixes. Fall VI: Myxödem infolge der Nährschäden des Kriegsdienstes. Die Hypothyreosen haben sich während der Hunger- und Notzeit auffallend gehäuft; mit Besserung der Ernährung ging diese Krankheitswelle zurück. Unter der Unterernährung (Mangel an Fleischeiweiß) leidet die Schilddrüse in allererster Linie und wird atrophisch; hinzu muß allerdings eine konstitutionelle Bereitschaft des Individuums kommen.

Myotonische Dystrophie. Verf. beschreibt eine Familie, in welcher ein Bruder und eine Schwester alle Zeichen einer kompletten myotonischen Dystrophie aufweisen, und geht des näheren auf die typischen psychischen Veränderungen und das Verhalten des Stoffwechsels bei diesem Leiden. In der Aszendenz fand sich beim Vater der Untersuchten eine Katarakt. Zwei andere Geschwister zeigten außerdem Teilsymptome der myotonischen Dystrophie, in der Deszendenz fand sich bereits bei einem Sohn der Dystrophikerin eine gröbere intellektuelle Störung.

Jodipindiagnostik bei Rückenmarkskrankheiten. Die Jodipinprobe soll nur mit strenger Indikation und mit großer Vorsicht, nach Erschöpfung aller anderen diagnostischen Hilfsmittel ausgeführt werden. Der Kranke muß 8—14 Tage nach der Injektion unter ärztlicher Beobachtung bleiben. Die Methode ermöglicht die Diagnose der Tatsache einer vorhandenen Kompression, nicht eine Artdiagnose, nur selten eine Differentialdiagnose zwischen intra- und extramedullären Prozessen. In nicht seltenen Fällen unterstützt sie wesentlich die Höhendiagnose und verstärkt so die Sicherheit des Operierens. Dem negativen Ausfall kann sie dadurch wertvoll werden, daß sie eine Probelaminektomie überflüssig macht. Der negative Ausfall schließt das Vorhandensein einer Kompression nicht aus, macht es allerdings wenig wahrscheinlich. Andererseits kann die Probe ein zu feines Reagens darstellen und dann zu diagnostischen Irrtümern Anlaß geben. Von besonderem Wert ist sie für die Differentialdiagnose zwischen Conus- und Candatumoren. Sie ist um so weniger indifferent, ihre Gefahren wachsen um so mehr, je höher am Rückenmark der vermutete Krankheitsprozeß gelegen ist.

Recurrenz-Behandlung der progressiven Paralyse. Verf. loben die Recurrenzbehandlung der Paralyse, insbesondere bei Frühfällen, evtl. in Kombination mit Malaria oder mit Salvarsan. Individualisieren ist erforderlich.

Psychotherapie bei Organneurosen. Verf. wandten Psychotherapie in irgendeiner Form, insbesondere auch Hypnose, mit gutem Erfolg an bei organischen Nervenkrankheiten mit psychischer Ueberlagerung (Bulbärparalyse, multipler Sklerose, Chorea, Status postencephaliticus, Hirntumor), ferner bei Asthma bronchiale, Migräne, Beschwerden seitens des Herzens, Magens, Darms, Genitalapparates (Fluor, Vaginismus usw.), bei Lähmungen, Epilepsie (mit Psychanalyse zu behandeln!), bei Stoffwechselstörungen, Diabetes, Idiosynkrasien, Schilddrüsenschwellungen, operativen Fällen (suggestive Unterstützung der Narkose, Nachbehandlung mit Hypnose).

Kurt Mendel-Berlin.

Zeitschrift für Augenheilkunde.

61., April 1927, Heft 6.

Menstruation und Tuberkulose des Auges. Das kranke Auge weist zur Zeit der Menstruation eine Verschlimmerung auf: vermehrte Beschwerden bei Skleritis, Chorioiditis, Iritis, Myopie, Glaukom, Bindehautkatarrhen (bes. skrophulösen). Dies ist am deutlichsten zu beobachten bei den Fällen, in denen es sich um Tuberkulose handelt. Kranke mit chron. Tuberkulose klagen vor der Menstruation über Schlechtersehen, Nebelsehen, mit Eintritt der Menstruation verschwinden die Beschwerden wieder. Verf. behandelte einen Fall von chronischer, tuberkulöser Iridozyklitis. Die Pat. beobachtete schon 6 Jahre jedesmal vor Eintritt der Menstruation eine erhebliche Verschlimmerung ihres Leidens. Während einer Schwangerschaft und darauffolgender Stillzeit keinerlei Verschlimmerung, bei Wiedereintritt der Menstruation wiederum Verschlimmerung. Heilung des Leidens durch zweimalige Tuberkulin-Kur: Sehschärfte auf $^6/_6$ gebracht. Turban-Gerhardt hält vorzeitigen Eintritt der Menstruation für Ausdruck einer besonders schweren tuberkulösen Infektion. Stuhl hält die Pubertätsamenorrhoe für eins der ersten Anzeichen der nach Jahren zur vollen Ausbildung gelangenden Lungentuberkulose: Tuberkulinkur bessert in solchen Fällen oft. Die juvenile, rezidivierende Netzhaut und Glaskörperblutung zur Zeit der Menses beruht auf dem Bersten von peri- und endophlebitisch veränderten Gefäßen. Eine richtige Beurteilung der Zusammenhänge erfordert Erheben der Befunde im Intervall, kurz vor und während der Menstruation. Wenn ein Augenleiden unbekannter Aetiologie während der Periode sich verschlimmert, ist diagnostische Tuberkulininjektion angezeigt..

Augen- und Schleimhauterkrankungen durch Morchelausdünstungen. In einer Konservenfabrik (Königsberg) erkrankten 22 Patientinnen durch Morchelausdünstungen. Augensymptome: starke Schmerzen, reibend und stechend, besonders abends und nachts, Lichtscheu, Blendung, z. T. starke Sehstörung. Daneben Symptome von seiten der Atmungsorgane und Allgemeinsymptome. In allen Fällen restlose Wiederherstellung des Status quo ante. Die Erkrankung wird durch die Helvellasäure hervorgerufen, ein Saponin mit besonders starker Oberflächenaktivität, das in allerfeinsten Partikelchen verspritzt wird bei der Kaltwäsche der vorher geputzten und gebrühten Morcheln. Therapie: Milcheinträufelungen, Einträufelungen von 1 prozentigem Helpin, warme Umschläge, völlige Schonung. Juristisch ist die Erkrankung nicht als Unfall, sondern als Gewerbekrankheit aufzufassen.

62., Heft 1/2, Mai 1927.

Ueber die Grundlagen der Keratitis neuroparalytica. Verf. bespricht 6 Fälle von Keratitis neuroparalytica nach Alkohol-Injektionen ins Ganglion Gasserii. Alle weisen Charakteristika auf, die sie zu einer besonderen Form der Keratitis neuroparalytica stempeln: ungemein rasches Auftreten der ersten Veränderungen nach der Injektion, sehr oberflächliche Lage der Hornhautveränderungen, Unvermögen der Regeneration eines normalen Epithelbelags. Die Häufigkeit des Auftretens nach Injektionen berechtigt dazu, die Methode völlig zu verwerfen. Theoretische Folgerungen aus den Beobachtungen an diesen 6 Fällen und an neuen Reihen von Fällen der Keratitis neuroparalytica aus anderer Genese:

1. Die Keratitis neuroparalytica wird durch eine Trophoneurose gewisser Hornhautnerven ausgelöst, die unmittelbar in Beziehung steht zu denjenigen Veränderungen im Ganglion Gasserii oder im Verlauf des Ramus ophthalmicus, die auch den sensiblen Funktions hervorgerufen haben.
2. Die hier in Betracht kommenden, erkrankten trophischen Fasern gehören nicht dem Trigeminus selbst an, sondern haben sich ihm im Ganglion Gasserii beigesellt und stammen aus dem Sympathikus. X

62., Heft 3, Juni 1927.

Ueber die Malariabehandlung der tabischen Optikusatrophie. Nach grundlegenden, anatomischen Untersuchungen von Igersheimer und Behr ist die spezifische Therapie bei Behandlung von Tabes-Fällen mit Beteiligung der Sehnerven nicht nur zwecklos, sondern evtl. sogar schädlich. Behr warnt auch vor Reizkörpertherapie, rascher Verfall. Sehschärfe trat in manchen Fällen bei Behandlung mit Aolan und Diphtherieserum ein. Ueber die Malariabehandlung sind die Ansichten geteilt: Behr sah in 8 Fällen keine praktisch bedeutsame Besserung, in einem Falle rapide Verschlechterung; Elsching und Fischer-Ascher beobachteten Gleichbleiben von Visus und Gesichtsfeld in mehr als der Hälfte von 18 Fällen. 2 Fälle von Hesse zeigten kein Fortschreiten. Verf. bespricht Malariabehandlung von 8 Tabesfällen mit Sehnervenatrophie. Gesamtergebnis: Ueber 2jähriger Stillstand in einem Fall; Verlangsamung des Verlaufs sicher in einem Fall, vielleicht in 2 Fällen; keine Veränderung in 2 Fällen; 2 Fälle durch Malariatherapie unbeeinflußt, in keinem Fall eine Verschlechterung. Folgerung aus der Beobachtung dieser 8 Fälle und der von Fischer-Ascher mitgeteilten: bei der absolut schlechten Prognose der tabischen Sehnervenatrophie muß jeder kleinste Fortschritt in der Behandlung begrüßt werden, dieser kann nur in einem Stillstand des Leidens, bzw. Aufenthalt, nie in einem Rückgang gesucht werden. Ein derartiger Stillstand, bzw. Verlangsamung des Krankheitsablaufs durch Malariatherapie scheint doch möglich zu sein. Der Kranke, bzw. seine Familie, müssen über die Gefahren bei Beginn der Behandlung orientiert werden.

Ergebnis der Umfrage über die Behandlung der Keratitis parenchymatosa e lue hereditaria. Wenn auch die Ansichten über den Nutzen der spezifischen Therapie bei Keratitis parenchymatosa e hereditaria von jeher auseinandergingen, so ist in jedem Fall L. heredit. eine gründliche antisyphilitische Kur durchaus erforde zur Behandlung des Allgemeinleidens und zur Vermeidung von R fällen der Keratitis parenchymatosa. Heßberg bekam auf eine frage bei Augenärzten 25 Antworten, die sich auf insgesamt 308 bezogen. Resultat: Durchschnittliche Behandlungsdauer der K titis parenchymatosa 2—3 Monate. 13 Beantworter vertraten Ansicht einer Abkürzung durch die spezifische Allgemeinbehandl 5 verneinen sie; 7 lassen die Frage offen. Besserung des ergebnisses: 13 Beantworter; Ablehnung 4; 8 nehmen zu die Punkt keine Stellung. Ob Art und Weise der spezifischen Ther das unterschiedliche Endergebnis erklären, muß durch späteren, führlicheren Fragebogen entschieden werden. Verf. bespricht noch 76 Fälle der Essener Augenklinik mit Endergebnissen, di Vergleich zu denen von Uhthoff, Langendorff Schott usw. güns sind. Darunter 4 Fälle mit Malaria behandelt (Erfahrungen Behandlung der Erblues mit Malaria fehlen bisher). Resultat: Kinder vertrugen die Behandlung gut und erholten sich nachher Es hat — soweit man aus den wenigen Fällen Schlüsse ziehen kan den Anschein, als wenn der Verlauf der Keratitis parenchyma abgekürzt wurde. Diese Behandlung allerdings nur in ausgewä Fällen und unter klinischer Aufsicht von Aerzten, die mit Mal therapie genau vertraut sind. Merkpunkte: Der Augenarzt muß Fälle von vererbter Lues spezifisch behandeln oder behandeln la Ob Erkrankung des zweiten Auges gemildert oder abgeschw wird, ist noch unentschieden. Am besten kombinierte Kur mit und Sa oder Bi und Sa. Mit Malaria müssen weitere Versuche macht werden, aber nur bei sorgfältiger und erfahrener, klinis Behandlung! Reichlin

---

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.

78., April 1927.

Intravenöse Melubrininjektionen bei chron. Tridocyclitis Skleritis „chematica“. Intravenöse Melubrininjektionen wurden einem Patienten mit schwerer, chron. Tridocyclitis über zwei J lang ohne allgemeine Beschwerden angewendet und hatten au zeichneten Erfolg in vielen weiteren Fällen, auch von Herpescorn Skleritis und Episkleritis wurden die Injektionen, nicht immer mit gleichen, aber immer mit sichtbarem Erfolg weiter angewer Diese Therapie erfährt in einem Teil der Fälle eine gute U stützung durch Injektionen von Helfenbergers Kalziuminjektion. rum schlägt Verf. vor, in jedem Fall von ätiologisch nicht s definierbarer Indocyclitis, aber auch bei ätiologisch gut charak sierbarer Indocyclitis unterstützend, diese Injektionen anzuwen insbesondere bei arzneiempfindlichen Patienten.

Anwendungsweise: anfangs alle zwei Tage 1 g, später alle Tage 2 g intravenös.

Reichling, Berl

Graefes Archiv für Ophthalmologie.

118., Heft 3, 1927.

Strumametastasen im Auge. Bisher sind nur zwei Fälle von Schilddrüsentumor beschrieben, die eine Unterstufe in der Chorioidea bedingten. In beiden Fällen handelte es sich um Schilddrüsenkarzinom. Verfasser beschreibt einen Fall von reinem malignen oder metastasierenden Schilddrüsen-Adenom. Sektionsergebnis: neben weit ausgebreiteten Metastasenbildung in allen möglichen Organen (sogar im vorderen Papillarmuskel der Mitralklappe und im Musculus psoas) auch solche in beiden Augen. Histologisch das Bild der typischen parenchymatösen Struma nodosa colloides. Der Tumor wächst in der Aderhaut, die er aufspaltet. Gefäße der Chorioidea gestaut und erweitert, subretinaler Flüssigkeitserguß. Nur an einer Stelle durchwachsen durch das Pigmentepithel. Klinisch war nur Ablatio diagnostizierbar.

Reichling, Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Homöopathie.

Heft 6, Juni 1927.

Heilungen mit Pilocarpinum hydrochloricum nebst einem Anhang über Secale bei Basedow. Pilocarpin wirkt auf das Gehirn und Rückenmark, die Absonderung bewirkenden Nerven aller richtigen Drüsen und die Drüsen selbst, die Bewegungsnerven der glatten Muskeln, die Herzhemmungsvorrichtungen und die Entfernungs- und Lichtstärke-Einstellung der Augen. Die Wirkung ist also sehr ähnlich der des Nicotins, aber dieses beeinflußt mehr Gehirn und Rückenmark, das Pilocarpin dagegen mehr die genannten äußeren parasympathischen Nerven. Verfasser bespricht dann eine Reihe von Fällen, unter denen die auffallend günstige Beeinflussung des Erbrechens in der Schwangerschaft mit verschiedensten Dosen, zwischen D 12 und D 60, hervorgehoben sei. Besonders interessant ein Fall, bei dem die Patientin, eine viert-gebärende, 14 Tage nach der letzten Menstruation nur aus der Uebelkeit sich die Diagnose auf Schwangerschaft stellt, so daß also keinesfalls eine Gewißheit vorlag und eine rein psychisch-suggestive Wirkung auszuschließen ist. Anhangsweise bespricht Verfasser an Hand von mehreren Fällen die Wirkung verdünnter Secalegaben (ca. D 2 — D 5) bei Basedow und Jod-Basedow, die dringend zur Nachprüfung auffordern.

Die Homöo-Therapie der Nebenhöhlen-Erkrankungen. Kurze Besprechung der Aetiologie, Diagnostik und Prophylaxe der Nebenhöhlen-Erkrankungen mit anschließender Charakteristik der bei diesen Affektionen gebräuchlichen homöopathischen Medikamente, welche im Original nachzulesen ist. Besonders hervorgehoben wird die Wichtigkeit der konstitutionellen Behandlung.

Dermitzel.

Zahnärztliche Rundschau.

Nr. 26, 26. Juni 1927.

Ueber interne chemische Reizkörper. In der Reiztherapie mit intern gegebenen chemischen Körpern ist dem Zahnarzte ein Mittel in die Hand gegeben, das in Verbindung mit der vorgeschriebenen Wurzelbehandlung ein treffliches Adjuvans bildet. Die Reiztherapie verfolgt die gleichen Ziele, wie die Pharmakotherapie überhaupt, die Unterstützung der Naturheilung, nur sind ihre Wege andere. Schulzsche Organ-Reiztherapie und orale Reiztherapie nach Zimmer weisen viel Gemeinsames mit der Homöopathie Hahnemanns auf. Das similia similibus Hahnemanns erwiest sich bei der Auswahl von Reizkörpern für die Entzündung als sehr gute brauchbare Regel.

Nekrosen nach Novokain-Suprarenin-Injektionen. Nachdem der Verfasser die Feststellung macht, daß Nekrosen am harten Gaumen nach Novokain-Suprarenin-Injektionen nicht allzu selten vorkommen, wendet er sich an die verschiedenen Erklärungen, die für diese Vorkommnisse gegeben werden. In den Fällen, in denen alle Kautelen, wie Sterilität, Isotonie der injizierten Lösung usw., beachtet worden sind, hört man als Erklärung immer wieder, daß an der Nekrose das in der Kanüle zurückgebliebene Lysol schuldig ist. Verfasser berechnet, daß der Inhalt einer gewöhnlichen Kanüle $^1/_{600}$ Gramm ist und daß in dem harten Gaumen bei der üblichen Technik $^1/_{12000}$ Gramm Lysol injiziert werden könnte. Es ist natürlich kaum anzunehmen, daß diese minimale Menge eine Nekrose hervorriefe.

Ein ungewöhnliches Injektionstrauma. Bei einer Patientin trat am nächsten Tage nach einer Novokain-Injektion, die zur Präparation des überempfindlichen oberen Eckzahnes gegeben worden ist, eine starke Schwellung der rechten Gesichtshälfte auf. Die Patientin, die auf einer Reise war, meldete sich bei dem Verfasser persönlich erst nach einer Woche. Die rechte Gesichtshälfte zeigte noch immer eine beträchtliche Schwellung von teigig-weicher Konsistenz, die Haut darüber war von normalem Aussehen und fühlte sich nicht wärmer an als die Umgebung. Die Mundschleimhaut wies überall normale Verhältnisse auf, es war weder spontane, noch Druckschmerzhaftigkeit vorhanden. Es fiel auf, daß die Schwellung sich vornehmlich in der Gegend des rechten Unterkieferwinkels lokalisierte. Nach einer weiteren Woche war die Schwellung spurlos verschwunden. Nach Meinung des Verfassers handelte es sich in diesem Falle um eine zufällige Verletzung einer größeren submukösen Lymphbahn durch die Injektionsnadel. Dafür sprach sowohl das Fehlen aller entzündlichen Erscheinungen als auch die der Schwerkraft folgende Wanderung des Flüssigkeitsergusses zwischen den Gewebsmaschen, ein Verhalten, welches bei einem entzündlichen Exsudat niemals vorkommt. Bei der verhältnismäßig geringen Neigung der Lymphe zu gerinnen, dürfte aus dem angestochenen Lymphgefäß durch viele Stunden Lymphe in so großen Mengen in das benachbarte Gewebe gesickert sein, daß die sofort einsetzende Resorption das Lymphextravasat erst bewältigen konnte, bis es zur vergleichsweise spät erfolgten Heilung des Defektes gekommen war.

L. Gordon.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift.

Nr. 12, 17. Juni 1927.

L. Gordon.

Magyar Röntgen Közlöny.

1., Nr. 8.

Fall eines seltenen Beckenbruches. Eine 50 Jahre alte, korpulente Patientin meldet sich an der Klinik mit der Klage, daß sie vor drei Monaten von einer 1½ m hohen Leiter gestürzt sei, in sitzender Lage zu Boden fiel und seitdem hinkt, beim Gehen Schmerzen hat. Die Röntgenaufnahme ergibt in der Nähe des Azetabulums einen transversalen Bruch des oberen Schambeinastes, eine zweite Spalte wurde am Ramus superior des Sitzbeines, in der Nähe des Tuber ischii sichtbar. Einen ähnlichen, aber sich symmetrisch an beiden Seiten meldenden Beckenbruch beobachtete Verf. auch gelegentlich eines Autounfalles. Der Entstehungsmechanismus dieser Schädigung ist durch die abnorme Breite und Beweglichkeit des Sakroiliakal-Gelenkes erklärbar.

Zwei neuere Verfahren zur Epilation der behaarten Kopfhaut von Kindern. Es wird auf Grund 52 behandelter Fälle (26 Mikrosporien, 18 Trychophytien, 8 Favus) statt der gewohnten Röntgenbehandlung die Kombination derselben mit Thalliumazetat empfohlen. Nach der Verabfolgung dieses Mittels (8 mg pro kg in Syrup) wird mit einer halben Hautdosiseinheit ein sicherer und vollkommener Erfolg erzielt. Mit dieser niedrigen Strahlendose kann die Gefahr der bestehenden Kahlheit und der unangenehmen Nebenerscheinungen, Kopfweh, Erbrechen, Fieber usw. vermieden werden. Der Haarausfall ist vollkommen, besser als nach ausschließlicher Thalliumbehandlung und die erforderliche Halbdose dieses Mittels bewirkt selbst keine

leichten Vergiftungserscheinungen. Das Verfahren dient lediglich zur Epilation. Nach drei Wochen, wenn der vollständige Haarausfall schon stattgefunden hat, ist die Anwendung eines antiseptischen Haarspiritus notwendig.

1., Nr. 9.

Entwicklungsanomalien der Nieren und Ureteren. Hierher gehört in erster Reihe das nicht seltene Fehlen der einen Niere. Da kleinere technische Fehler an der Röntgenaufnahme die Konture der einen Niere verwischen können, ist dieselbe allein noch nicht ausschlaggebend, sondern muß von der zystoskopischen Untersuchung unterstützt werden. Die Diagnose der Aplasie darf nur dann aufgestellt werden, falls nur eine Ureteröffnung vorhanden ist; wenn von zweien die eine auch nicht sezerniert, kann dies auch durch einen Verschluß hervorgerufen werden. — Die Hufeisenniere weist auf der Röntgenaufnahme folgende Merkmale auf: die zwei Schatten sind verdächtig nahe aneinander, ptotisch, dabei parallel, die Pforten liegen mehr in der sagittalen Ebene, dementsprechend gibt die Pyelographie einen schmäleren und weniger gezackten Schatten des Nierenbeckens. — Eine seltene Entwicklungsstörung stellt die sogenannte Kuchenniere dar. Im berichteten Falle zeigte die Röntgenaufnahme in der Höhe des dritten Lendenwirbels, rechts von der Wirbelsäule ein großes, erweitertes Pyelon, dem zwei Ureteren entsprangen, um in der Blase normalerweeise einzumünden; an der linken Seite war kein Nierenschatten sichtbar. — Außer der S-förmigen Niere und einseitigen Langniere hatte Verf. Gelegenheit, auch einen Fall der Ureterduplizität bei einem 18 Monate alten Kinde zu beobachten. An der rechten Seite zeigte das Pyelogramm ein ptotisches, erweitertes Pyelon, über welchem ein akzessorisches Becken hinausragte; aus beiden führte parallel zueinander je ein Ureter hinunter in die Blase. — Zuletzt wird eine Ureterbifurkation erörtert, welcher die Spaltung der unteren Partie des Ureters eigentümlich war, die Bifurkation befand sich in der Höhe des Sakroiliakal-Gelenkes. Der Ureter besaß in der Blasenwand zwei separate Mündungen.

Das Röntgenbild abgekapselter pleuritischer Exsudate und Schwarten. Es können ihrer Lage gemäß randständige, interlobäre, mediastinale, mediastino-interlobäre und diaphragnale Exsudate unterschieden werden. — 1. Das randständige Exsudat gibt einen dreieck- oder halbkugelförmigen, intensiven, homogenen, scharf abgegrenzten Schatten, welcher mit der Basis an der Thoraxwand sitzt. Es werden normale Hilusdrüsen und Thoraxverhältnisse vorgefunden. — 2. Falls das interlobäre Exsudat seinen Sitz in der horizontalen Spalte hat, legt es in dorso-ventraler Strahlenrichtung einen streifartigen, ovalen oder spindelförmigen, intensiven Schatten an den Tag, welcher das rechte Lungenfeld etwa in der Mitte kreuzt. Falls der mediale oder laterale Teil der Spalte obliteriert, entsteht ein mit der Basis in die entsprechende Richtung schauendes Dreieck. Die Flüssigkeitsansammlungen der schiefen Spalte zeigen bei dorsoventraler Durchleuchtung einen schleierartigen, bei frontaler Strahlenrichtung einen sich von rückwärts-oben nach vorwärts-unten hinziehenden, recht scharf konturierten Schatten. — 3. Die Ergüsse des vorderen Mediastinums liegen rechter oder linker Seite, fließen mit dem Herzschatten zusammen, bilden ein Dreieck, welches die Höhe des Klavikularschattens nicht erreicht. Dieselben des hinteren Mediastinums zeigen einen mit dem Rückgrat parallelen Ablauf, sind streifenförmig und ragen bis zur Höhe der Klavikula hinauf. — 4. Die mediastino-interlobäree Exsudate können nur mittels einer spezialen Durchleuchtungstechnik nachgewiesen werden: der Kranke lehnt sich mit dem Schädel und den Schultern an die Durchleuchtungswand an und stößt den Bauch vorwärts, indem er sich mit den Händen an der Wand festhält. Die Exsudate zeigen meist rechts einen dreieckigen oder schnabelförmigen, mit der Basis am Medialschatten sitzenden Schatten und als Nebenbefund angeschwollene Hilusdrüsen, da die Ursache dieser abgekapselten Exsudate überwiegend die Tuberkulose bildet. — 4. Die kleinen Diaphragmaexsudate füllen den Sinus phrenicocostalis aus.

Die Pleuraergüsse können nach ihrer Heilung die mannigfaltigsten Schwarten hinterlassen: wir finden ihrer Lage entsprechend horizontale, sagittale, unregelmäßige Linien und Schattierungen, bei den schiefen Schwarten oft die Eislersche „Wetterfahne".

Orvosi Hetilap.

71., Nr. 20, 15. Mai 1927.

Ueber die Aetiologie des Trachoms. Die Meinungen sind die bezüglich noch verschieden, einige halten die morgenländische Auge krankheit für eine infektiöse Erkrankung, dessen Erreger sich unser Kenntnis noch entzieht, andere schreiben dem Prowaczeksche Chlamydozon oder Lindnerschem Körperchen ätiologische Bedeutu zu, eine dritte Gruppe der Autoren ist endlich von der wichtigst Rolle der Konstitution überzeugt. Verf. gesellt sich der zweiten Au fassung an: 1. Die Kultivierung der Noguchi-Cohenschen zweierl Mikroorganismen gelang in seinen Kontrolluntersuchungen auch ihn 2. in 30 Fällen erhielt er den größeren Typ, in 6 auch den Noguch schen kleineren; 3. zahlreiche Untersuchungen führten zur Tatsach daß der größere Typ eigentlich im Noguchischen Nährboden eine so derbare Degeneration erlittene Staphylokokke darstellt; 4. es schei für wahrscheinlich zu sein, daß der kleinere Typ durch gewisse Pne mokkokusstämme nachgeahmt werden kann; 5. sicher ist es, daß d Chlamydozoen und Elementarkörnchen morphologisch Mikroorg nismen sind, da im Noguchischen Nährboden zwei ihnen ganz ähnlic Typen erzeugt werden konnten; 6. die Rolle der Konstitution könn nur zahlreiche, pünktliche Beobachtungen entscheiden.

Behandlung der Chorea mit Milchinjektionen. Die große Zahl d zur Behandlung dieser Erkrankung empfohlenen Mittel beweist d Tatsache, daß wir derselben noch immer nicht gerecht sind. In solchen Fällen, die allen Anstrengungen einen Widerstand leistete konnte durch Milchinjektionen eine 100prozentige Heilung erzie werden. Die Besserung begann schon nach 2 bis 3 Tagen nach d ersten Injektion und führte den Kranken in 3 bis 5 Wochen der vol kommenen, rezidivfreien Heilung zu. Die Einspritzungen könn auch ambulant vorgenommen werden. Durch diesen Eingriff könn auch die Symptome der akuten Enzephalitis günstig beeinflu werden, auf die postenzephalitischen Zustände ist er dagegen wi kungslos.

Bestimmung des Ausgangspunktes der kalten Abszesse mit Hil des Lipiodols. Bericht über zwei Fälle, in denen der Ausgangspun des Prozesses mit den gewohnten klinischen und röntgenologische Methoden nicht bestimmbar war, ihn dagegen die Einspritzung d Lipiodol des aszendens, wann das jodhaltige Oel in den Senkung kanal in die Nähe des kranken Wirbels drang, zur Schau brachte.

71., Nr. 21, 22. Mai 1927.

Typhusbehandlung mit Neosalvarsan. Seitdem der Typhus al eine Allgemeinerkrankung, eine universelle Intoxikation aufgefa wird und der Zusammenhang zwischen der Zahl der im Blut kreisenden Bazillen und dem Fieberverlauf, der Schwere der Krank heitssymptome bekannt ist, kann das einzig rationelle, logische un zweckmäßige Vorgehen der intravenöse Angriff der Feinde, de Mikroorganismen sein. Diese Folgerung gab den Anlaß zur Anwen dung des Neosalvarsans, welches als therapeutisches Mittel be Bazillenträgern zuerst von Leitner und mit ausgezeichnetem E folge verabreicht wurde. Jacob berichtet schon bei floridem Typhu über die günstige Wirkung des erwähnten Mittels, seine Beobach tungen werden vom Verf. auf Grund eines großen Material (400 Fälle) unterstützt. In jedem Falle, wenn der Kranke in der erste Woche zur Behandlung kam, bewirkte schon die erste Injektion eine bedeutenden, von diffusem Schwitzen und auffallend gutem All gemeinbefinden begleiteten Fieberabfall, welcher 12 bis 36 Stunde lang dauerte, nie aber einen Kolapsartigen Zustand hervorgerufen ha Die Einspritzungen wurden in zwei- dreitägigen Abständen wieder holt; die Darmblutungen bilden keine Kontraindikation, benötige aber eine eingehende Prüfung auf Askarieden. Falls das Neosalvarsa sich als unwirksam beweist, muß immer auch nach einer andere Krankheit geforscht werden, welche überwiegend in der Form eine akuten Tuberkulose vorliegt. Auch in den schwersten Typhusfälle hatte die Behandlung eine erhebliche Abkürzung und Milderung de fieberhaften Periode zur Folge, wird deshelb vom Verfasser warn empfohlen.

Behandlung des Haarausfalls mit Iontophorese. Mit der Ionto phorese lassen wir gewisse Arzneimittel unmittelbar in die Haut ge langen, was mit den bisherigen Verfahren nicht gelungen war. Zu Behandlung eignen sich nur diejenigen Formen des Haarausfalls

denen die Regenerationsfähigkeit der einzelnen Härchen beibehalten bleibt, also gewisse Arten der Seborrhoe, der toxische und innersekretorische Haarausfall wo selbstverständlich auch eine kausale Therapie eingeführt wird, die Alopecia areata usw. Als einwirkende Mittel wurden die Alkohollösung der Ammonia pura Liqida (Amm. 30, Spir. vini 70, Aqae 3—400) und Alkohol- und wässerige Lösung des Chininum bimuriaticum (1—5—10%) angewandt. Die Behandlung geschieht dreimal wöchentlich: das eingetauchte Leinwandstück wird 3—4-fach zusammengelegt, auf die zu behandelnde Hautfläche gegeben, darüber der negative Elektrod (bei Ammonialösung), dann wird der Strom bis 2—3—5 M. A. eingeschaltet. Die Behandlung dauert 10—15 Min. lang. In vielen Fällen waren nur 15—20, in anderen dagegen 30—40 Behandlungen notwendig. In der größeren Hälfte war der Erfolg zufriedenstellend.

71, Nr. 22, 29. Mai 19272.

Technik der frontalen Röntgenaufnahme der unteren Hals- und oberen Rückenwirbel. Die Frage der frontalen Technik der unteren Halswirbel ist mittels der Aufnahme in stehender, oder sitzender Lage befriedigend gelöst worden, die Photographierung der I—IV Dorsalwirbel ist aber bis an den heutigen Tag nicht gelungen. Autor versucht es diesem Probleme auf folgende Weise nachzugehen: er läßt den Patienten so am Rande eines Sessels sitzen, daß der eine Fuß in einem Schemel ruht, der zweite Fuß frei herunterhängt und zwischen die zusammengefalteten Hände genommen wird, wobei die Schulter schlaff heruntergelassen und der gerade gehaltene Kopf rückwärts gebeugt wird. Um letzteres Ziel zu erreichen, kann auch der Glissonsche Suspensionsapparat herangezogen werden. Die eine Schulter rührt die Aufnahmekasette an. Da die Strahlen bei den einzelnen Individuen sehr verschieden dichte und dicke Schichten zu durchdringen haben, muß die Härte entsprechend geändert werden. Auch mit dieser Technik gelang die Aufnahme nicht in jedem Falle, die pathologischen Veränderungen des oberen Lungenlappens können die Wirbelschatten so verwischen, daß wir uns mit einer sagittalen, oder schiefen Aufnahme begnügen müssen.

71, Nr. 23, 5. Juni 1927.

Das Katheterisieren Prostatahypertrophiker. In ein paar Fällen gelang dies dem Verf. nur mit folgendem Griff: er führte den Katheder in senkrechter Lage bis zur Prostata hinein, dann übte Assistent mit dem ins After hineintastenden Finger einen starken Druck auf den oberen Rand der Prostata und der Katheter glitt leicht in die Blase hinein. Mit einiger Uebung gelang der Eingriff auch einem einzigen Arzt ohne Hilfe. Zur Erklärung des Mechanismus meint Autor das ventilförmige Schließen des Orificium internum durch die hypertrophisierte Prostata heranziehen zu dürfen; infolge des starken Druckes erhob sich der Lappen und der Katheter konnte leichten Weges in die Blase gelangen.

O r o ß.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 23. 9. Juni.

Nystagmus bei monokularem Sehen. Bei angeborenem oder früh erworbenem monokulärem Sehen tritt oft ein Nystagmus bald bei Seitenbewegungen, bald auch beim Blick nach unten ein. Bei Schielenden mit Amblyopie auf dem schielenden Auge ist ein solcher Nystagmus nicht beobachtet, doch findet er sich nicht selten bei alterierendem Schielen.

Fisteln-Behandlung mit Sympus Sachari. Eine konzentrierte, sterilisierte Zuckerauflösung hatte gute Erfolge bei Fisteln aus den verschiedensten Ursachen (kongenitale, tuberkulöse, osteomyelitische).

Nr. 24. 16. Juni.

Oedeme und Wasserausscheidung bei perniziöser Anämie. Bei perniziöser Anämie finden sich in den schwereren Perioden Oedome und eine Herabsetzung der Wasserausscheidung. Diese Erscheinungen schwinden in den Besserungsperioden; sie können nicht durch Herz- oder Nierenschwäche erklärt werden, sondern durch den anämischen Zustand selbst und die Aenderung der Menge der Plasmakolloide sowie den toxischen Einfluß auf die Gefäße.

Nr. 25. 23. Juni.

Synthalinbehandlung. Synthalin ist in großen Dosen ein Gift für den Organismus mit kumulativer Wirkung. Neben der toxischen Wirkung beeinflußt es auch den Kohlehydratstoffwechsel. Es wirkt auf die Azidose und den Blutzucker. Erbrechen, Oedem im Gesicht, Uebelkeit, Anorxie, Kopfschmerz, Diarrhoen gehören zu den Nebenerscheinungen des Synthalins. Dasselbe sollte nur in begrenztem Maße dort angewandt werden, wo die Insulintherapie nicht möglich ist oder versagt. Man gibt zwei Tage 20—30 mg zweimal und dann zwei Tage einmal diese Dosis. Dann tritt ein Tag Pause ein. Die leichteren dyspeptischen Zustände, die im Beginne der Behandlung auftreten, schwinden meistens bald.

Synthalinbehandlung. Holst hebt die individuelle Toleranz dem Synthalin gegenüber besonders hervor; namentlich ist die Wirkung auf den Blutzucker sehr wechselnd. Auch die Dosierung ist schwer zu normieren. Bei schweren Diabetesfällen versagt es oft; dann muß erst durch die Diät die Hyperglykämie und Azidose herabgesetzt werden, ehe man Synthalin anwendet. Sind Kranke an Insulin gewöhnt, so gebe man beides zuerst gleichzeitig, um erst allmählich zum alleinigen Gebrauch von Synthalin überzugehen.

Synthalinbehandlung. Auch Einar Rud rät zu weiteren Versuchen mit Synthalin, wenn auch in vielen Fällen der Erfolg ausbleibt oder toxische Erscheinungen auftreten. In einzelnen wirkt es günstig ohne alle Intoxikationserscheinungen. Monobromcampher wird als Gegengift empfohlen.

S. K a l i s c h e r.

Hospitaltidende.

Nr. 17, 28. April 1927.

Nr. 18, 5. Mai 1927.

Nr. 19, 12. Mai 1927.

Nr. 20, 19. Mai 1927.

S. K a l i s c h e r.

Hygiea.

89. Heft 10. 31. Mai.

Heft 11. 15. Juni.

Wilhelm Uhthoff †. S. E. Henschen.
Prinzipien der anzuerkennenden Entschädigung bei der Lungentuberkulose, die im Militärdienst erworben wird. Alf Gullbring.

S. Kalischer.

Svenska Läkaresällskapets Handlingar Acta Societatis Medicarem Salcanae.

53. H. 1.

Verzeichnis der von Bur Gadelins publizierten wissenschaftlichen Arbeiten, Aufsätze, Vorträge usw. Alfred Petrén.
Gadelins als Forscher und Schriftsteller. Harald Fröderström.
Bur Gadelins als Arzt und Lehrer. Lennart Sahlin.
Gemeingefährliche Geisteskranke und kriminelle Kranke. Alfred Petrén.
Etudes psychologiques sur l'usage de l'alcool comme brisson. Jacob Billström.
Senkungsreaktionen bei Krankheiten des Nervensystems und des Geistes speziell bei Alkoholpsychosen und Indikationen. Bengl A. Boye.
* Orthopädische Behandlung des Kau-Tics. Axel Wersén.
Kurzer Bericht über die Arbeit der Poliklinik für psychische Kranke in Stockholm.
* Zwangsirresein und basale Ganglien. Sven Stenberg.
G. Elander.
Resultate der Behandlung Nervenkranker in dem Etablishments of the Swedish Board of Pensions. Gunnar Kohlmeter.
Akrozephalosyndaktylien. Victor Wigert.
Neurose mit transilnischer Glykosurie. Wilhelm Rasch.
Induzierte Psychose. Alfred Petrén.
Angeborene Wortblindheit und damit zusammenhängende Störungen bei den Eltern des Kindes. Gustav Halltrieb.
Die Korsakowsche Krankheit. Henry Marcus.
Klinisches Bild der sogen. spontanen subarachnoidealen Blutungen. N. R. E. Antoni.
Manisch-depressive Psychose (zirkuläre Form) mit Eintags-Phasen. Fritz Wiesel.

Orthodontische Behandlung des Kau-Tics. Bei schweren, komplizierten Fällen des Kau-Tics sind mitunter Apparate zur vorübergehenden Ruhigstellung des Mundes und Kiefers nötig. Solche werden vom Verf. beschrieben, sind aber nur bei Anstaltsbehandlung verwendbar.

Zwangsgedanken-Irresein und basale Ganglien. Sternberg weist auf die Bedeutung der subkortikalen (basalen) Ganglien und Zentren bei der Entstehung der Zwangsgedanken hin. Die Zwangsmechanismen müssen in diese Zentren verlegt werden, indem der hemmende Einfluß des Frontalhirns über diese Zentren zum Fortfall kommt und das Zusammenwirken mit diesem gelöst wird. Eine konstitionelle Prädisposition zu Zwangsgedanken kann durch organische Anlagen dieser basalen Zentren bedingt sein. S. Kalischer.

Upsala Läkareförennings Förhandlingar.

32., H. 5/6, Mai.

* Primärer Komplex in der Tuberkulose der Kinder. John Naeslund.
Schutzmittel gegen Arsenikwasserstoff- und Phosphorwasserstoff-Vergiftung. Carl Naeslund.
Größenverhältnisse der Nebennieren im Laufe des Fötallebens des Menschen. Jonssen, Elmund, Aedermann, Nils.

Der primäre Komplex in der Kindertuberkulose. Die beschriebenen Fälle zeigten bei der Obduktion den primären tuberkulosen Komplex und zwar in den Lungen und den entsprechenden Lymphdrüsen. Einige Fälle zeigten bereits den Prozeß in der Vernarbung und Verkalkung. Die Zeit der Infektion konnte in einigen Fällen nachgewiesen werden (im Alter von vier bis fünf Monaten). Häufig war der Prozeß diffus und schon im zweiten Stadium Rankes. Der Tod trat oft infolge von tuberkuloser Meningitis ein. Im Leben bestanden meist keine Zeichen und Symptome von Seiten der beteiligten Lungen, auch nicht bei der Untersuchung und längeren Beobachtung; selten bestanden Atemstörungen oder Husten. Tuberkulose der Hilusgegend konnte in einigen Fällen röntgenologisch nachgewiesen werden. In vielen Fällen waren die Mesenterialdrüsen und der Magendarmtraktus beteiligt. In 18 Fällen war nur eine Lunge erkrankt wie die Lymphdrüsen der einen Seite. In 13 Fällen saß der primäre Prozeß subphrenal, in sechs im Parenchym. Nur in einem Falle war der primäre Prozeß im Intestinal-Traktus zu suchen.

S. Kalischer.

Acta radiologica.

Vol. VIII, Fasc. 2, Nr. 42.

* Lagerung von freier Flüssigkeit, freiem Gas und beweglichen gasgeblähten Därmen in der Bauchhöhle. H. Laurell.
Baryum sulfuricum purissimum als Kontrastmittel in der Röntgenologie. P. Krause.
Verkalkungen im Bauch und Becken nach Tuberkulose-Peritonitis. Olle Hulten.
Biologische Wirkungen inkorporierter radioaktiver Substanzen (Thorax-Stäbchen) nach Experimenten an Testikeln. T. Takeda.
* Photoaktivität — antirhachitische Wirkung. Eigil Rekling.
Ultraviolettbestrahlter Dorschlebertran. T. Swensson, J. Möllerström.

Ueber die Lagerung von freier Flüssigkeit, freiem Gas und beweglichen gasgeblähten Därmen in der Bauchhöhle. Größere Flüssigkeitsmengen in der Bauchhöhle können bei aufrechter Körperhaltung eine Repatoptose verursachen, die dadurch entsteht, daß sich die Flüssigkeit zwischen Diaphragma und Leber lagert. Diese Möglichkeit muß berücksichtigt werden, wenn eine Pleurapunktion bei Aszites gemacht werden soll, weil ein hierbei erhaltenes Punktat ebenso gut von der Pleurahöhle wie von der Bauchhöhle herstammen kann. Beim Anlegen eines Pneumoperitoneums kann ein Röntgenbild entstehen, das dem eines subphrenischen Abszesses ähnlich ist. Es unterscheidet ich von diesem aber durch die Doppelseitigkeit und die freiere Beweglichkeit des Diaphragmagewölbes. Die gegenseitige Lage der Organe in der Bauchhöhle ist unter anderem durch ihr spezifisches Gewicht bedingt. Die Leber ist spezifisch schwerer als die Aszitesflüssigkeit, sie kann daher bei einem größeren Transsudat in dieses untertauchen, von der Aszitesflüssigkeit umspült werden. Auch luftgeblähte Därme können infolge ihres geringen spezifischen Gewichtes bei aufrechter Körperhaltung nach oben steigen, so daß es zu einer Interposition des Kolons zwischen Leber und Zwerchfell kommt. Eine Prädisposition für diesen Zustand ist gegeben, wenn eine Schrumpfung der Leber vorliegt oder wenn — wie bei einem Emphysem — die untere Thoraxapertur erweitert ist.

Photoaktivität — antirachitische Wirkung. Es wird vielfach angenommen, daß eine Paralletität zwischen der antirachitischen Wirkung ultraviolettbestrahlter Oele und deren photographisch wirksamen Emanationen besteht. Insbesondere wird die Photoaktivität die gewisse pflanzliche und tierische Stoffe aufwiesen, als Indikator für das Vorhandensein antirhachitischer Eigenschaften angesehen. Verf. hat in ausgedehnten Untersuchungen nachgewiesen, daß diese Angaben falsch sind. Man kann verschiedene Substanzen durch Bestrahlung antirhachitisch machen, ohne daß sie photoaktiv werden und umgekehrt kann durch verschiedene Maßnahmen eine Photoaktivität erzeugt werden, ohne antirhachitischen Effekt.

Kirschmann.

A Folha medica.

8. Jahrgang, Nr. 8, 16. April 1927.

* Indikation und Technik der subhepatischen Drainage. Mario M. Fabiao.
Oeffentliches Gesundheitswesen und der Kampf gegen die Infektionskrankheiten. Jaems A. Doull.
Ueber Syphilis der Harnblase. Avelino Alves Palma.

Indikation und Technik der subhepatischen Drainage. Die Nachteile der subhepatischen Drainage liegen in der Bildung postoperativer Gallenfisteln, welche sich einerseits sehr langsam schließen und so die Rekonvaleszenz verlängern, andererseits ungünstige Narbenverhältnisse ergeben, vor allem Verwachsungen, die manchmal sogar zur Abklemmung und Darmverschluß führen können. Durch die Drainage, speziell die damit verbundene Tamponade wird die Disposition zu chronischen postoperativen sekundären Blutungen anläßlich der Entfernung des Drains. Diesen Nachteilen stehen wiederum Vorteile gegenüber u. z.: Dank der Drainage ist es in solchen Fällen möglich, schon frühzeitig eine postoperative Hämorrhagie zu entdecken, wo seitens des Allgemeinzustandes des Patienten noch kein Anhaltspunkt für diese Gefahr vorliegt. Bei Perforationen in den Gallenwegen ermöglicht die Drainage den Abfluß der Galle nach außen, statt daß sich letztere in die Peritonealhöhle ergießt. Blutende Stellen, welche nicht mit einem Peritonealüberzug versehen werden können, werden durch die Tamponade isoliert und zur Vernarbung angeregt. Durch die Drainage wird die Infektion des Operationsgebietes verhindert oder zumindest erschwert und ebenso das Peritoneum entlastet. Schließlich wird durch die Draintamponade häufig eine parenchymatöse Blutung, bei der Ligaturen versagen, gestillt. Die Indikation zur Drainage wird durch drei Momente bedingt: 1. operative Technik, 2. lokale Verhältnisse im Operationsgebiet und 3. der Allgemeinzustand.

Nr. 9, 1. Mai 1927.

Zur Epidemiologie und Prophylaxe der Lepra in São Paulo. J. M. Gomes.
* Ueber die Resultate subhepatischer Drainage. Mario M. Fabião.
Kind vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheit. João Amarante.

Ueber die Resultate subhepatischer Drainage. Dank der subhepatischen Drainage kommt es in der Peritonealhöhle zur Bildung eines fibrinös-leukozytären Exsudats, welches das Operationsgebiet abgrenzt und so die Infektion des Peritoneums und Organverwachsungen verhindert. Die subhepatische und Gallenwegdrainage ist in folgenden Fällen indiziert: Offensein der Gallenwege und Gallenerguß; Infektion des Operationsgebiets infolge Galle

blasenperforation und Entleerung von Eiter, Steinen usw.; Entblößung großer Peritonealflächen; Oedem der Gallengänge; Erweiterung oder Verengerung des Hepatocholedochus; schließlich sämtliche Affektionen biliärer Natur und Verdacht auf lokale, postoperative Komplikationen. Bei Cholezystektomien ist die subhepatische Drainage, bei der Choledochotomie ist die äußere Drainage mittels eines Gummischlauches angezeigt. Eine Reintervention zwecks Schließung einer Gallenfistel ist nur in den seltensten Fällen notwendig. Die Drainage ist oft trotz der ihr anhaftenden Nachteile der einzige Weg zur Rettung des Patienten.

Nr. 10, 16. Mai 1927.

Ueber Schilddrüsenchirurgie. Die chirurgische Behandlung des Kropfes ergibt selbst in Fällen hochgradiger dysthyreoider Intoxikation, nach entsprechender intern-medizinischer Vorbereitung sehr zufriedenstellende Resultate. Das Gefahrenmoment des chirurgischen Eingriffes beim Kropf ist angesichts des derzeitigen hohen Standes der Technik der Schilddrüsenchirurgie verhältnismäßig gering, so daß die modernen Chirurgen eine Kropfmortalität von weniger als 1% verzeichnen. Die Röntgentherapie des Kropfes erschwert in den meisten Fällen die nachfolgende chirurgische Intervention und ist selten imstande die allgemeinen thyreotoxischen Symptome günstig zu beeinflussen. Neuerliche chirurgische Intervention wird durch eventuelle postoperative Rezidive weder erschwert noch verhindert. Nach Meinung des Verf. erscheint die chirurgische Behandlung des Kropfes aus ästhetischen Motiven gerechtfertigt.

Studien zur Uebertragung und Verbreitung der Malaria. Bei der Uebertragung und Verbreitung der Malaria müssen folgende Faktoren berücksichtigt werden: 1. Die relative Wichtigkeit der verschiedenen lokalen Anophelesgattungen, 2. die Individualität der Parasitenträger und 3. die Beziehungen dieser beiden Elemente zu einander und zur gesunden Bevölkerung. Der Grad der Malariaendemie hängt nicht vom Verseuchungsgrade und Densität der Ausbreitung der Anopheles ab, da nicht selten ein hoher Stand der Endemie mit einem geringen der Anophelesverseuchung und vice-versa festgestellt werden kann. Um die epidemiologischen Bedingungen einer lokalen Malaria richtig zu erfassen, ist es notwendig, die Gattung oder Gattungen der Anopheles transmissor festzustellen, was nur durch die Praxis der Laboratoriumsuntersuchungen und das Studium der Lebensgewohnheiten der lokalen Mosquitos erfolgen kann. Die Malaria ist eine durch fokale Ausbreitung charakterisierte Endemie, so daß in einem großen malarigenen Gebiet die einzelnen Herde genau bestimmt und abgegrenzt werden können.

Nr. 11, 1. Juni 1927.

Die Geschlechtskrankheiten im brasilianischen Heer. Verf. tritt ir strenge Bestrafung der Soldaten, die das Heeresreglement betreffend den Schutz vor Geschlechtskrankheiten und den Kampf egen dieselben im Heer übertreten, ein.

Ashkenasy, Wien.

Revista medico-cirurgica do Brasil.

35. Jahrgang, April 1927.

Ashkenasy, Wien.

British Medical-Journal.

Nr. 3461, 7. Mai.

Der konstitutionelle Faktor bei Erkrankungen. Die Konstitutionsforschung der letzten Jahre hat besonders zur Aufklärung der anatomischen und physiologischen Grundlagen der Magenerkrankungen beigetragen. Lage, Tonus und Länge des Magens zeigen schon beim Gesunden große Verschiedenheiten. Obwohl ein Hypertonus dieses Organs oft auf Grund der Röntgenuntersuchung angenommen wird, ist es fraglich, ob diese Veränderung überhaupt vorkommt. Denn genaue Messungen erwiesen, daß der Tonus in einem solchen Magen nicht größer ist als der eines Magens in Durchschnittslage oder des sog. atonischen Magens. Der Zustand der Muskulatur des Abdomens ist auf die Gestaltung des Magens ohne Einfluß, da bei muskelschwachen Bauchdecken ein hypertonischer Magen und bei muskelstarken Individuen der atonische Typus sich vorfinden kann. Beide Formen stellen nur Variationen der normalen anatomischen Länge dar. Der kurze Magen muß bei der Befestigung des Organs oberhalb der Kardia und an der Pars descendens des Duodenums die schräg oder fast horizontal gestellte hypertonische Form annehmen, während der lange Magen sich vertikal einstellt mit steil aufsteigendem Pylorusabschnitt und atonisch erscheint. Diese „Atonie" findet sich relativ selten bei Magenstörungen. Ein Zusammenhang mit den Beschwerden ist nicht erkennbar.

Die fraktionierte Magenausheberung hat gelehrt, daß die Anazidität und Superazidität extreme Abweichungen von der normalen Sekretion darstellen und in 4 und 10% bei völlig Gesunden nachzuweisen sind. Es ist fraglich, ob die Hyperchlorhydrie überhaupt als Folgezustand einer Magenerkrankung sich entwickelt. Jedenfalls disponiert sie zum Ulcus duodeni. Ein Zusammenhang der Superazidität mit dem Magengeschwür ist abzulehnen. Die Achlorhydrie entsteht häufig sekundär (chronische Gastritis oder Karzinom). Mit Hyperchlorhydrie vergesellschaftet findet sich oft der Kurzmagen, zumeist bei hypersthenischen Individuen. Solche Mägen entleeren sich rasch (Hungergefühl nach 3 Stunden) und das Duodenum ist mehrmals täglich der Einwirkung des reichlich sezernierten, stark sauren Magensaftes ausgesetzt. Die Ausheilung eines aus irgendwelcher Ursache heraus entstandenen Schleimhautdefektes ist erschwert und die Entstehung des chronischen Geschwürs möglich geworden (hypersthenische gastrische Diathese). Diese Diathese ist familiär. Die sekretorischen und motorischen Kennzeichen bestehen nach Abheilung des Geschwürs fort und zeigen sich auch bei magengesunden Mitgliedern einer Familie, in der mehrere Ulcusduodeni-Fälle vorliegen. Sicherlich spielt bei der Entstehung dieser Diathese der gesteigerte Vagustonus eine Rolle, der jedoch nur am Magen sich auswirkt. Eine allgemeine Vagotonie ist abzulehnen, ebenso ein Zusammenhang mit der Hypertonie. Bei den mit dieser Diathese behafteten Menschen täuscht die nervöse Dyspepsie — wie sie durch Ueberanstrengung, toxisch durch Nikotinabusus oder reflektorisch von einer Cholezystitis oder Appendizitis aus entsteht — völlig das klinische Bild des Ulcus duodeni vor. Entfernung der auslösenden Ursache führt ohne diätetische oder medikamentöse Maßnahmen zum raschen Verschwinden aller Symptome.

Beim Langmagen findet sich gewöhnlich eine normale oder herabgesetzte Säuresekretion. Er ist häufig Teilerscheinung des asthenischen Habitus. Diese hyposthenische gastrische Diathese scheint die Entstehung des Ulcus ventriculi zu begünstigen. (Häufigkeit in Familien mit Magengeschwür.) Beide Diathesen sind unter gesunden Menschen ziemlich häufig anzutreffen.

Die Anazidität entsteht auf dem Boden eines angeborenen, häufig familiären Sekretionsfehlers ohne anatomisches Substrat in der Magenschleimhaut bei etwa 4% gesunder Menschen. Das Fehlen der normalen Magenverdauung und der „antiseptischen Schranken" bedingt durch ungehinderte Bakterieneinwanderung von der Außenwelt eine Reihe von Verdauungsstörungen (periodische Diarrhoen, Nausea, Druck im Epigastrium und Flatulenz). Bei dieser Dyspepsie ist des öfteren Acne rosacea anzutreffen, die gleich den Magensymptomen nach Säuremedikation schnell zurückgeht. Die durch Salzsäuremedikation bedingte Vermehrung der Darmalkaleszenz begünstigt das Emporwandern der Dickdarmbakterien in den Dünndarm. (Infektion der Gallenwege als Folge!) In etwa 40% der Fälle von chronischer Arthritis — bei denen es von dem primären Herd in der Mundhöhle aus infolge der Achlorhydrie zur Darminfektion kommt — stellen sich trotz Ausschaltung des ursprünglichen Sepsisherdes ständig Rezidive ein. Bekannt ist die Bedeutung der Anazidität für die Pathogenese der Biermerschen Anämie und ihrer Begleiterscheinungen, der Glossitis und der kombinierten Systemerkrankung des Rückenmarks. Selten ist bei der perniziösen Anämie der Salzsäuremangel sekundär entstanden (Gastritis alcohol., nach Gastroenterostomie oder Gastrektomie). Er ist zumeist konstitutionell bedingt (familiäres Auftreten der perniziösen Anämie, Achlorhydrie bei gesunden Mitgliedern solcher Familien). Schon das charakteristische Aussehen der an Morbus Biermer Erkrankten macht die konstitutionelle Grundlage wahrscheinlich (stämmiger Körperbau mit kurzem Thorax und weitem epigastrischem Winkel, breite Gesichtszüge mit voneinander weit getrennten Augen, große Kieferwinkel, Neigung zu Fettansatz).

Als disponierende Momente für die Entstehung der Gallensteine werden stets Schwangerschaft (Hypercholestearinämie) und Konstition (familiäres Auftreten) außer der Infektion genannt. Bei der großen Verbreitung der Cholelithiasis — 10% der sezierten Erwachsenen sind Steinträger — ist es jedoch außerordentlich schwer, die bisher vorliegenden Zahlen für die Bedeutung der Konstitution und der Gravidität zu verwerten. Fest steht die Rolle der Cholezystitis als disponierendes Moment. Wie weit nichtfamiliäre konstitutionelle Bedingungen (Störungen des Fettstoffwechsels, anatomische oder funktionelle Störungen im Bereich der Gallenwege) die Entwicklung der Steinbildung in der entzündeten Gallenblase beeinflussen, ist nicht geklärt.

Bei der Entwicklung der Nephritis sind konstitutionelle Schwankungen der Urinreaktion von Bedeutung. Unter gleichen Bedingungen und bei gleicher Kost kann die Harnazidität bei zwei gesunden Individuen aus unbekannter Ursache völlig verschieden sein. Bei einer größeren Zahl von Scharlachkranken zeigten sich bei ⅜ der stark sauren Urin ausscheidenden Kindern Nephritiserscheinungen gegenüber 3% der Kinder mit niedriger Harnazidität. In einer anderen Scharlachepidemie konnten durch tägliche Gaben von Alkalien bei 431 Fällen das Auftreten von Nierenerkrankungen fast gänzlich verhütet werden. Es ist daher anzuraten, bei den Scharlachkranken mit hoher Harnazidität (pH unter 5) prophylaktisch regelmäßig Natr. bic. und Kal. citric. zu geben. Die gleiche Therapie ist zur Vermeidung von Rückfällen nach überstandener akuter Nephritis angebracht sowie vorbeugend bei Mitgliedern der zu Nierenerkrankungen neigenden Familien mit stark saurem Urin.

Pepton - Serum - Agar bei Asthma. Von den vielen Stoffen kristallinischer und kolloidaler Natur, die bei Erstinjektion im Tierversuch anaphylaktoide Reaktionen hervorrufen und die desensibilisierend beim Asthma wirken, ist das Pepton am wichtigsten. Mit Ausnahme von wenigen Fällen führt die intravenöse Injektion der 5proz. Lösung bei Gaben von 2—3½ ccm zur raschen Besserung, ohne daß solche Asthmatiker eine Hautreaktion gegenüber Eiweißkörpern zeigen. Bei über 45 Jahre alten Kranken ist eine positive intradermale Injektion an sich sehr selten. Eine gewisse Verbesserung der Ergebnisse der Peptontherapie ist durch Hinzufügen von Eigenserum zu der Peptonlösung zu erreichen, da die unspezifische Desensibilisierung durch homologes Serum zu steigern ist. Doch kann es in diesem Gemisch — das mehrere Stunden vor der intravenösen Injektion stehen muß — zur Gerinnselbildung kommen. Geeigneter für die Behandlung ist eine Kombination dieser Methode mit der Desensibilisierung durch Agar. Zu 4 Teilen steril entnommenes Serum wird 1 Teil einer 0,1 proz. Agarkochsalzlösung hinzugefügt. Nach einstündigem Stehenlassen wird bis zu 2½ oder 3½% Peptonpulver hinzugesetzt. Ein Zusatz von 0,5% Phenol in etwa 15 Tropfen physiologischer Kochsalzlösung sichert die sterile Aufbewahrung der kolloidalen Lösung in zugeschmolzenen Glasröhrchen. Zu empfehlen ist ein langsames Einschleichen der Behandlung mit Dosen von 1½, 2, 2, 2½, 3 und 3½ ccm, zweimal wöchentlich. Bei langsamer intravenöser Injektion treten keinerlei Nebenerscheinungen auf abgesehen von einem leichten Hitzegefühl. Die Wirkungsweise der Pepton-Agar-Injektion ist unklar (Neutralisierung des Antigens im Blut?). Biberfeld.

Gynécologie et Obstétrique.

15., Nr. 4, April 1927.

Postklimakterische Blutungen. Unter postklimakterischen Blutungen versteht man Blutverluste aus den weiblichen Genitalorganen, die nach Eintritt des physiologischen oder künstlichen Klimakteriums sich zeigen. Verf. hat im Laufe von 28 Jahren bei 312 Patientinnen mit postklimakterischen Blutungen eine genaue Untersuchung vorgenommen und hat bei denselben die verschiedensten Krankheiten als Ursachen dieser Blutungen festgestellt. Er fand in 79 Fällen Uteruskarzinom (in 42 Fällen des corpus und in 37 Fällen der cervix uteri), ferner in 61 Fällen Prolaps des Uterus und der Vagina, sowie des weiteren Schleimhautpolypen der Zervix und des Korpus, Endometritis, Myome, Ovarialzysten, Scheidenkarzinom, Vulvakarzinom usw. Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Resultat, daß es notwendig sei, bei jeder noch so geringen postklimakterischen Blutung eine sehr genaue gynäkologische Untersuchung vorzunehmen, evtl. eine Abrasio mit nachfolgender sorgfältiger mikroskopischer Untersuchung durch einen erfahrenen Pathologen, anzuschließen.

Gebärmutterblutungen junger Mädchen; ihre Behandlung durch Bluttransfusion. Verf. berichten über ihre Erfahrungen bei der klinischen Beobachtung und Behandlung derartiger Fälle in der Lyoner Frauenklinik, und sind der Meinung, daß in allen solchen Fällen eine genaue gynäkologische Untersuchung unbedingt notwendig ist. Handelt es sich um eine objektiv feststellbare Affektion des Genitalapparates, dann kommt vor allem bei großem, dickem Uterus eine Abrasio in Frage, die meistens sehr aussichtsvoll ist. Ergibt jedoch die Untersuchung keinen Anhaltspunkt für einen Befund, so wird man zu Bluttransfusionen, im Falle, daß auch diese Therapie versagt, zur Röntgentherapie seine Zuflucht nehmen. Daneben muß selbstverständlich auch eine Allgemeinbehandlung, zusammen mit blutstillenden internen Mitteln, stattfinden.

Sterilisation und Schwangerschaftsunterbrechung. Verf. beschreibt einen Fall aus seiner Praxis, bei dem er gezwungen war, gleichzeitig mit der Unterbrechung der Schwangerschaft eine definitive Sterilisation der Patientin vorzunehmen. Es handelte sich um eine Patientin, die im 3. Monate der Schwangerschaft stand und die an schwerer Kehlkopf- und Lungentuberkulose litt. Verf. hält es für notwendig, daß die Sterilisation bei Multiparen mit lange bestehender tuberkulöser Erkrankung ausgeführt werde. Bei Nulliparen, die nach Ansicht erfahrener Internisten ausheilen können, ist eine temporäre Sterilisation indiziert. In den seltenen Fällen, in denen eine Schwangerschaftsunterbrechung in Frage kommt, wird man die Entfernung des Eies durch transperitoneale Hysterotomie oder durch partielle Hysterektomie vornehmen.

Konservative Operation und Bestrahlung bei Ovarialzysten. Während einer Laparotomie wegen einer Ovarialzyste muß man sich ein Urteil bilden, in welchem Zustand sich das andere Ovarium befindet. Bei Erkrankung beider Ovarien wird man oft eine Totalexstirpation des Uterus mit doppelter Kastration vornehmen. Im Falle eines Zweifels über die Möglichkeit der Erkrankung des zweiten Ovariums ist es richtig, das Ovarium zu opfern, außer wenn ein besonderes Interesse vorliegt, die Eierstockstätigkeit zu erhalten. Es ist aber dann äußerst wichtig, auf das stehengebliebene Ovarium zu achten, um rechtzeitig eine Erkrankung an diesem Eierstock feststellen zu können. Die Röntgenbestrahlung scheint bei beginnenden Ovarien-Epitheliomen nicht günstig zu wirken, sie sollte daher besser unterlassen werden. Rudolf Katz, Berlin.

The Journal of the American Medical Association, Chicago.

88, Nr. 22, 28. Mai 1927.

Tartarus stibiatus beim weichen Schanker. Die Dauer der Rekonvaleszenz beim weichen Schanker wird wenigstens um die Hälfte der Zeit durch intravenöse Injektionen von Tartarus stibiatus abgekürzt. Schmerzen, Sekretion, Oedem und andere Symptome werden wesentlich verringert oder verschwinden nach einigen wenigen Injektionen vollkommen. Die Droge muß zu dem zuvor gekochten und abgekühlten destillierten Wasser zugefügt werden, eine 1proz. Lösung wird benutzt. Die anfängliche Dosis ist 3 ccm und wird jedesmal um 1 ccm bis zur Höchstdosis von 10 ccm vermehrt. Injektionen in 4tägigem Intervall. Von den behandelten 27 Fällen kamen 23 zu sehr rascher Heilung. Die Zahl der Injektionen betrug zwischen 2—8. In 30 % der Fälle gab es milde, in wenigen Stunden vorübergehende Reaktionen wie Husten, Speichelfluß, Erbrechen; niemals wurden ernste Reaktionen beobachtet.

Milzvergrößerung beim Hyperthyreoidismus. Milzvergrößerung wird sehr häufig bei schweren und lange bestehenden Fällen von Hyperthyreoidismus angetroffen, aber fast ausschließlich beim Basedow, unter 144 Fällen in 30 %, während unter 42 Fällen von Hyperthyreoidismus bei adenomatöser Struma ohne alle Basedowsymptome nur 3 palpable Milzen gefunden wurden. Die Milzvergrößerung ist mit aller Wahrscheinlichkeit als ein Teil einer allgemeinen Hyperplasie des Lymphgewebes aufzufassen.

Resorptionsstörungen bei Mangelkrankheiten. Der Ausdruck „Mangelkrankheiten“ wird gewöhnlich für Krankheiten angewandt, die durch den Mangel eines akzessorischen Bestandteils der Nahrung verursacht sind. Die angeblich spezifische Natur der Vitamine ist für diesen Gesichtspunkt verantwortlich. Diese Auffassung ist jedoch viel zu eng begrenzt. Während unvollkommene Nahrung schließlich zu leicht erkennbaren Störungen führt, werden die frühen Stoffwechselstörungen, der Verdauungsschwäche des Darmes, der schlechten Resorption, der Diarrhoe oder Konstipation leicht übersehen, weil im allgemeinen der Index normaler Resorption zu wenig bekannt ist. Es gibt eine normale Form der Faezes und eine normale Schnelligkeit der Darmverdauung. Es gibt 2 Formen schlechter Verdauung. Bei der einen wird infolge Appetitmangels zu wenig Nahrung aufgenommen, und es kommt zu abnormer Retention des Darminhalts, seltenen und spärlichen Stühlen; bei der andern wird zwar genug Nahrung aufgenommen, dieselbe passiert aber wegen ihrer unvollkommenen oder fehlerhaften Zusammensetzung zu rasch den Verdauungskanal. In beiden Formen sind die Stoffwechselstörungen die Folge einer allgemeinen Gesundheitsstörung und fallen weniger dem Ernährungsapparat zur Last und beide Typen kommen oft bei den menschlichen Mangelkrankheiten, Rachitis, Beriberi, Skorbut und Pellagra, ebenso bei den verschiedensten Stoffwechselstörungen vor, wie von Verf. ganz besonders an 2. Stoffwechselkrankheiten der Haut, dem Ekzem und der Psoriasis gezeigt wird. Die fehlerhaften Ernährungsfaktoren des zu schnellen Essens, zu reichlicher, zu knapper Nahrungsaufnahme, schlecht zusammengesetzter Nahrung, gewohnheitsmäßiger Klystiere und Drogen wirken ebenso, wie der Mangel akzessorischer Nahrungsbestandteile in der Erzeugung von Indigestion und Resorptionsstörung.

Vererbung übermäßiger Beweglichkeit der Gelenke. In der Familie bestand eine übermäßige Beweglichkeit aller Gelenke bei dem Vater, die auf seine 4 Söhne, aber auf keine seiner Töchter übertragen war. Die Füße des Vaters waren mit Ausnahme dieser Anomalie, die mit dem Alter etwas geringer wurde, normal; alle 4 männlichen Kinder waren mit doppelseitigen Deformitäten der Füße geboren (3 mit Pes equinovarus, einer mit Pes equinces). Es scheint also der Klumpfuß in dieser Familie die Folge einer abnormen, nur auf die männlichen Mitglieder beschränkten Keimanlage zu sein. Die übermäßige Beweglichkeit der Gelenke erschwerte natürlich die Klumpfußbehandlung. Die hier beschriebene Form der Gelenkbeweglichkeit ist wohl zu unterscheiden von der bei der hereditären Hypoplasie des Mesenchyms vorkommenden, die durch Knochenbrüchigkeit und blaue Skleren charakterisiert ist. Nur bei einem Familienmitglied kam es häufiger zu Luxationen der Patella, die stets leicht reponierbar waren. Die Zehen konnten bis zur Berührung des Fußrückens hyperextendiert werden, abnorme Beweglichkeit in den Farsometatarsalgelenken, Hyperextension der Kniee um 15° und ungewöhnlich seitliche Beweglichkeit. Abduktion der Hüftgelenke bis zu 90° und Flexion bei gestrecktem Knie bis zur Berührung des Beines mit der Brust. Wirbelsäule ungewöhnlich beweglich. Schultergelenke sehr schlaff, Hyperertension der Ellbogen um 20°, Hyperextension der Finger bis zur Berührung des Handrückens, Flexion im Handgelenk bis zur Berührung von Hand mit Vorderarm usw. Rontal.

The Boston Medical and Surgical Journal.

Nr. 14, 7. April 1927.

Gesundheitsuntersuchungen. Roger I. Lee.

Nr. 15, 14. April 1927.

* Wirkung der Tonsillektomie auf das akute rheumatische Fieber und dessen Rezidive. William H. Robey, Louis M. Freedman.
Adenome des Rektovaginalseptums. Joe Vincent Meigs.
Postoperative Behandlung von Operationsstümpfen. Paul N. Jepson.
Spezifische Präventivmaßnahmen bei Diphtherie, Scharlach und Masern. James H. Townsend.

Tonsillektomie und Rheumatismus. Die völlige Enukleation der Mandeln ist das beste Präventiv für rheumatisches Fieber und deshalb für rheumatische Herzerkrankungen. Natürlich kann dadurch nicht jede Herzerkrankung verhindert werden. Wichtiger als anscheinend kranke Mandeln ist die Anamnese von wiederholten Halsentzündungen, selbst wenn die Mandeln gesund erscheinen. Auch kranke Mandeln dürfen nur enukleiert werden, wenn keine Halsentzündung vorliegt. Der Arzt kann den Zustand und besonders den Verlauf namentlich bei Kindern leicht übersehen; er beginnt hier oft mit allgemeinem Unwohlsein, häufig mit Tonsillitis, Wundsein oder Rötung am Halse, oft nur für wenige Tage, vielleicht mit vagen Muskelschmerzen, oder mit einer geringen Rötung oder Schwellung an einem Gelenk oder in dessen Umgebung. Schleichender Verlauf mit Anämie, Nervosität und Reizbarkeit, die rasch verschwinden. Nicht selten findet sich unmittelbar darnach am Herzen ein Geräusch. Oft sind anscheinend gesunde Mandeln die Basis von Fieberattacken, für die keine Erklärung zu finden ist. Besonders bei Kindern. Tonsillektomie ist eine größere Operation und sollte nur von Geübten vorgenommen werden. Unvollständige Tonsillektomien sind ebenso gefährlich wie bleibende Mandeln und Mandelreste sind oft ebenso gefährlich wie die kranken Mandeln. Einer der häufigsten Irrtümer ist, daß eine Herzkrankheit nach der Tonsillektomie auftrat und dies deshalb versagt hätte. Aber eine Herzkrankheit tritt oft erst 3—4 Jahre nach einer Mandelentzündung oder einem rheumatischen Fieber auf und unter Umständen hat gerade das Zuwarten den Herzschaden verursacht. Und selbst in der Höhe des Fiebers sind die Ausschälungen nicht gefährlich.

Nr. 16, 21. April 1927.

* Diagnose akuter Abdominalzustände. John M. Birnie.
* Einige klinische Aspekte des primären Pankreaskarzinoms. B. M. Fried.
* Konservatismus bei der Behandlung von Optikusstörungen infolge von Herdinfektionen. Leon E. White.
Sehr niedere N-Diät bei chronischer Nephritis mit N-Retention. Millard Smith.

Akute Abdominalzustände. Hier kann man sich einmal nur auf seine Sinne verlassen, muß, da die Diagnose nur Mittel zum Zwecke der Behandlung ist, richtig und sehr oft rasch diagnostizieren, denn hier kann die verpaßte Minute die Ewigkeit nicht aufwiegen. Sehr oft hat man niemand, mit dem man die Verantwortung teilen kann. Ist die Diagnose gestellt, dann gilt es oft noch die Umgebung und den Patienten von den notwendigen Maßnahmen zu überzeugen. Nirgends gilt es mehr, aus dem Bilde nur die wichtigen Tatsachen herauszufinden und die unwichtigen außer acht zu lassen. Manche Erscheinungen der Art sind oft nur zu leicht zu übersehen.

Schmerz ist ein konstanter Faktor, aber an sich ist er nichts, weil er allen Zuständen gemeinsam ist. Einsetzen, Dauer, Lokalisierung, eventuell Besserung sind von großer Bedeutung; u. U. auch die Beschreibung des Patienten desselben. Aber gerade hier spielt das individuelle Moment eine ungeheure Rolle: der eine fährt mit einem perforierten Magengeschwür noch Auto, der andere fällt in Ohnmacht. Die meisten können einen Schmerz nicht richtig lokalisieren. Aussehen des Patienten und seine Bewegungen geben oft besseren Aufschluß. Erbrechen hat keine große Bedeutung, weil es fehlen und da sein kann; meist nur eine Reaktion des Schmerzes, wird auch darauf individuell reagiert. Fieber ist stets eine Begleiterscheinung der Entzündung und zeigt die Resorption toxischer Produkte dieser Entzündung an. Nun sind aber viele akute Abdominalzustände gar nicht entzündlich, die Entzündung dabei ist vielmehr sekundär. Und bei manchen kann nur eine geringe Absorption stattfinden und infolgedessen nur wenig Fieber. Also: Fieber deutet eher das Fortschreiten eines Prozesses als seine Natur an. Bei der Ruptur eines Eingeweides kommt Fieber erst mit der sekundären Peritonitis und ein gangränöser Appendix kann ohne Fieber verlaufen. Fieber kann also, wenn vorhanden, etwas bedeuten, wenn es fehlt, kann man keinen Schluß daraus ziehen für die Diagnose. Leukozytose ist ebenfalls eine Begleiterscheinung der Entzündung, fehlt also bei der initialen Läsion. Bei Gangrän kann sie fehlen oder da sein. Die meisten Fälle sieht man in der Wohnung des Patienten und da muß die Diagnose ohne den Blutbefund gestellt werden. Auch der Abdominalpuls gibt uns für die Diagnose nichts. Ebenso wenig das Alter des Patienten: Appendizitis kann auch über 70 noch vorkommen; Cholezystitis in sehr jungen Jahren und selbst Krebs ist an kein Alter gebunden. Die Haupthilfsmittel sind die Anamnese, die Beobachtung und die Palpation bei der Diagnose.

Differentialdiagnostisch kommen in Frage: Appendizitis, Obstruktion der Eingeweide, akute Cholezystitis, Ulkusruptur, akute Pankreatitis, Divertikulitis, Mesenterialthrombose, Entzündung des Meckel'schen Divertikels, ektopische Schwangerschaft, Ovarialzyste mit Stieldrehung, infizierte oder strangulierte Fibroide, Typhusperforation, Trauma eines Eingeweides, akute Salpingitis, Ureterstein, Pyelitis. Die letzten drei können völlig der Appendizitis gleichen. Akute Salpingitis ist immer bilateral, Schmerz und Empfindlichkeit also beiderseits im unteren Abdomen. Leichte Rigidität. Pyelitis ist häufiger rechts wie links. Häufiger bei Frauen und Kindern. Schmerz: diffuser über der rechten Seite, nur geringe Rigidität, keine bestimmte Lokalisierung. Ureterstein rechts kann in seinen Symptomen ganz der Pyelitis gleichen, unterscheidet sich von der Appendizitis dadurch, daß der Schmerz intensiver ist als bei Appendizitis, der Kranke ist in Schweiß gebadet, besonders auf der Oberlippe. Appendizitis ist die häufigste Affektion des Abdomens und kann wegen ihrer so verschiedenen Symptome andere Zustände im Bauch vortäuschen. Die Schmerzen dabei nehmen oft ihren Ursprung im Epigastrium oder um den Nabel herum, lokalisieren sich aber früher oder später im unteren Abdomen. Spasmus oder Rigidität des

rechten Rektus kann auch fehlen. Besonders bei schwerer Veränderung des Appendix, wenn er im Becken liegt oder gangränös ist. Tiefer Druck über dem linken unteren Quadranten des Bauches verursacht oft Schmerzen rechts oder der Schmerz tritt erst auf bei plötzlichem Nachlaß bei rechtem, tiefem Druck. Der kranke, im Becken gelegene Appendix kann Blasenreizung veranlassen. Kardialzeichen: Empfindlichkeit des Mc. Burney, auch wenn der Appendix im Becken liegt. Die Schwere des Zustandes kann man nicht beurteilen. All dies gilt auch, wenn der Appendix links liegt.

Von den abdominalen Katastrophen gleicht der Appendizitis am meisten, und wird oft dafür gehalten, das rupurtierte Ulcus pepticum. Und zwar braucht es dazu gar nicht viel vorausgehender Symptome. Nicht einmal Erscheinungen von seiten des Magens. Charakteristisch ist der schwere dauernde Schmerz mit Prostration und jeder Beteiligte hat dabei den Eindruck, daß hier etwas sehr Ernstes passiert ist. Bei keiner anderen Abdominalkrankheit ist er so absolut, dauernd und vollkommen. Die Muskelkontraktion geht auch auf das Zwerchfell über und bringt so eine kurze ruckweise Atmung mit exspiratorischem Stöhnen hervor. Akute Pankreatitis ist im allgemeinen selten. Wie beim perforierten Ulkus ist der Einsatz plötzlich, intensiver epigastrischer Schmerz, Muskelempfindlichkeit und Spasmus, besonders in der Mittellinie um den Nabel. Das Bild wird oft als epigastrische Peritonitis angesprochen. Häufig tiefe Lividität der Haut namentlich im Gesicht. Der bretthartе Bauch kann fehlen, ebenso ist das Zwerchfell nicht in Mitleidenschaft gezogen. Ruptur oder Gangrän der Gallenblase hat nichts Charakteristisches, nur die Symptome setzten hier mehr allmählich ein, der Patient wird langsam immer kränker, das Bild ist die akute Exazerbation einer chronischen Veränderung.

Ektopische Schwangerschaft, Ovarialzyste mit gedrehtem Stil und infizierte oder strangulierte Fibroide gehören in das Gebiet der Gynäkologie; schwerer Schmerz mit Kollaps verschiedenen Grades, Muskelspannung im zentralen unteren Abdomen oder diffuse abdominale Schmerzen bei Zysten und Fibroiden ist das Charakteristische. In vielen Fällen gibt hier die Anamnese und die bimanuelle Untersuchung den Ausschlag. Nach der Ruptur einer ektopischen Schwangerschaft hat man das Bild einer internen Blutung, die leicht zu diagnostizieren ist. Die Schwierigkeit liegt vor der Ruptur. Die Hauptgefahr liegt in der chronisch entzündlichen Tube, und wenn zwischen diesen beiden Zuständen 50% richtig diagnostiziert werden, ist es gut. Divertikulitis des Sigmoids, Mesenterialthrombose und Entzündung des Meckel'schen Divertikels sind selten und schwer zu diagnostizieren, und wenn hier ein schwerer Prozeß, der sofortige Laparotomie erfordert, diagnostiziert wird, genügt es. Typhusperforationen sind heutzutage selten. Bei der intestinalen Obstruktion ist das Erbrechen, solange es nicht fäkal ist, nicht charakteristisch, auch wenn der Schmerz nicht der gewöhnlich ganz vag lokalisiert ist. Das beste diagnostische Symptom ist völlige Obstipation bei einem anscheinend Kranken. Das letztere ist der entscheidende Faktor zwischen mechanischer Obstruktion und impaktierten Kotmassen. Zunächst ist auch eine Hernie, besonders eine en bloc auszuschließen. Dann muß man sich versichern, ob nicht früher irgendeine intraabdominale Operation stattgefunden hat, denn auch die unbedeutendste kann Anlaß zu Obstruktion geben. Die Ursachen einer Obstruktion sind zahlreich. In manchen Fällen kann man nur ihr Vorhandensein feststellen und die Notwendigkeit des Eingriffs. In allen Fällen muß man daran denken, daß sie oft das erste Symptom eines unvermuteten Karzinoms des Dickdarms ist.

Abgesehen von penetrierenden Wunden ist hinsichtlich von Traumen zu sagen, daß Hohlorgane durch äußere Traumen seltener geschädigt werden als feste Organe. Leber, Milz und Magen sind durch die Rippen geschützt und haben das Zwerchfell als Puffer. Traumen, die Leber und Milz schädigen, dehnen ihre Gewalt gewöhnlich über das ganze untere Abdomen aus, während die, die Hohlorgane schädigen, ihre Gewalt lokalisieren. Fällt einer auf ein Brett, so wird er die soliden Organe schädigen, auf das Ende des Bretts, ein Hohlorgan. Die Diagnose ist vor der Operation nicht immer genau zu machen. Bei Milzruptur ist einmal zu berücksichtigen, daß die Alarmsymptome erst später auftreten und dann das Balanzzeichen: die Perkussion gibt links Dämpfung (Blutgerinnsel und Blutung); bei rechtsseitiger Lage ebenfalls Dämpfung, weil das Gerinnsel bleibt; bei linksseitiger Lage rechts Tympanie, weil das Blut zurückfließt. Man muß in solchen Fällen aber immer bedenken, daß nicht jedes Trauma eine interne Schädigung hervorruft.

Pankreaskarzinom. In frühen Stadien, wie sonst die Karzinome ohne Erscheinungen. Die ersten Symptome des Pankreaskarzinoms hängen von dem Teil ab, der befallen ist. Ist es der Kopf, so sind es hauptsächlich die Drucksymptome durch den Tumor auf den Gallengang. Dies führt einmal zu Ikterus, Schwarzsucht, der plötzlich einsetzt ohne Remissionen mit Cholurie, Pruritus und Bradykardie, zu einer palpabeln Ausdehnung der Gallenblase und zu Kachexie mit rapidem Verlauf, Gewichtsverlust und Schwäche. Ist der Sitz des Tumors im Körper, so kommt es zu heftigen Schmerzen durc Druck auf den Plexus solaris. Ikterus fehlt. Der Schmerz ist anfang auf das Epigastrium beschränkt in paroxysmalen Anfällen mit Intervallen, später konstant, scharf unabhängig vom Essen, häufig Gürtelschmerz, ähnlich wie die gastrischen Krisen bei Tabes, ausstrahlen zur Spina und zum Thorax. Im Gegensatz dazu ist beim Kopfkarzinom kein Schmerz. Es sei denn, daß die Neubildung vom Ko auf den Körper übergegriffen hat, auf den Solar plexus drückt.

Optikusstörung durch fokale Infektion. Es ist möglich, de Infektionsherd zu finden und vor Schädigung des Optikus zu eliminieren und damit Heilung zu erreichen. Nasale Obstruktion ist z beseitigen. Die hinteren Sinus sind selten infiziert, sie ohne bestimm Infektion auszuräumen hat keinen Zweck. Wichtiger ist die Entfernung infizierter Zähne und Mandeln. Außerdem kommt auc Grippe und intestinäre Toxämie ursächlich in Frage. Und zwar a dem Wege der Blutbahn. Etwa 85% der Fälle heilen unter lokale Behandlung und Entfernung der Herde. Nur in seltenen Fällen ist di Eröffnung der Sinus nötig. Negativer Druck im Sphenoid begünstig die Wanderung der Bakterien und Toxine zum Optikus.

Nr. 17, 28. April 1927.

Ueber Cholezystitis. Frank H. Lahey.
Künstlicher Pneumothorax bei Lungentuberkulose. Mark H. Joress.

Nr. 18, 5. Mai 1927.

* Multip'e Sklerose mit Syphilis. H. G. Wolff.
Blutbi'd der Leukämie bei Syphilis. Ralph C. Larrabee und Nathan Sidel.
Anomalie der Gallengänge. Irving J. Walker.

Multiple Sklerose. Es handelt sich um einen Fall der 2 Jahr nach einer syphilitischen Infektion das typische Bild einer multiple Sklerose zeigte. Hier sind folgende Möglichkeiten: die syphilitisch Infektion ist bloß ein zufälliger Nebenbefund, oder sie kann den We für das Einsetzen der von ihr ganz unabhängigen Krankheit vor bereitet haben. Oder sie kann Stoffwechselstörungen außerhalb de Zentralnervensystems mit sekundären degenerativen Veränderunge in ihm veranlaßt haben, ähnlich wie eine akute Pankreatitis ein tiefe Stoffwechselstörung verursacht mit nachfolgendem Diabetes Oder endlich die Lues kann degenerative oder infiltrative Prozess hervorrufen, die auch, wenn sie scheinbar ruhig fortschreiten, ähnlic etwa wie bei einer ruhenden Bleivergiftung, die keine Erscheinunge machend, plötzlich Kolik auslöst.

Nr. 19, 12. Mai 1927.

Duodenale Atresie und Stenose im Kindesalter. Augustus Thorndike.
* Fälle von gastrointestinaler Hämorrhagie. F. W. Palfrey.
Behandlung maligner gynäkologischer Fälle. Frederick W. O'Brien.
Zwei Fälle von Gehirntumor. Stanley Cobb, Donald Munro.
Subphrenischer Abszeß nach Appendixabszeß während der Schwangerschaft. Horac Binney.
Osteogenes Sarkom des linken Femur. D. D. Scannell, F. B. Mallory.

Gastrointestinale Blutungen. Es gibt Fälle von Ulcus pepticum die gar keine Symptome machen, insbesondere nicht die typischen Schmerzen. Ferner kommen Blutungen vor bei Alkoholismus ohn Zirrhose. Es handelt sich hier um akute Ulzera oder Erosionen durch den Alkoholismus. Hier brauchen gastrointestinale Erscheinungen vorher nicht vorzuliegen. Eine Hämoglobinuntersuchung unmittelbar nach der Untersuchung hat gar keinen Zweck. Erst an nächsten Tage wird man verminderten Gehalt feststellen können

Nr. 20, 19. Mai 1927.

* Salzfreie Diät bei Hypertension. E. R. Blaisdell.
Der Tuberkulosekampf. James S. Stone.

Salzfreie Diät bei Hypertension. Der Blutdruck wurde nur in wenigen Fällen auf die Norm reduziert. Aber in fast allen Fällen wurde sowohl der diastolische wie der systolische Druck gesenkt In allen Fällen wurden die Erscheinungen gebessert. Mit wenigen Ausnahmen wurde der Druck im ersten Monat reduziert und blieb stationär, so lange Patient die Diät einhielt. Die meisten Patienten setzten ihre Beschäftigung fort und sie fiel ihnen bei Einhaltung der Diät leichter. Nur bei vorgeschrittenen Herzkomplikationen fiel sie schwerer. Chloridbestimmung im Harn ist nötig: sowie das Cl stieg stieg auch der Druck. Die Methode ist den anderen (protein-salzarme Diät, Arzneimittel) überlegen.

Nr. 21, 26. Mai 1927.

Die Zunahme der chirurgischen Zustände als Todesursache beim Diabetes. Howard F. Root, Shields Warren.

v. Schnizer.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy.

Vol. 17, 4.

Kolonuntersuchungen IV. Röntgendiagnose der Kolitis (Das gereizte Kolon). Zur Röntgenuntersuchung auf Kolitis ist die Bariummahlzeit dem Bariumklystier vorzuziehen. Bei normalem Transporte des oberen Verdauungstraktes beginnt die Füllung des Kökums nach 4 Stunden, nach 6 Stunden erreicht die Spitze des Kontrastschattens die Flexura hepatica, während der letzte Teil sich noch im Ileum befindet, nach 9 Stunden wird die Flexura lienalis erreicht, der letzte Teil der Kontrastspeise befindet sich in dem Endteil des Dünndarms, nach 24 Stunden ist der proximale Kolonteil ganz oder zum Teil klar, der Kontrastschatten ist über das distale Kolon verbreitet, nach 48 Stunden finden sich noch Spuren des Kontrastbreies im Kolon. Jede Abweichung von dieser Art der Entleerung ist anormal. Besteht Stase, so handelt es sich meist um eine Art Verstopfung, ist die Kolonentleerung beschleunigt, so liegt ein Reizzustand des Kolons vor, welcher gewöhnlich der Ausdruck einer Kolitis ist. Sie kann diagnostiziert oder wenigstens vermutet werden, wenn: 1. bei der 6-Stundenuntersuchung der Kopf der Bariumsäule bei der Milzflexur steht, 2. bei der 9-Stundenbeobachtung der Kopf der Bariumsäule im Kolon oder Rektum ist das Barium sich mit Stuhl gemischt darstellt, 3. das Kolon bei der 24-Stundenuntersuchung leer ist. Stase im Endteil des Ileums ist ein schlagender und in ungefähr ¾ der Fälle konstanter Beweis für Kolitis. Sie beruht auf einem Ileokoekalspasmus im Sinne einer Schonung des gereizten Kolons. Sie ist zu vermuten, wenn 6 Stunden nach der Kontrastspeiseeinnahme noch kein Barium die Ileokoekalverbindung überschritten hat, und wenn bei der 9-Stundenuntersuchung sich noch Barium im Endteil des Ileums befindet. Die Form des Kolons, seine Haustrierung, welche von mannigfachen nervösen Reizen abhängt, wird oft irregulär von verschiedener Größe und Gestalt, die Haustren verschwinden bisweilen mehr oder weniger gänzlich, wodurch eine strangförmig gestaltete Kotsäule zustande kommt. Passieren große Massen wäßriger Fäzes lange Darmstrecken, so zeigt sich dies im Röntgenbild entweder als dünner Strang oder als breiteres geflecktes Band an. Diese Erscheinung ist eng verwandt mit der „Fiederung" (Holzknecht), nur daß sie nicht normal 3—4 mal täglich und nur nach den Mahlzeiten eintritt, sondern daß dieser Massentransport viel öfter, viel machtvoller, tatsächlich oft qualvoll und unabhängig von der Zufuhr normaler Nahrung vor sich geht. Eine weitere Entwicklung dieser lokalisierten oder zonalen Hypermotilität stellt der Füllungsdefekt dar oder auch die ausgedehnte Unterteilung der Kotsäule. Treten diese Abnormitäten innerhalb der ersten 9 Stunden der Röntgenbeobachtung ein, so sind sie sehr charakteristisch für Kolonreizung. Beschränkt sich die Defektfüllung auf den proximalen Teil des Dickdarms, so kann man tuberkulöse Kolitis vermuten. In Verbindung mit Ileumstase kommt es so zum typischen Stierlinschen Phänomen. Bei der spastischen Kolitis, welche klinisch durch Obstipation oder Obstipation im Wechsel mit Durchfall charakterisiert ist, tritt der Spasmus in den distalen Teilen des Kolons mehr und mehr hervor, die Haustren werden immer niederer und fehlen schließlich gänzlich. Eine andere Gruppe dieser Hauptklasse zeigt teilweise rosenkranzartige Bildung des Kolons. Man ist versucht, diese Erscheinungen parallel in Vergleich zu setzen zu den Steuerungsanomalien, welche beim Puls zu Extrasystolen führen. Schließlich sind starker Gasgehalt und fleckige Zeichnung des Kolons, welche am schönsten in gashaltigen Regionen der Flexura lienalis hervortreten, für Kolitis diagnostisch bezeichnend. Die Diagnose vermittels Bariumklystier ist zur Diagnose organischer Läsionen wertvoll, doch zu unnatürlich, die ersten Formen der Kolitis darzustellen. Zur Aufklärung vorgeschrittener Kolitisformen verwandt, muß man sich hüten, den Darm zu reizen: Tue nichts in das Rektum, was du nicht in dein Auge tuen möchtest. Demzufolge versuche man den Darm lediglich durch 2 oder 3 Klysmen physiologischen Kochsalzes zwei Stunden vor dem Bariumklystier zu reinigen. Diese selbst muß seiner Zusammensetzung, seiner Temperatur und der Art seiner Applikation nach durchaus reizlos auf den Darm wirken. Auf einen Teil Bariumsulphat kommen ¾ Kaolin gut miteinander vermischt im 1½ fachen Wasser von etwa 43 Grad Celsius. Sobald der Patient über den leisesten Schmerz klagt, wird der Einlauf unterbrochen und erst wieder weiter appliziert, wenn der Krampf völlig gelöst ist. Sobald das Kökum erreicht ist, wird der Einlauf unterbrochen. Die Fallhöhe des Einlaufs betrage 60—80 cm. Unter diesen Verhältnissen faßt das erweiterte Kolon etwa 1300 ccm, das normale 1080 ccm, das erregbare (Kolitis-) Kolon 880 ccm. Eine besondere Form von Kolonirritabilität ist die Fibrillation, welche nur beim Kontrastklysma zu sehen ist. Sie kommt bei sthenischen Individuen mit relativ kurzem Darm vor und birgt die Neigung zur Diverticulosis in sich. Schließlich sei noch darauf hingewiesen, daß beim normalen Kolon durch Seifenklystiere und ähnliche Irritantien ganz ähnliche Erscheinungen hervorgebracht werden können, wie durch diese „blanden" Klysmen beim erregbaren Kolon.

Ein Röntgenzeichen der Colitis mucosa. Die Colitis mucosa ist trotz des Ausscheidens großer Schleimmengen nicht katarrhalischer Natur, ebensowenig wie sie geschwürig ist, trotzdem der Schleim bisweilen von Blut durchsetzt ist, es handelt sich vielmehr tatsächlich um eine primäre Erkrankung des Nervensystems, eine Neurose mit viszeraler Manifestation. Viele röntgennegative Fälle mit Klagen über Schmerzen in der linken Leistengegend besonders aber beim linken Rippenbogen, sind, wenn sie nicht auf Neoplasmen oder intestinale Unwegsamkeit zurückzuführen sind, tatsächlich von der Colitis mucosa bedingt. Häufig läßt sich dann doch zu Zeiten im Röntgenbild das Colon descendens charakteristisch als dünnes darmsaitenähnliches Gebilde erkennen.

Die Röntgendiagnose der Erkrankungen des oberen Urinaltraktes nicht vergesellschaftet mit Steinen. Die normale Niere besitzt meist ein einziges Becken mit drei Hauptkelchen, welche sich wieder in zwei kleinere teilen, deren Rand im Stadium der Füllung konkav gestaltet ist. Die Hydronephrose kann häufig allein durch die Pyelographie frühzeitig diagnostiziert werden. Sie kommt in der Schwangerschaft nicht selten als Druckfolge vor, welche an irgend einem Punkte des Ureterverlaufs stattfindet. Die Pyelitis verrät sich im Pyelogramm durch eine geringe Größenzunahme des Nierenbeckens und geringe Erscheinungen entzündlicher Veränderungen in den Kelchen. Schreiten diese Entzündungserscheinungen bis zur Pyonephrose fort, so zeigt das Pyelogramm die große Eiterniere mit Verlust der Nierenform unter Taschen- und Höhlenbildung. Die N i e r e n t u b e r k u l o s e kann durch die Schattengebung des Nierenbeckens oder die sehr großen und verzweigten Steine auch ohne Hilfe des Pyelogramms häufig vermutet werden. Diese Erkrankung ist oft mit einer vergrößerten Niere vergesellschaftet. Im fortgeschrittenen Stadium ist das Nierenbecken im Peylogramm oft kontrahiert und verzogen. Bei den renalen und ureteralen Anomalien ist das Ureteropyelogramm das einzige Ideal. Die häufigsten angeborenen Veränderungen sind die bewegliche Niere, die Hufeisenniere, die vereinzelte Niere, die Verdopplung von Ureter und Nierenbecken sowie die Gegenwart abirrender Gefäße. Die Zystenniere mit einer oder mehreren Zysten läßt sich im Pyelogramm als Deformität der Pelviskontur erkennen. Bei der Identifizierung und Lokalisation renaler Schatten verdächtiger Art stellt das Pyelogramm die genaue Lage in ihrer Beziehung zum Nierenbecken, den Kelchen, dem Parenchym, dem oberen und unteren Pol dar. Gelegentlich muß ein Gallenstein durch Schiefstellenaufnahme, als außerhalb des rechten Nierenschattens liegend, erwiesen werden. Bei der Feststellung und Lokalisation ureteraler Unwegsamkeit ermöglicht das Pyelogramm oft die Differentialdiagnose zwischen obstruierendem Stein, Knickung, Striktur oder Torsion. Dabei muß an die Zurückziehung des Katheters bis zum unteren Ende vor Injektion des Kontrastmittels erinnert werden. Beim renalen Tumor liegt die Schwierigkeit der Diagnose in ihrem versteckten Sitz, so daß nur etwa 44% an den drei klassischen Zeichen Hämaturie, Schmerz und palpablem Tumor erkennbar waren, während praktisch alle Fälle dieser 413 Fälle umfassenden Serie durch das Pyelogramm sichtbar wurden. Die kombinierte Untersuchung: Cystoskopie und Röntgenuntersuchung — sie ist unanwendbar bei Kindern — zeigt dann Konturänderungen des Nierenbeckens und der Kelche. Gleicherweise sind Aenderungen von Größe und Gestalt des Nierenschattens auf Tumor verdächtig. Der häufigste Tumor ist das Hypernephrom. Die Art des Tumors — Adenom, Karzinom, Sarkom, Teratom und einige gutartige Bindegewebstumoren, welche vom Nierengewebe ausgehen — wird in der Mehrzahl ebenso vom Pathologen bestimmt, wie jene, welche vom Nierebecken ihren Ursprung haben: Papillome, Papillarkarzinome und Plattenepithelkarzinome. Der perirenale Abszeß, eine verhältnismäßig seltene Erkrankung, bringt im Pyelogramm Bilder hervor, nicht völlig unähnlich jenen von Tumoren. Es kommt zu Verdrängungen des Beckens oder der Nierenkelche von außen, zu Verlagerungen oder Verdrehungen. Das klinische Bild ist mit seinen septischen Erscheinungen hinreichend zur Chrakteristik.

Röntgenuntersuchung der Brust in den letzten Stadien der Lungentuberkulose. Von 100 Hospitalpatienten, wurden post mortem

steroskopische Röntgenaufnahmen der Brust gemacht. Der Tod erfolgte bei 23 dieser Tuberkulosefälle an Miliartuberkulose, wobei die akute Miliartuberkulose bei den weißen ebenso häufig war, wie bei den Farbigen. Erstaunlich war der Grad der Kavernen, welcher noch mit dem Leben vereinbar war und dabei ohne Hämorrhagien bestand. Pleuraadhäsionen wurden mit großer Häufigkeit bei allen Typen von Tuberkulose gefunden. Die Röntgenuntersuchung ist zur Klassifizierung der Tuberkulösen in gewisse Typen brauchbar. Etwa 25% dieser Patientenserie hatten sowohl nach röntgenologischen wie pathologischen Gesichtspunkten Erscheinungen einer Kombination von tuberkulösen und syphilitischen Prozessen. Der Hinzutritt der Syphilis beim Tuberkulösen bewirkt oft den Niederbruch der schützenden Fibrose und eine Aussaat des tuberkulösen Prozesses. Der Röntgenschatten bei der Pleuritis scheint großenteils vom Flüssigkeitsgehalt abzuhängen. Das Vermeiden sekundärer Infektionen, besonders der syphilitischen und Streptokokkeninfektionen ist für Tuberkulosekranke jeder Form von vitaler Wichtigkeit.

Röntgenographische Konzentrationsschätzung des Tetrajodphenolphthaleins in der Gallenblase. Diese Methode der prozentualen Konzentrationsschätzung des Tetrajodphenolphthaleins in der Gallenblase beruht auf Vergleich des Röntgenogramms mit bekannten Standardwerten.

Die Behandlung unstillbarer Blutungen bei Jugendlichen mit Radium. Trotz der häufigen Selbstkorrektur exzessiver Blutungen beim Eintritt der Periode bleibt eine kleine Zahl von Jugendlichen, welche auch auf Auskratzung neben medizinisch-hygienischer Behandlung nur vorübergehend reagieren. Benutzt man in solchen Fällen Radium, so braucht man, wenn intrauterin bestrahlt wird, etwa ½ Gramm (!). Verfasser verwendet Radon, drei Kapseln hintereinander von gleicher Stärke, gefiltert von 1 mm Messing, umschlossen von einer Kapsel gleichen Materials und gleicher Dicke. Bei der externen Methode wird das Radon durch 1 mm Messing und 1 mm Blei gefiltert, 5 cm von der Haut entfernt, angewandt. Durchschnittlich betrug die Zahl der Mikrokuriestunden 580—900, die kleinste Dosis war 184 Mikrokurie. Die Bestrahlungen wurden erst vorgenommen, wenn die Folgen der starken Blutverluste geheilt waren. Bei sechs Patientinnen kam es zu Daueramenorrhoe.

Kottmaier, Mainz.

California and Western Medicine.

26., Nr. 5, Mai 1927.

Die Evolution der Medizin. W. T. Mc. Arthur.
* Alte und neue medizinische Probleme. P. T. Phillips.
* Kongenitale Lippen- und Gaumenspalte. J. H. Woolsey.
Rektal-Analgesie in der Geburtshilfe. L. G. Mc. Neile u. J. Vruwink.
Röntgenstrahlen und konservative Chirurgie bei der Behandlung von malignen Tumoren der Hoden und des Skrotums. M. B. Wesson.
* Ueber die neuesten Fortschritte bei der Behandlung der perniziösen Anämie mit besonderer Berücksichtigung des Blutserums. A. E. Mark.
Ohrenplastik. J. P. de River.

Alte und neue medizinische Probleme. Niemand kennt die Sorgen eines Arztes besser als der Arzt selbst und der medizinische Beruf hat seine Probleme seit seinem Bestehen stets gehabt. Die medizinische Praxis wird in drei Teile gegliedert: in die Oekonomie, die Wissenschaft und die medizinische Kunst. Mit den beiden ersten beschäftigen sich die ärztlichen Gesellschaften, wohingegen der dritte Teil absolut individuell ist. Jede Gesellschaft hat ihre individuellen Probleme mit lokalem Charakter, Eifersüchteleien und Mißverständnissen und ganz sicherlich sind diese Eigenschaften in den ärztlichen Gesellschaften besonders stark ausgeprägt. Verfasser geht weiter auf die ärztlichen Verhältnisse in Californien ein und lehnt es ab, die Sonderbestrebungen, welche dort eine zeitlang im Gange waren, zu unterstützen und hält es für unbedingt notwendig, die Ansichten des übrigen Amerikas zu den eigenen zu machen.

Kongenitale Lippen- und Gaumenspalte. Wir wissen, daß dieses Krankheitsbild auf einer embryologischen Deformität beruht. Der Alveolarprozeß und infolgedessen Lippe, harter Gaumen und weicher Gaumen entstehen aus drei Zentren und alle kongenitalen Deformitäten, mit äußerst seltenen Ausnahmen, gehen in den Bahnen, welche aus der obigen Anordnung entstehen. Bekannte Autoren halten das Bild nicht für eine Gewebslücke, sondern für das Fehlen der normalen Lokalisation und Fusion. Der Defekt ist stets eindeutig und die Differentialdiagnose erübrigt sich. Daraus ergibt sich, daß die Behandlung — natürlich chirurgisch — genau bestimmt ist. Die Korrektion der kongenitalen Lippen und Gaumenspalte sollte nach Ansicht des Verfassers sofort nach der Geburt begonnen und in mehreren Operationen bis zur Vollendung fortgesetzt werden. Die Alveolar- und die Präalveolarspalte, sowie der harte Gaumen sind möglichst bis zum Alter von drei Monaten, der weiche Gaumen zwischen dem neunten und achtzehnten Monat zu schließen. Es ist sehr zweckmäßig, die kleinen Patienten bis nach Schließung des harten Gaumens im Krankenhaus zu behalten. Die Arztpflicht erlischt nicht etwa schon nach Beendigung aller Operationen und Beseitigung der Defekte, sondern er muß natürlich auch bemüht sein, durch Uebungen die Sprachstörungen zu beheben.

Ueber die neuesten Fortschritte bei der Behandlung der perniziösen Anämie mit besonderer Berücksichtigung des Blutserums. Obwohl man weiß, daß die perniziöse Anämie von einer Achlorhydrie begleitet ist, verdanken wir es der besonderen Beobachtung der letzten Jahre, daß wir heute genau wissen: die Achlorhydrie ist als Vorläufer dieser Krankheit zu bezeichnen. In allerneuester Zeit hat man sogar die Auffassung, daß die Achlorhydrie, welche mitunter jahrelang vor dem Auftreten der perniziösen Anämie beobachtet wird, nicht nur ein Vorläufer der perniziösen Anämie ist, sondern daß Menschen mit Achlorhydrie sich durch diese in einem Prädispositionsstadium für perniziöse Anämie befinden. Bei Patienten mit dieser Krankheit wird eine vermehrte Phagozytose beobachtet, des weiteren hat man in den Stühlen solcher Patienten B. Welchii in größerer Anzahl als normal gefunden. Die perniziöse Anämie hat weiterhin für gewöhnlich eine Hämolyse im Gefolge und bei Remissionsperioden fehlt diese; ja es kommt auch vor, daß Patienten überhaupt nicht das Bild der Hämolyse zeigen. Die wichtigen Blutveränderungen bestehen in dem hohen Farbenindex, der Gegenwart von Megaloblasten. Das Blutserum von Patienten mit sekundärer Anämie ist gewöhnlich von einer matten, ganz leicht gelblichen Färbung im Gegensatz zu dem von Patienten mit perniziöser Anämie, bei denen es eine ganz bestimmte gelbe Färbung hat. Der Ikterusindex ist für gewöhnlich bei Patienten mit perniziöser Anämie erhöht; bei solchen mit sekundärer Anämie ist er stets niedrig.

Hofbauer, Berlin.

Buchbesprechungen.

Psychologisches zur Montessori-Methode. Aus dem Montessori-Heft der „Neuen Erziehung". Verlag Hensel & Co., Berlin 1927. — Durch Frau Dr. Montessoris Anwesenheit in Berlin sind die Augen der gebildeten Welt in höherem Maße als bisher auf ihre Methode gelenkt worden. Wie uns die Vorgänge auf pädagogischem Gebiet in anderen Ländern, insbesondere in Holland und England zeigen, ist diese Methode berufen, den Unterricht in vollkommen neue Bahnen zu leiten. Auch der Aerzteschaft ist eine nähere Beschäftigung mit den Fragen der Montessori-Erziehung zu empfehlen. Die vorliegende Broschüre enthält einen Beitrag aus der Praxis und einen theoretischen Artikel; beide versuchen die psychologische Grundlage der Methode zu geben, soweit das im Rahmen einer Broschüre möglich ist.

Held.

Fr. Bachmann: **Ueber kongenitale Wortblindheit (angeborene Leseschwäche).** Verlag S. Karger, Berlin 1927. 72 S. — Sehr eingehende Untersuchungen an einer Reihe von Münchener Schulkindern, deren Lehrern schon das mangelhafte Lesen der bis zu 14jährigen Kindern aufgefallen war. Es handelt sich um eine umschriebene Störung bei sonst guter oder ausreichender Intelligenz. Hauptsymptom ist die Unfähigkeit, ein richtiges Verständnis aufzubringen für die assoziative Verknüpfung der einzelnen Buchstaben innerhalb des Wortes beim Lesen, aber auch bei der Anordnung der Buchstaben beim Schreiben. Es besteht ferner Unfähigkeit, die Wörter in ihre Bestandteile zu zerlegen. Die Heraushebung dieses Krankheitsbildes ist für Schul-, Kinderärzte und Psychiater sehr wichtig und müßte auch den Pädagogen bekannt sein, da diese Kinder leicht in den Verdacht allgemeiner intellektueller Minderwertigkeit geraten, die in den meisten Fällen nicht vorliegt.

Panse-Berlin.

Prof. Dr. Wilhelmi (Berlin-Dahlem): **Die Fliegenplage und ihre Bekämpfung.** Verlag E. Deleiter, Dresden 1927. Preis 20 Pfg., bei 100 Stück je 15 Pfg. 27 Seiten. — Anläßlich des in der 2. Hälfte des Juni 1927 stattgefundenen sog. „Fliegenfeldzugs", der in ganz Deutschland durch Belehrung und zielbewußte Bekämpfung durchgeführt wurde, sei das vorliegende Heftchen aufs Dringendste empfohlen. Die aufgezeichneten und klaren Darlegungen sollen dazu dienen, Aufklärung zu geben über die Ursachen und die gesundheitliche Bedeutung der Fliegenplage und die Wege zu ihrer Bekämpfung zu weisen. Dieses Werkchen, das aus der Feder eines unserer Sachverständigen auf diesem Gebiete, des Mitgliedes der Preußischen Landesanstalt für Wasser-, Boden- und Lufthygiene (biolog.-zoolog. Abteilung) in Dahlem stammt, bringt alles Wissenswerte zur systematischen Bekämpfung der Fliegen und eignet sich ganz hervorragend zur Massenverteilung durch Stadt- und Land-Behörden.

Rudolf Katz, Berlin.

Therapeutische Mitteilungen.

Zur Behandlung der Zystitis.

Von
Dr. med. ERICH SCHLEDERMANN, Berlin.

Die verschiedenen im Laufe der letzten Jahrzehnte in der Fachliteratur beschriebenen Behandlungsmethoden der Pyelitiden und Zystitiden sowie die Menge der medikamentösen Harndesinfizientien legen ein beredtes Zeugnis dafür ab, daß die einzelnen Mittel recht unvollkommen sind.

Nachdem die perorale Darreichung des von Nikolaier 1895 eingeführten Hexamethylentetramin nicht so recht befriedigt hat, wurde eine intravenöse und intramuskuläre Anwendung empfohlen, wenn man nicht die lokale Behandlung vorzog.

Wie aus den verschiedensten Abhandlungen hervorgeht, haben sich die Injektionen gut bewährt. Jedoch dürfen die technischen bzw. individuellen Schwierigkeiten nicht außer acht gelassen werden. Häufig ist nach den Einspritzungen über einen, bis zu 10 Stunden anhaltenden, Harndrang berichtet worden. Bei häufigen Wiederholungen der Injektionen, besonders in Fällen schwerer Urosepsis, zeigten sich recht unangenehme Thrombosen. Ferner dürfen die Gefahren der Injektionstherapie bei Schwangerschaftspyelitiden nicht unerwähnt bleiben. So kann die intravenöse Einspritzung den Eintritt von Wehen und Unterbrechung der Schwangerschaft herbeiführen. Gerade der Behandlung während der Gravidität muß besondere Beachtung und Sorgfalt gewidmet werden. So berichten Opitz und Naujoks, daß von allen Schwangerschaftspyelitiden etwa ⅓ zum intrauterinen Fruchttod führen.

Aber auch die Durchspülung der Harnwege mit möglichst großen Flüssigkeitsmengen ist nicht frei von Nachteilen. Hohlweg hält sie für kontraindiziert, ja sogar für gefahrbringend, insbesondere in Fällen, wo ein Abflußhindernis in den unteren Abschnitten des Urogenitaltraktus besteht oder bei drohender Niereninsuffizienz und Herzschwäche.

Man muß natürlich bedenken, daß in klinisch-therapeutischer Beziehung eine ideale Desinfektion der Blase nicht möglich ist. Die Behandlung selbst, die Schnelligkeit und Dauer des Erfolges sind von der Aetiologie des einzelnen Falles abhängig. Es muß in erster Linie die Art des Infektionserregers berücksichtigt werden, ob B. coli, Proteus, Staphylokokkus oder eine Mischinfektion vorliegt, ferner ob es sich um eine aszendierende oder deszendierende Infektion handelt. Selbstverständlich muß die primäre Ursache mitbehandelt werden, z. B. eine chronische Obstipation, Appendizitis oder eine durch Tumoren oder Prostatahypertrophie entstandene Harnstauung. All diese Erwägungen lassen erkennen, daß die Behandlung der Entzündungen des Harnapparates sich nicht schematisieren läßt.

Allgemein muß zunächst versucht werden, den Nährboden für die Bakterien möglichst ungünstig zu gestalten, um ihnen so die Wachstumsmöglichkeit zu nehmen. Als Nährboden ist der Harn selbst anzusehen. Schließlich ist mit der Bedeutung und Wirkung der Harnflut zu rechnen, die ja doch eine natürliche Schutzvorrichtung des Organismus gegen Infektionen der Harnwege darstellt.

Man wird also in der speziellen Therapie ein Mittel zu wählen haben, das, außer bakterizid zu wirken, auch den oben genannten Anforderungen gerecht wird und dessen Anwendung eventuell als Dauerdesinfiziens lange Zeit ohne Schwierigkeiten und ohne Nebenwirkungen möglich ist.

Aus diesen Gesichtspunkten, die für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Behandlungsmethode maßgebend sind, habe ich stets die perorale Applikation gewisser Harndesinfizientien bevorzugt.

Unter diesen nimmt das Hexamethylentetramin entschieden den ersten Platz ein. Seine Wirkung beruht auf der Abspaltung von Formaldehyd. Die Zersetzung des Hexamethylentretramin in Formaldehyd und Ammoniak geht langsam bei neutraler, viel energischer bei saurer, gar nicht bei alkalischer Reaktion vor sich (Meyer-Gottlieb). Aus diesem Grunde versuchte Haas durch starke Konzentrierung und Säuerung des Urins unter strenger Diät 2—3 Tage lang die Infektionskeime abzutöten. Diese Methode, anfangs auch von Hohlweg angewandt, wurde jedoch wieder verworfen, „weil bei ihrer — zur Erzielung eines Erfolges unbedingt notwendigen — strengen Durchführung durch den konzentrierten, sauren Harn vielfach unerträgliche, auch durch Morphium und Belladonna nicht wesentlich zu mildernde Tenesmen auftraten“.

Trendelenburg, der die Wirkung des Hexamethylentetramins eingehend untersucht hat, beschränkt dessen Leistungsfähigkeit „auf die Möglichkeit einer Desinfektion des Blaseninhalts. Die Aussichten, durch Hexamethylentetramindarreichung den Harn zu sterilisieren, sind nur bei saurer Reaktion desselben gute“. Deshalb empfiehlt Trendelenburg, den Harn durch Fleischkost oder Natriumphosphat anzusäuern.

All diese Methoden sind, insbesondere für den Patienten, umständlich, und zudem ist ihr Erfolg wegen eventueller Komplikationen ungewiß.

Da sind auf jeden Fall diejenigen Mittel zu bevorzugen, die gleichzeitig für zweckmäßige Harnansäuerung sorgen. Nachdem ich bei einem sehr resistenten Fall, der auf diverse Hexamethylentetramin-Präparate nicht ansprach, mit Cystopurin*) einen überraschenden Erfolg gesehen hatte, habe ich das Mittel in der Praxis eingehender geprüft.

Cystopurin stellt eine leicht dissoziierende Doppelverbindung von Hexamethylentetramin und Natriumazetat dar. Mit dieser Kombination wird nicht nur eine intensivere Wirkung des Hexamethylentetramins erzielt, sondern gleichzeitig auch eine Hebung der Diurese und kräftige Ansäuerung des Harns.

Bebert hat interessante Beobachtungen über den Wirkungsvorgang des Cystopurin angestellt; er weist darauf hin, daß in der Tat dem unzerlegten $(CH_2)_6N_4$ die größere Bedeutung zukommt, und führt die spezielle Wirkung und eine Reihe von Vorzügen des Cystopurin auf diese langsamere Zerlegung des Hexamethylentetramins zurück.

Die von mir beobachtete, häufig frappante Wirkung des Cystopurin scheint die Richtigkeit dieser Wahrnehmungen zu bestätigen.

Ich teile aus den von mir behandelten Fällen nachstehend einige mit, die ein besonderes Interesse bieten und augenfällig die Wirkung des Cystopurin demonstrieren.

Fräulein A. N., 21jährig. Von mir vor einem Jahr wegen einer schweren Gonorrhoe behandelt. Jetzt frische gonorrhoische Infektion mit ausgedehntem Befund. Rechtsseitige, pflaumengroße Bartholinitis, die breit gespalten wird, worauf sich reichlich dicker Eiter entleert. Etwa 10 Tage nach Beginn der Behandlung klagt Patientin über erneutes Brennen beim Urinlassen und Brennen in der Blase. Temperatur 37,8, schwankend bis 38,6. Bartholinitis bereits abgelaufen. Urin milchig, starke Flockenbildung, dicker Bodensatz. Harnanalyse ergibt Kokken +++++. Therapie: Nach erfolgloser Behandlung mit Hexamethylentetramin und Gonosan, gab ich der Patientin täglich 6 g Cystopurin (6mal 1,0). Schon nach 24 Stunden waren die Schmerzen weniger heftig, Urinlassen im ganzen freier, kein Drängen mehr. Die Harnanalysen ergeben, daß die Bakterien rapide abnehmen. Urin ist wieder klar, Temperatur normal. Vollkommene Heilung dieser Cystitis gonorrhoica in 14 Tagen.

C. B., 36jährige Patientin, mit einer chron. Nephritis; klagt eines Tages plötzlich über dauerndes Harndrängen, Schmerzen beim Urinlassen und Brennen in der Harnröhre und Blase. Der Urin ist dick, flockig mit starkem Bodensatz und enthält Eiweiß. Mikroskopisch vereinzelte Blutkörperchen, Zylinder, viele Salze und massenhaft Kokken. Temperatur ist erhöht, einmal bis 38,2. Therapie: Trotz längerer Behandlung mit Blasenspülungen, inneren Gaben von Hexamethylentetramin und Fol. uveae ursi ist keinerlei Besserung zu bemerken. Patientin klagt weiter über ihre Beschwerden. Ich setzte Spülungen und sämtliche Medikamente ab und gab der Patientin nur Cystopurin in Gaben von sechsmal täglich 1 Tablette zu 1,0 g. Die Kokken im Urin wurden mit jeder Analyse weniger, selbst der Eiweißgehalt fiel. Nach Einnehmen von 40 Tabletten Cystopurin war Patientin vollkommen beschwerdefrei und die Zystitis ausgeheilt.

Frau Anna S., 64jährig. Starke Gicht, früher Go., war wegen Zystitis bereits 3 Wochen in Behandlung, starke Kreuzschmerzen. Im Sediment zahlreiche Leukozyten und Kokken, Go. ++,

*) Hersteller: Johann W. Wülfing, Berlin SW 48.

Temperatur 38,2, Druckempfindlichkeit der linken Nierengegend (Pyelitis?). Therapie: Bettruhe, viermal täglich 1,0 g Cystopurin. Am zweiten Tag Kreuzschmerzen geschwunden, Temperatur 37,4, am vierten Tag nur noch vereinzelt Leukozyten im Sediment, keine Erreger mehr. Steht, entgegen der Anweisung, im ungeheizten Raum auf. Rückfall vom fünften bis achten Tag, der durch Cystopurin, sechsmal täglich 1,0 behoben wird, obgleich die Patientin keine Bettruhe halten kann. Nimmt prophylaktisch täglich 2,0 Cystopurin. In neunmonatiger Beobachtung keine Rückfälle.

Frau Marta K., 64jährig. Frühere Zystitiden von durchschnittlich achtwöchiger Behandlungsdauer, jetzt nach Erkältung abends starkes Brennen beim Urinieren, unerträgliche Blasenschmerzen. Urin stark alkalisch, Leukozyten +++, Kokken +++, Urin lehmig trübe. Therapie: Bettruhe wegen Senilismus nicht möglich, deswegen Hitze und täglich sechsmal 1,0 g Cystopurin. Schon am Abend ohne Narkotika starkes Nachlassen der Schmerzen, ruhige Nacht, am nächsten Morgen Urin sauer, wenig Leukozyten und Kokken. Nach zwei Tagen Urin klar, keine Beschwerden mehr.

Frau Ilse B. Ohne erkennbare Ursache Pyelozystitis. Schon 10 Tage mit Ruhe, Hitze, Bärentraubenblättertee erfolglos behandelt. Temperatur 38°. Im Urin massenhaft Eiterkörper und Bakterien (Kokken und Stäbchen). Stark alkalische Reaktion. Therapie: Täglich sechsmal 1,0 g Cystopurin. Nach drei Tagen normaler Urinbefund, Fieber geschwunden.

Die von mir in allen Fällen festgestellte außerordentlich gute Bekömmlichkeit des Cystopurin scheint mir ein besonderer Vorzug des Präparates zu sein.

Bemerkenswert ist ferner die prompte Beeinflussung des quälenden Harndrangs, die schnelle Klärung auch stark getrübter Urine, Temperaturherabsetzung und eine auffallende Besserung des Allgemeinbefindens.

Selbst in Fällen, in denen eine höhere Dosierung notwendig war, habe ich nie irgendwelche Nebenwirkungen beobachtet. Schulten hat festgestellt, daß das Hexamethylentetramin für den menschlichen Organismus bis zu Dosen von etwa 12 g pro die relativ unschädlich zu sein scheint. Oftmals hat er Wochen hindurch Tagesdosen von 10 g ohne nachhaltigen Schaden gegeben. Besonders eklatant war die Wirkung des Cystopurin im Fall der Cystitis gonorrhoica. Während Sirota allgemein von einer starken entwicklungshemmenden Hexamethylenwirkung auf die Gonokokken spricht, berichten Loose, Haedicke, Walz speziell über die antigonorrhoische Wirkung des Cystopurin. Das Präparat genügt in überlegener Weise den Ansprüchen, die man an ein zweckmäßiges Harndesinfiziens stellen muß. Bei allen Arten von Zystitiden hat mir das Cystopurin selbst in schwersten Fällen ganz außerordentliche Dienste geleistet. Es ist ferner imstande, die vom Arzt auch zu prophylaktischen Zwecken eingeleitete antiseptische Behandlung der Harnwege zu unterstützen und erfolgreich zu beeinflussen.

Literatur:

Bebert: Berl. kl. Wo., 46. Jhrg., Nr. 41.
Haas: D. Arch. f. klin. Med. 1917, H. 121.
Haedicke: D. Med. Wo., 35. Jhrg., Nr. 13.
Hohlweg: M. M. W. 1923, Nr. 42.
Loose: D. Med. Wo., 33. Jhrg., Nr. 2.
Meyer-Gottlieb: Exp. Pharmakol.
Naujoks: Zbl. f. Gyn. 1924, H. 47; 1925, H. 21.
Opitz: Zschr. f. Gyn. u. Geb., Bd. 55.
Schulten: M. M. W. 1927, Nr. 4.
Sirota: Arch. f. Derm. u. Syph. 1925, Bd. 149, H. 2.
Trendelenburg: M. M. W., 66. Jhrg., Nr. 24.
Walz: Ther. d. Gegenw., 53. Jhrg., Nr. 6.

Beitrag zur Diabetiden-Frage und deren Behandlung.

Von

Dr. MICHAEL STEINER, Hautarzt in Duisburg.

Der Zusammenhang von Diabetes und Hautleiden ist heute schon klarer zu erkennen, als vor einigen Jahrzehnten. Insbesondere brachten die Forschungen über Insulin uns dem Verständnis des ganzen diabetischen Syndroms näher. Dann haben in den letzten Jahren Untersuchungen über die eigenartige intestinale Wirkung der Hefe auf diabetische Hautleiden Licht in das Problem getragen. Hierüber soll weiter unten mehr gesagt werden.

Freilich harren gewisse Fragen noch der Lösung. So ist zu ermitteln, ob das Vorhandensein von Zucker in den Geweben ein prädisponierendes oder ein auslösendes Moment ist bei der Entstehung der Hautaffektionen. Bei gewissen Hautleiden, etwa bei Ekzemen an den Genitalien, bei Pruritus steht ja offenbar das prädisponierende Moment im Vordergrund, während die lokalen Reizungen an den mit Zucker beladenen Geweben mehr die auslösende Ursache sind. Andere Hautleiden wiederum (Furunkulose, Gangrän, Anthrax) deuten auf bestimmte Zusammenhänge mit dem Stoffwechsel des Diabetikers.

Eine scharfe Trennung all der Momente im gesamten Ursachenkomplex ist aber nicht nötig, wenn wir im Auge behalten, daß der fehlerhafte Stoffwechsel des Diabetikers die primäre und entscheidende Ursache ist in der Genese der diabetischen Dermatitiden und Dermatomykosen. Denn wir sehen, wie der Erfolg der Behandlung diabetischer Hautleiden, etwa bei Hefekuren, gleich gut ist, ganz unabhängig davon, ob äußere Reizung, allergische Zustände, Infektionen als sekundäre Ursachen in Betracht kommen. Das Wesentliche ist eben die direkte Beeinflussung des diabetischen Stoffwechsels. Unter solchen Gesichtspunkten ist es wohl gerechtfertigt, alle Hautleiden der Diabetiker generell zu einer Gruppe zusammenzufassen, etwa nach dem Vorgange der französischen Schule (Fournier u. a.) als „Diabetiden". Das ist in der Tat eine gut gewählte Gruppenbezeichnung für alle jene Begleiterscheinungen des Diabetes, die regelmäßig auftreten oder sogar prädiabetische Symptome darstellen.

Die ganze Frage hat durchaus nicht lediglich theoretisches Interesse. Vielmehr werden wir durch die zweckmäßige Behandlung der Diabetiden immer mehr hingelenkt auf die kausaltherapeutische Beeinflussung des Diabetes überhaupt. Die Erfahrung lehrt ja, daß eine rein symptomatische Behandlung von Hautkrankheiten im allgemeinen und insbesondere der diabetischen Hautleiden so gut wie wertlos ist. Vielmehr kommt es ganz und gar auf die Umgestaltung des Stoffwechsels an, denn dadurch nur werden die für das Entstehen dieser Krankheiten und besonders der Diabetiden prädisponierenden Momente beseitigt.

Ferner wissen wir heute, daß mit rein diätetischen Maßnahmen (Kohlehydrat-Entziehung etc.) nicht viel erreicht wird. Der Stoffwechsel steht ja unter der Regulation des endokrinen Apparates, dessen Funktionen besonders beim Diabetiker gestört sind. Diese Funktionen können aktiviert werden, und hier haben wir den wesentlichen Faktor für die Umgestaltung des Stoffwechsels auch beim Diabetiker. In diesem Sinne ist Insulin für den diabetischen Organismus ein Aktivator. Wie tief Insulin in den Stoffwechsel des Diabetikers eingreift, das erkennen wir nicht allein an der Senkung des Blutzuckerspiegels. Nein, es ist nachgewiesen, daß alle Gewebe des Körpers beeinflußt werden. So haben Adlersberg und Perutz gezeigt, daß bei lokaler Applikation von Insulin die Regenerationsfähigkeit der Haut beeinflußt wird. Ob Insulin ein echtes Hormon ist, also substituierend für das Pankreas-Hormon eintritt, das ist nicht sicher. Es ist auch für die Therapie der Diabetiden irrelevant. Denn immer wahrscheinlicher wird es, daß Hormone, Vitamine, insulinartige Körper alle zu einer Gruppe von Aktivatoren gehören. Hierfür spricht die Tatsache, daß Körper mit Insulin-Wirkung aus Pflanzen und Pilzen dargestellt wurden. Auffallend ist ja auch in diesem Zusammenhange die erstaunliche Wirkung der Hefe beim Diabetes und bei Diabetiden. Sollte man also nicht auch in der Hefe die Gegenwart eines Aktivators vermuten?

Die Therapie wird weiterhin zeigen, welche wichtige Sonderstellung die Diabetiden im Krankheitsbilde des Diabetes beanspruchen. Ja, die therapeutische Beeinflussung der diabetischen Dermatosen wird uns ein Gradmesser sein für die Beeinflußbarkeit des diabetischen Stoffwechsels durch Aktivatoren. Wir werden dann das Gebiet der Diabetiden noch weiter zu fassen haben als bisher. Schon lange ist bekannt, wie häufig Ekzem und Pruritus mit vermehrter Zuckerbildung einhergehen (Lecroix findet bei Ekzem 30%, bei Pruritus 45%). Wie häufig gutartige Glykosurien in Familien von Diabetikern vorkommen, hat Holst-Kopenhagen (Arch. of intern. Med. 38, 15. 9. 1926) gezeigt. Immer deutlicher wird danach der Zusammenhang zwischen Diabetes, gutartiger Glykosurie und Dermatosen. Aeußere Schädigungen (Hebra) oder parasitäre Einflüsse (Unna) können wir heute kaum noch als wesentlich ätiologische Faktoren für die Entstehung von Hautleiden, besonders nicht bei Diabetikern annehmen. Ein klassisches Beispiel ist ja das Ekzem, wo doch in den allermeisten Fällen der Zusammenhang mit dem Stoffwechsel erwiesen ist. Hier steht Kromayers so häufiges „gichtisches" Ekzem durchaus in Analogie mit dem Ekzem des Diabetiker.

Die auffallende Zunahme des Diabetes nach dem Kriege zwingt s nun zu erhöhter Aufmerksamkeit auf die Diabetiden. Ich habe t Jahren alle hartnäckigen Fälle von infektiösen, follikulären und rifollikulären oder pruriginösen Hautleiden auf Zucker untersucht, d immer mehr finde ich, wie ungemein häufig der Zusammenng ist zwischen den Dermatosen und der Glykosurie, besonders i Ekzem, Pruritus und Prurigo und auch bei Psoriasis.

In der Therapie der Diabetiden muß man sich also vor allem rin klar sein, daß die herkömmliche Behandlung dieser Hautaffekn mit Salben oder anderen dermatologischen Maßnahmen gegen Erfolg verspricht. Nur mit einer kausaltherapeutischen Maßme werden wir bei den Diabetiden Heilung erzielen, also nur mit er antidiabetischen Behandlung verbunden mit einer geeigneten it (Petrén). In dieser Erkenntnis habe ich seit vielen Jahren ine Diabetiden mit Hefe behandelt.

Es lag nahe, Hefe als antidiabetisches Mittel zu wählen. Seit ers nämlich waren Hefekuren gebräuchlich gegen eine Reihe von rmatosen, und die Erfolge mit Hefe betrafen hauptsächlich dieigen Hautkrankheiten, die in die Gruppe der Diabetiden gehören, o Furunkulose, Ekzeme, Pruritus. Ueberdies haben die neueren beiten (vergleiche Literatur über Levurinose) gezeigt, daß die Bendlung mit Hefe zu einem Sinken der Blutzucker-Werte führt. Es r mir nun einleuchtend, daß die Hefe einen ganz bestimmten Ein3 auf den diabetischen Stoffwechsel haben muß, was mir immer eder durch den Erfolg bei den Diabetiden bestätigt wurde.

Für die antidiabetische Behandlung und allgemein für die erapie der Dermatosen verwende ich seit 1910 ausschließlich Levuose-Blaes. Von der rohen Bierhefe macht man ja heute kaum ch Gebrauch, da sie auf die Dauer nicht vertragen wird. Erst die führung der Trockenhefe ermöglichte die rationelle Durchfühg einer Hefe-Behandlung. Nun wird die auffallende und oft überchende Wirkung der Levurinose durchgängig darauf zurückgührt, daß in diesem Produkt die Hefe lebendig, vollaktiv und gärig ist.

Wie wichtig die Lebensfähigkeit der Hefesprossen für den Effekt d Behandlung ist, das steht heute fest. Also ist von den Trockenen nur eine solche brauchbar, die wirklich gär- und sproßfähige fe enthält. Das ist bei Levurinose der Fall, da dieses Hefep dukt im Kaltluft-Trockenverfahren hergestellt wird. Bei Trockng mit Hitze wird Hefe abgetötet (schon bei 50 bis 60°). Die Hefeze ist überhaupt ein äußerst empfindlicher Organismus, daher denn a h feste Hefeprodukte, wie Tabletten oder Pillen, kaum theratisch zuverlässig sind. Jedenfalls werde ich von meiner üblichen V wendung des lockeren Levurinose-Pulvers in Zukunft nicht abgen.

Der Effekt der biologisch aktiven Hefe bei den Dermatosen macht schon offenbar, daß hier ein tiefgreifender Einfluß auf den Organinus statthaben muß. Es wäre sonst schwer zu erklären, wie Darreichung von Hefe Dermatosen von oft hartnäckiger Natur aleilen. Befriedigen kann nicht die Erklärung der Heilerfolge durch di Modifizierung der Darmflora, der Verdauungsgärungen, durch di derivative Wirkung usw. Und vollends unzulänglich wäre diese E lärung bei der auffälligen Wirkung der Hefe auf den Stoffwechsel d Diabetiker und auf die Diabetiden. Wenig plausibel ist hier die äl re Annahme, Hefe wirke bei Diabetes glykolytisch. Aber Forschungen der letzten Jahre haben Momente zutage gefördert, die n dem Verständnis der Hefewirkung immer näher bringen.

Seit langem bekannt ist, daß die Hefenukleine vom Darme aus in di Blutzirkulation übergehen und zu einer Hyperleukozytose führen, w man sie oft im Verlaufe von Hefekuren nachweisen konnte. Nun s aber die Hefe im Darm sproßfähig. Es werden also ständig Nkleine und auch Proteinkörper der Hefezellen an die Blutzirkuaon abgegeben. In Forschungen über Levurinose ging man besonders diesem Umstande nach, und heute vertritt man die Anschauung, daß Levurinose per os gegeben im Sinne eines echten Proteinkörper-Reizes wirke. Im Einklang mit diesen zunächst theoretischen Voraussetzungen stehen denn auch die Erfolge mit Levuinose bei den Dermatosen auf allergischer Basis, bei eitrigen Prozessen und gewissen inneren Leiden, die nur durch Desensitisierung n Resistenzerhöhung zu beeinflussen sind. Besonders offensichtlic ist diese perorale Proteinreizwirkung der biologisch-aktiven Hefe eden peripheren und lokalen, aber auch bei den chronisch-entzündlichen Affektionen. Viele überraschende Erfolge mit Levurinose lassen erwarten, daß diese einfache Hefetherapie häufig die Injektionstherapie mit Reizkörpern und differente Pharmaka wird ersetzen können. Auch bei den anämischen, lymphatischen, skrofulösen Zuständen, die so bei Hautkranken konstatiert werden, erwies sich Levurinose als therapeutisch wirksam im Sinne einer Resistenzsteigerung und Mobilisierung der natürlichen Abwehrkräfte. Dabei ist nicht zu vergessen, daß Levurinose wegen des Reichtums an Vitaminen, an Phosphor und anderen Salzen ein hochwertiges Roborans ist, ein Faktor, der auch beim Hautkranken von Wichtigkeit sein kann.

Für die hier behandelte Frage ist aber eine neue Arbeit von Weichardt (Wiener Med. Woch. 1927, Nr. 9) von ganz besonderer Bedeutung. In Fütterungsversuchen mit Levurinose fand Weichardt, daß diese aktive Hefe eine antirachitische Komponente enthält. Durch die Hefe wurde ein typischer nichtspezifischer Reiz auf den Organismus ausgelöst. Dabei wurde betont, daß die aktivierende Wirkung durchaus an die Lebensfähigkeit der Hefe gebunden ist. Wir sehen nun, daß ein ganzer Komplex von therapeutischen Effekten von der Hefe ausgeht. Im wesentlichen aber handelt es sich um eine ausgesprochen aktivierende Wirkung der biologisch aktiven Hefe. Die Erfolge bei den Diabetiden sprechen mit größter Wahrscheinlichkeit dafür, daß neben den Vitaminen der Hefe noch andere insulinartige Aktivatoren eine Rolle spielen. So muß man wohl in der Levurinose einen Körper annehmen, der die Struktur und Funktion eines Co-Vitamins hat. Die auffallenden Erfolge von Levurinose-Kuren bei Diabetes bringen jedenfalls die ganze Frage in Zusammenhang mit der Insulinforschung, und in praxi ist wohl die Levurinosekur eine ungemein wichtige Unterstützung der Insulin-Therapie. In der Behandlung der Diabetiden aber scheint mir die Levurinose-Kur das Verfahren der Wahl zu sein.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die therapeutische Wirkung der biologisch aktiven Hefe sich aus einem Komplex von Wirkungen zusammensetzt: Hydratanreicherung, Neutralisierung der Autotoxine, Aktivierung des Stoffwechsels, Hormonsubstitution, Reizwirkung, Leistungssteigerung usw. Von außerordentlicher Wichtigkeit ist die Wirkung der Levurinose bei Diabetes und Diabetiden. Hefe und Diät kommen bei allen Fällen von Diabetes in Frage, die durch ihre Toleranz an der Grenze der reinen Diätbehandlung liegen. Die Levurinose-Kur ist vielleicht wertvoll bei Fällen, die sich gegenüber Insulin oder Synthalin refraktär verhalten. Es dürfte sich wohl als vorteilhaft erweisen, der Insulin-Behandlung eine Hefekur folgen zu lassen. Inwieweit durch Bestrahlungen der Substanz eine Verbesserung der Hefewirkung zu erzielen sein würde, ist der Gegenstand meiner derzeitigen Untersuchungen.

Zur Technik der Levurinose-Kur sei bemerkt, daß ich innerlich 4 bis 10 g gebe. Neu dürfte meine Anwendung von Levurinose-Einläufen sein (3 Eßlöffel auf 100 g warmen Wassers Erwachsene, 2 bis 3 Teelöffel auf 60 g Wasser für Kinder). Die Einläufe wirken ebenso gut und sicher wie die per os dargereichte Levurinose und empfehlen sich besonders bei Patienten, die den an sich nicht unangenehmen Geschmack durchaus nicht vertragen können.

Zur Therapie der essentiellen Hypertonie.

Von
Dr. med. A. TORKANOWSKI.

Die Auffassungen über die Ursachen der essentiellen Hypertonie sind bis heute noch grundsätzlich verschieden. Kylin, Schweden, behandelt die essentielle Hypertonie mit Sexualdrüsenextrakt. Die günstige Wirkung auf den Blutdruck macht die Folgerung wahrscheinlich, daß „Störungen in der Sekretion der Sexualdrüsen große Bedeutung für das Entstehen der essentiellen Hypertonieerkrankungen haben". Seiner Meinung nach kommt der Follikularflüssigkeit eine blutdrucksenkende, dem übrigen Gewebe eine blutdrucksteigernde Wirkung zu. Turau kommt auf Grund seiner Beobachtung zu dem Schluß, daß die funktionelle Hypertonie durch abnorme Resorption hochmolekularer Substanzen, die am Gefäßnervensystem einen autotoxischen Reizzustand hervorrufen, verursacht wird. Turau wendet demnach neben einer entsprechenden Badekur eine bestimmte vegetabile Diät an. Ein günstiger Erfolg war auch bei Hypertonien von hochgradigen, anatomischen Veränderungen festzustellen, was für eine funktionelle Komponente spricht. In der Tat finden wir nicht selten bei der angeblich arteriosklerotischen Hypertonie die großen Gefäße gar nicht verengt, sondern sogar erweitert, während in den kleinen Gefäßen die Sklerose niemals so ausgesprochen ist. Diese Beobachtung erschüttert die arteriosklerotische

Genese der Hypertonie. Fahrenkamp weist mit Recht auf die psycho-physischen Beziehungen hin, die gerade bei den Hypertensionen beachtlich sind. Der Einfluß suggestiver und autosuggestiver Momente auf den Blutdruck über das autonome Nervensystem ist unverkennbar.

Auch toxische Einflüsse sind zur Erklärung herangezogen worden, Alkohol, Tabak und chronische Herdinfektionen. Aber weder die Klinik, noch die Versuche haben diese Hypothesen bestätigt. Reeser wirft auf Grund seiner Untersuchungen die Frage auf, ob denn überhaupt die Niere nach den bisherigen Anschauungen tatsächlich allein die Schuld trage oder ob nicht etwa statt des Filters die Hauptschuld das Filtrat treffe, dessen Moleküle so beschaffen seien, daß sie nicht mehr das Filter passieren. So könnte z. B. beim Scharlach das Blut so modifiziert werden, daß es nicht mehr filtrierbar sei. Bei der essentiellen Hypertonie wird jetzt den Störungen der Nierenfunktion, soweit sie ohne die manifesten Symptome einer Schrumpfniere einhergehen, nur eine untergeordnete Rolle zuerkannt.

Volhard unterscheidet einen roten und einen weißen Hochdruck. Der rote Hochdruck ist abhängig von vasomotorischen Zentren in den Nieren, bei ihnen sind die peripheren Arterien weit, die Patienten sehen rot aus, haben Neigung zu Kongestionen und Apoplexien. Der rote Hochdruck wird auch essentielle Hypertonie genannt. Im Gegensatz dazu kommt der blasse Hochdruck durch eine pathologische Zusammenziehung aller Gefäße der gesamten Peripherie einschließlich der Hirngefäße zustande. Die Patienten sehen blaß, krank, matt, wie Nierenkranke aus und haben Neigung zur Hirnanämie. Der blasse Hochdruck entsteht durch ein toxisches Moment, an der Gefäßmuskulatur greift ein chemisches Agens an. Während Volhard früher die Hypertonie für ein Folge der renalen Gefäßerkrankung hielt, faßt er sie jetzt als Teilerscheinung einer allgemeinen Gefäßkontraktion auf. Das schädigende Agens ist noch nicht ermittelt. Volhard denkt an hochmolekulare Phenolabkömmlinge, Beweise fehlen jedoch noch. Jedenfalls werden krampffördernde Stoffe entweder produziert oder frühzeitig retiniert. Den roten Hochdruck, die essentielle Hypertonie, sieht Volhard als reine Alterskrankheit an, wobei der wichtigste Faktor die Erblichkeit ist. Vererbt wird die Anlage des Gefäßsystems, die Leistungsfähigkeit der Muskulatur und ihre Neigung, zu altern. Die Ursache des roten Blutdruckes liegt im vorzeitigen Abnutzungsprozeß der gesamten Gefäßmuskulatur. Die Nierengefäße werden funktionell viel in Anspruch genommen, also eher abgenutzt.

Nach einer weitverbreiteten Auffassung ist die Ursache der essentiellen Hypertonie in einer Ueberempfindlichkeit des vegetativen Nervensystems zu suchen. Essentielle Hypertoniker reagieren auf eine entsprechende Dosis intravenös dargereichten Paranephrins mit charakteristischen Blutdruckkurven, die eine typische Steigerung des Drucks erkennen lassen. Der Verlauf dieser Kurven läßt je nach der Individualität des Patienten Schlüsse auf vermehrte Reizzustände im Sympathikus oder Vagus zu. Es sei hierbei nur kurz auf die Bedeutung dieser Adrenalinkurven zur Ermittlung vagotonischer Zustände, überhaupt von Störungen im vegetativen System hingewiesen. Bekanntlich ist eine scharfe Trennung in Vagotonie und Sympathicotonie nicht möglich. Man spricht auch besser von vegetativen Neurosen, womit eben Mischfälle gemeint sind, die nach dieser (Vagus) oder jener (Sympathikus) Seite hinneigen.

Die Tatsache der Blutdrucksteigerung durch Paranephrin in der üblichen Konzentration 1 : 1000 und die Ueberlegung, daß das vegetative System in besonderem Maße Arzneireizen gegenüber reversible Effekte ergibt, legte nach der Arndt-Schulzschen Regel den Versuch nahe, mit kleinen Dosen Paranephrin eine reversible Wirkung, nämlich eine Blutdrucksenkung zu erreichen. Das Reversionsprinzip, das neben dem Simileprinzip besonders in der Homöopathie die Hauptrolle spielt, besagt, daß große Gaben eines Arzneistoffes im Organismus den umgekehrten Effekt hervorrufen, als kleine Gaben. Um ein Beispiel zu nennen: Kleine Dosen Alkohol oder Aether oder Morphium regen die Arbeitsfähigkeit an, während große Gaben derselben Stoffe die Arbeitsfähigkeit herabsetzen oder sogar lähmen. Der Begriff groß und klein ist dabei natürlich relativ, gemessen an der Giftigkeit einer Substanz, zu fassen. Dieses Reversionsprinzip oder die Regel von der Umkehr großer und kleiner Arzneigaben ist natürlich nicht wahllos auf jedes Medikament anzuwenden. Bei der essentiellen Hypertonie wurde nun systematisch Paranephrin in kleiner Dosis und zwar in der Form des von der Firma Dr. Willm Schwabe, Leipzig O 29, herausgebrachten Tonocalmin, welches Par nephrin in einer sterilen physiologischen Meerwasserlösung in g eigneter Verdünnung enthält, angewandt.

Der Blutdruck wurde vor der Injektion gemessen. Nach der I jektion (1 ccm Tonocalmin subcutan) wurde alle 3—5 Minuten d Einfluß des Mittels auf den Blutdruck kontrolliert und die Messu bis 1 Stunde nach der Injektion durchgeführt. Die bisher so beha delten Patienten fühlten sich schon wenige Minuten nach der Injekti subjektiv wohl und leichter. Objektiv ging der Druck regelmäß innerhalb 6 Minuten nach der Injektion um 30—70 mm HG herunt Diese Senkung hielt kürzestens 4 Tage und längstens 12 Tage a Es hat sich gezeigt, daß eine Wiederholung der Injektion nicht eh erforderlich wird, als bis der Druck wieder zu steigen beginnt. I Beobachtungen sind bisher etwa ein Jahr durchgeführt worden, d Blutdruck hielt sich niedrig, wenn monatlich 1—4 Injektionen g macht wurden. Es hat sogar den Anschein, als ob seltenere Inj tionen noch günstigere Resultate ergeben. Irgendwelche unang nehmen Nebenwirkungen sind in keinem Falle beobachtet word Bei der relativ kurzen Dauer der Beobachtungszeit und der b schränkten Kasuistik kann hier natürlich noch kein abschließend Urteil gesprochen werden. Es soll nur auf die bisher auffallend gü stigen Erfahrungen mit dem Tonocalmin hingewiesen werden, da d Mittel wert ist in größerem Maße nachgeprüft zu werden. Jedenfa kann nach den bisherigen Erfahrungen schon gesagt werden, daß w in diesem Mittel eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischat gewonnen haben, dem bei der Behandlung der Hypertonie sicher e führende Rolle zukommen wird.

Perrheumal bei Rheumatismus.

Von
Dr. R. RUCKERT in Zehlendorf.

Bei der Behandlung von Rheumatismus, neuralgischen u ischiatischen Rückenschmerzen und ähnlichem, muß man neben d innerlichen Medikation in den meisten Fällen auch noch äußerli Mittel anwenden. Es gibt dafür eine ganze Menge, die meist Salic säure in irgendeiner Form enthalten. Aber so verschieden ihre Z sammensetzung ist, so verschieden auch ihre Wirkung. Ich habe s viele davon erprobt und bin immer wieder auf ein Präparat zurü gekommen, das ich bereits vor dem Kriege in meiner Praxis gutem Erfolge verordnete: „Perrheumal“.

Es ist eine salbenartige Mischung des Trichlorbutylsalicylsäu esters und des Acetylsalicylsäureesters, die schnell in den Kreisl aufgenommen wird. Hautreizungen oder andere unerwünschte Neb wirkungen habe ich nie beobachtet. Die schmerzstillende Wirk beruht aber nicht allein auf den Salicylsäure-Komponenten, sond wird noch wesentlich verstärkt durch die sedativen Eigenscha des Trichlorbutylalkohols, welcher besonders in der amerikanisc Medizin unter dem Namen „Chloreton“ äußerlich als Anästheti und sogar als Hypnotikum innerlich große Verbreitung gefunden

---

Die Gonorrhoe-Behandlung des Weibes.

Von
Dr. med. HEINZ SCHNEIDER.

Professor Dr. A. Rosenheim macht mich darauf aufmerk daß der Schlußsatz meiner Abhandlung (in Nr. 17 dieses J ganges), in dem ich das Transargan als ein prinzipiell neues l parat hinstelle, nicht aufrecht zu erhalten ist, weil er bereits fr ein ähnlich konstruiertes Präparat, das Blennargon, ein Silberkali thiosulfat, in Vorschlag gebracht hat, welches von Dr. med. I Simon (Medizinische Klinik 1925, Nr. 29) auf seine Verwend bei der Behandlung der Gonorrhoe geprüft wurde.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
ɛrlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854
UMMER 30 BERLIN, DEN 29. JULI 1927 45. JAHRGANG

Originalien.

s der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Franz-Joseph I.-Spitals zu Szolnok (Ungarn).

Ueber die Pyodermien.

Von
Dr. J. EMMERICH ORSÓS, Chefarzt.

Alle Eiterungsprozesse, welche in der Haut, oder unmittelbar in m Unterhautzellgewebe sich abspielen und meistens durch Strepto- d Staphylokokken bedingt sind, werden als Pyodermien be- ichnet. Außer diesen Bakterien können auch andere Pyodermien rvorrufen, diese will ich jetzt unbeachtet lassen.

Staphylo- und Streptokokken gehören zu den weitverbreitetsten kterien und sind sowohl beim Menschen wie in der Tierwelt Er- uger der verschiedensten Krankheitsprozesse. Ihre Gefährlichkeit gt zum großen Teil darin, daß sie ein wahrhaft amphibisches Leben hren. Eine Lebensphase spielt sich außer dem Organismus ab, wo e die Kälte bis zum Einfrieren und die Wärme bis zu 60° C ver- gen. Auch das Eintrocknen schädigt sie nicht. An feuchten ellen, bei Zimmertemperatur gedeihen sie auch bei dürftigsten hrungsverhältnissen sehr gut, z. B. im Straßenkot, am Misthaufen, Schmutzwäsche usw., wo sie an den organischen Abfällen hmarotzen. Ihre andere Lebensphase spielt sich in den lebenden rganismen ab.

Bakteriologisch lassen sie sich in mehrere Gruppen einteilen. sind die Staphylococcus aureus, albus, citreus und pyocyaneus kannt. Innerhalb dieser Gruppen können wiederum verschiedene ten unterscheidet werden, je nachdem sie den Gelatinnährboden rflüssigen, Blutagar haemolysieren, oder mit spezifischem Serum glutinieren. Mit zunehmender Pathogenität sind auch diese Eigen- haften ausgeprägter. Zur Oedheit ihres Saprophytenlebens steht re Pathogenität in umgekehrten Verhältnis. Die Pathogenität läßt ch mit Tierpassagen bis zur Malignität steigern. Maligne Arten rlieren an Kraft wenn sie wiederholt auf magere Nährböden (serum d blutfreie) übergeimpft werden, oder schädlichen Temperatur- irkungen, Austrocknung ausgesetzt werden. Auch Streptokokken bt es mehrere: Streptococcus pathogenes longus, mitior, mucosus d putridus. Von diesen verursachen hauptsächlich die drei ersten autveränderungen. Kulturell und pathogenetisch variieren sie den taphylokokken ganz gleich. Alle jene Umstände, wodurch die irulenz modifiziert wird, kommen auch bei den erzeugten Haut- eränderungen zur Geltung. Bakterien von schwacher Virulenz er- ugen leichte, jene von starker Virulenz aber ernste Erkrankungen.

Ihre prozentuale Verteilung wurde von den verschiedenen Ver- ssern verschieden gefunden. So hat Segadle bei Impetigo con- giosa in reinen Fällen zu 55% Staphylo-, zu 45% Streptokokken, gemischten Fällen beide Bakteriumarten züchten können. Wert- eimer erwähnt ohne prozentuelle Angaben, daß Impetigo beide rten, sowohl allein, wie auch gemicht hervorrufen. Dickey be- chrieb eine Endemie wo die Impetigo von Staphylococcus albus, treus und Streptococcus fecalis gemischt hervorgerufen wurde. s waren 18 Kinder erkrankt, und trotz der kurzen Endemie konnten rei Arten gezüchtet werden. Ganz auffallend ist demnach die Mit- ilung von Tibierge und Legrain, daß die Erreger von npetigo, auch bei den zirzinären Formen die Streptokokken seien. weifellos ist die ätiologische Bestimmung der einzelnen Er- krankungen recht schwer, zumal beide Bakteriumarten im Staub, Bekleidung, an der Hautoberfläche so verbreitet sind, daß schon in Alleranfang meistens beide im Sekret anzutreffen sind. Es ist direkt ein Zufall wenn nur die eine allein zur Züchtung kommt. Doch über- wiegen bei Hauteiterungen die Staphylokokken, da sie bei tieferen Prozessen, Follikulitiden, Furunkulosen, Karbunkeln und Ektyma fast allein gefunden werden. Ich selbst fand nur vereinzelt rein Strekto- kokken. Aus dem Verlauf, Chronizität und Intensität allein können die einzelnen Arten nicht erkannt werden, mit Ausnahme des Ery- sipelas, das immer von Streptokokken verursacht wird.

Was die morphologische Erscheinung der Pyodermien anbelangt, so sind hierin außer dem Virus individuelle Disposition, strukturelle und funktionelle Beschaffenheit der Haut von Bedeutung. Bekanntlich aquirieren Aerzte bei Sektionen oft Pyodermien, besonders bei Sektion septischer Leichen, so sorgsam auch die Hände desinfiziert werden. Andere bleiben davor behütet, trotz oberflächlichster Reinigung. Die Erklärung für dieses verschiedene Verhalten muß in der histologischen Hautstruktur gesucht werden.

Die Hornschicht bildet das wirksamste Wehr gegen eindringende Keime. Bekanntlich ist diese Hornschicht schon normal verschieden dick. Die Dicke der Hornschicht hängt nach Bloch von der Menge und Stärke der Verbindungsfäden ab. Bei Brünetten und Männern ist die Hornschicht erfahrungsgemäß dicker, bei Blonden, Frauen und Kindern dünner. Die Letzteren sind also gefährdeter. Bei gleich- dicker Hornschicht variiert die Neigung zu Eiterungen, je nachdem die Hornschicht konsistent und fettig, d. h. homogen und plastisch ist. Die trockenere und lockere Epidermis wird leichter verletzt, sei es daß sie schon von vornherein so war, oder infolge ge- werblicher oder anderer Schädigungen erst so umgewandelt wurde.

Auch den natürlichen Oeffnungen, den Poren (Ausführungsgänge der Schweiß- und Talgdrüsen) kommt beim Eindringen der Bakterien große Bedeutung zu. Auch diese Ausführungsgänge sind verschieden, weitere Mündungen sind gleichzeitig weitere Infektionspforten. Eine andere Möglichkeit für Infektionen bieten die gemeinsamen Oeffnungen von Haarfollikel und Talgdrüsen, welche von Hornmassen oft verlagert sind, was das Eindringen von Bakterien gewissermaßen zwar verhindert, aber oft auch eine Retention bewirkt, wodurch den gelegentlich eingedrungenen Mikroorganismen ein günstiger Nähr- boden geboten wird.

Es kommt nach erfolgter Bakteriuminvasion nicht immer zur Hauteiterung auch dann nicht, wenn den Keimen (in den saftreichen Schichten der Epidermis, in der Kutis) eine ausreichende Nahrung zur Verfügung steht. Das hängt von der biologischen Konstitution, von der Immunität des betreffenden Individuum ab. In anderen Fällen verursachen schon kleine Verletzungen Eiterungen, oder an- fänglich bedeutungslose Prozesse greifen um sich. Diese Tatsachen sind noch nicht genügend erklärt. Aller Wahrscheinlichkeit nach haben solche Individuen eine mangelhafte, oder eine träge sich ent- wickelnde Immunität. Neuestens wurde diese individuelle Empfind- lichkeit Mikroorganismen gegenüber mit der vitaminarmen Er- nährung, mit dem Alter (Philipps), Stoffwechselstörungen, Steigerung des Blutzuckers (Bieber, Thalheimer), Alkaliarmut des Organismus (Morian), uratischer Diathese in Zusammenhang gebracht. Daß Diabetiker zu purulenten Entzündungen neigen, ist eine alte Er- fahrungstatsache.

Hält man die drei angeführten Faktore vor Augen (Virus-Hautmorphologie-Immunität), so wird die Pathogenese der Pyodermien viel klarer.

Je nach der Eingangspforte sind die Erscheinungen verschieden. Dringt das Virus unter das Korneum, so reagiert der Organismus mit Hyperämie, Exsudation, Leukozytenansammlung. Das Exsudat hebt das Korneum auf, es entsteht eine Blase. Platzt diese Blase, so bleibt eine nässende, von eingetrocknetem Serum, d. h. Borke bedeckte Stelle zurück. Die Größe und Zähigkeit der Blase hängt von der Dicke der Hornschicht ab. In diesem Stadium bezeichnen wir die Pyodermie als Impetigo. Charakteristisch ist die narbenlose Heilung. Dringen die Bakterien in die Basalschicht, oder gar in die obersten Kutisschichten in die subpapillare Schicht, so entsteht ein sog. Ekthyma und heilt gewöhnlich mit einer Granulation, d. h. Narbenbildung.

Nehmen die Bakterien ihren Weg nicht durch die verletzten Hornlamellen, sondern durch die Drüsenausführungsgänge, dann entwickelt sich ein ganz anderes Bild. Werden die Schweißdrüsen infiziert, so entsteht ein Abszeß in der Subkutis. Die Symptome der Follikel und Talgdrüseninfektion sind dreierlei. Die Verschiedenheiten haben ihren Grund wieder in der histologischen Struktur. Ist die Hornschicht wohl entwickelt und reicht bis zur Mündung der Talgdrüse, so entsteht die Eiterung um diese Einmündung herum und die Hornschicht wird aufgehoben (Folliculitis postulosa superior, Unna). Von da aus pflanzt sich die Infektion meistens nur infolge neuer mechanischer Einwirkung weiter in die Tiefe. Ist die Follikelöffnung weit, so kann das Virus sofort das ganze Follikel und Drüsenlumen ergreifen. Es sind auch solche Formen bekannt, wo die Eiterung nur bei der Talgdrüsenmündung anfängt und von da abwärts zur eitrigen Einschmelzung führt (kragenknopfartige Eiterherde). Fallen Follikel und Drüsenepithel der Einschmelzung anheim und dringt das Virus auch in die Nachbarschaft, so haben wir einen Furunkel vor Augen. Durch Konfluenz mehrerer Furunkel entsteht der Karbunkel. Die mächtige Infiltration ist ein Schutzdamm, mit welchem der Organismus den krankhaften Herd lokalisiert. Den Bakterien und ihren Toxinen ausgesetzte Gewebe nekrotisieren. Bei der Nekrose spielen teils Gefäßverstopfungen infolge Bakterienembolien, teils Bakterientoxine eine Rolle. Die ausgebildete Immunität bietet der Nekrose Halt. Das nekrotisierte Gewebe demarkiert sich mit einem neugebildeten Granulationsgewebe, dem nekrotisierten Propf gegenüber. Das angesammelte Serum und Leukozyten lockern den festhaftenden Propf und so wird er langsam eliminiert. Die zurückgebliebene Höhle wird durch Granulation verschlossen.

Anders verhält es sich beim Erysipel. Die Bakterien gelangen auf irgendwelche Art in die obersten Kutisschichten, in die lockergefügte an Lymphgefäßen und Spalten reiche subpapillare Schicht und vermehren sich dort. Der Organismus vermag aber keinen reaktiven Schutzdamm gegen die eingedrungenen Bakterien zu bilden, sondern nur immer hinter und unterhalb des bereits von Bakterien überfluteten Gebietes, die Infektion kann hiermit solange in den Lymphspalten weiterschreiten, bis die inzwischen ausgebildete Immunität dies verhindert.

Wie erwähnt, sind die Bedingungen für das Zustandekommen von Hauteiterungen Epithelverletzungen und Anomalien der natürlichen Oeffnungen. Die Ursache einer Haut- und Drüsenläsion kann außer einer Verletzung, jede Hautentzündung, oder jede Hautveränderung sein, welche die normale Impermeabilität der Haut herabsetzt. Ein sehr lehrreiches, paradoxes Beispiel ist hierfür die Ichthyose, bei welcher die Epithelschicht zwar extrem verdickt ist, gleichzeitig aber auch zahlreiche kleine Verletzungen vorhanden sind, wodurch zu einer Bakterieninvasion vorzügliche Gelegenheit geboten wird.

In letzter Zeit habe ich eine interessante Pyodermieendemie beobachten können. Die Kranken waren in einer Zuckerfabrik angestellt und mußten fortwährend mit nackten Füßen und Händeen in dem zuckerreichen, eingedickten Rübenbrei und -saft stehen und arbeiten. Die ersten Kranken meldeten sich eine Woche nach Beginn des Betriebes und endlich erkrankten 47 % der ähnlich eingeteilten Arbeiter. Bei dieser Endemie spielte nicht bloß ein pathogenetischer Faktor eine Rolle. Die andauernde Berührung mit der zuckerhaltigen Eiweißlösung hat sicher zu einem Gedeihen der Saprophytenflora geführt, die hochgradige Durchtränkung der Epidermis bietet den Mikroorganismen die gute Gelegenheit zum Eindringen, zumal sie Dank der Zuckerlösung von der Oberfläche wahrscheinlich sch früher in die tieferen Schichten vorgedrungen sind.

Das Weitergreifen der Keime geschieht teils durch einfache Ve mehrung, teils auf dem Wege des Säftestromes. Das Eindringen d Keime oder ihrer Produkte in den Kreislauf beantwortet der O ganismus mit Fieber. Dieser Umstand ist bei entsprechend wide standsfähigen Individuen ein begrüßenswertes Zeichen des allg meinen Immunisationsprozesses, wodurch dem Weitergreifen der I fektion Halt geboten wird. Ist diese Widerstandsfähigkeit mang haft, oder fehlt sie gar, so entsteht eine Sepsis und der Kranke ge daran zugrunde. Es ist klar, daß die Ausbreitung und Dauer d Pyodermien eben vom Grade dieser Widerstandsfähigkeit abhän Je schneller sich die Immunität entwickelt, umso rascher heilt d Pyodermie.

Die Therapie muß sich nun nach zwei Prinzipien richten: 1. D Infektionskeime müssen an Ort und Stelle gebunden werden, dan kein Weitergreifen erfolge. 2. Die Immunität muß an der Infektion stelle, sowie im ganzen Organismus gehoben werden.

Der ersten Aufgabe dient die Lokalbehandlung, worauf vie auch heute noch das Hauptgewicht legen. In den letzt verflossen zehn Jahren behandelte ich über 7000 Pyodermien. Meine Aufmer samkeit lenkte ich nicht nur auf die Therapie, sondern auch auf d Pathologie. Allein mit Lokalbehandlung konnte in der Mehrza keine schnelle Heilung erzielt werden. Bei herabgekommene schwachen Individuen während des Krieges machte ich die E fahrung, daß nur mit Besserung des allgemeinen Zustandes eine au reichende Heilung erzielt werden konnte. Später, mit d parenteralen und Vakzinebehandlung, besserten sich die Heilerfolg hauptsächlich, was Zeitdauer anlangt, auffallend.

Die Lokalbehandlung beschränkt sich auf eine lokale De infektion, auf die Beschleunigung der Entwicklung der lokalen I munität, auf die Heilung der Hautverluste. Die lokale Desinfekti ist besonders bei oberflächlichen, impetiginösen Ekthymaprozess erfolgreich und besteht darin, daß die Borken möglichst ohne vo herige Durchtränkung entfernt werden, der Grund mit Jodbenz gereinigt und mit Jodtinktur bepinselt wird. Nach solcher Vorbehan lung geben wir eine keratoplastische Salbe auf den Verlust und ve binden ihn womöglichst. Als Keratoplastikum wird meistens ei 3proz. Resorcin-Zinkpaste verwendet. Oft verzieht sich diese Uebe häutung, sie kann mit Scharlachrot oder Pellidolsalben, Lapi pinselungen, Mikuliczsalbe beschleunigt werden. Die Ueberhäutu wird auch durch Quarzlichtbestrahlung beschleunigt, weil die en standene Hyperämie die lokale Immunität steigert. Amerikanisc Verfasser applizieren auf Streptokokkusimpetigo Quecksilbersal welche aber bei der Staphylokokkeninfektion wirkungslos sein so In solchen Fällen bepinseln sie mit 5—10proz. Gentianaviolettlösu und bedecken die Veränderung danach mit Borvaselin. Impetigo u Ekthyma trotzen besonders am Fuß und Unterbein jeglicher Behan lung. Im letzten Jahre erwies sich ein Mineralöl als auffallend gut Keratoplastikum, worüber Simon auf Grund zahlreicher Versuc ausführlich berichtete. Dieses Mittel ist das Granugenol-Knoll, ei zähflüssige, ölige Substanz, welche dem äußeren Aussehen na den Paraffinölen gleicht. Träge Heilungstendenz zeigende Wund werden mit granugenoldurchtränktem Verband verschlossen, d Verband täglich gewechselt. Die Veränderungen überhäuten sich g wöhnlich binnen einigen Tagen. Nebenbei sei es erwähnt, daß d langsam zu heilen pflegende Herpes progenitalis unter Granugen umschlägen binnen 3—4 Tagen heilt.

Die Lokalbehandlung tieferer Hauteiterungen, Follikulitiden u Furunkeln ist schon viel umständlicher. Auch hier muß das Hau bestreben auf eine Verhinderung der Fortschleppung hinausgeh Zu diesem Zwecke entspricht die von Unna empfohlene Jo tinktur am besten.

Bei Anwendung der Jodtinktur aber ist eine strenge Vorsic geboten, denn es gibt Individuen, deren Haut gegen Jodtinkt empfindlich ist und mit unangenehmer Hautentzündung reagiert. D Bepinselung darf sich nur auf die unmittelbare Umgebung des e krankten Follikels beschränken. Bei der Behandlung dieser Prozes machte ich die Erfahrung, daß die Lokalbehandlung nur auf das no wendigste beschränkt werden muß. In dieser Beziehung teile i die Auffassung von Canon, Hammer, Junkermann, welc gleichfalls die konservative Behandlung empfehlen und besonde der Letztere jeden operativen Eingriff energisch zurückweist, v allem bei Karbunkeln und Furunkeln, wo seine Losung Hände w

ɔißt, der chirurgische Eingriff soll direkt als Kunstfehler gelten. ammer betont mit vollem Recht die vollkommene Ruhigstellung, elche auch schon deshalb sehr wichtig ist, weil die mechanische 'eiterschleppung der Infektionskeime so am besten verhindert wird.

Meine Lokalbehandlung besteht bei den erwähnten Krankheitsɔrmen in täglich halbstündigen heißen Umschlägen, wonach der iter mit sanftem Druck entfernt, die Umgebung mit Jodbenzin desfiziert und in die Wundhöhle Jodtinktur geträufelt wird, endlich ɔmmt ein 40—50proz. alkoholischer Dunstverband darauf. Ich lasse n Furunkel lieber ohne Verband, als daß ich ihn mit irgendwelchem flaster verklebe, denn das kann besonders an behaarten Stellen hr leicht zu Ueberimpfungen führen. Auch die Rasierung vermeide h, und ersetze lieber mit einer Abscherung, weil die Infektion ntlang der fortwährend insultierten Haarstümpfe und Follikel leichter eitergreift, als bei ruhigen Haaren. Einen Furunkel oder Abszeß öffne ich nur dann, wenn die Einschmelzung schon vollkommen ist. ie Schnittwunde soll nur so groß sein, daß der Eiter sich entleeren ann. Früher vorgenommene und größere Schnitte durchtrennen nmer die Demarkationszone, wodurch nicht nur die Heilung und as kosmetische Resultat gefährdet werden, sondern auch das Geɔenst der Sepsis heraufbeschworen wird. Besonders das Verfahren on Berndt halte ich für gewagt und unrichtig, nämlich die adikale Exzision des Karbunkels im Gesunden hinein (Riedel).

Viel wichtiger sind die immunisierenden, reiztherapeutischen lethoden. Ich behandelte eine ganze Reihe der Fälle, wo ich die iterung ausschließlich mit Vakzinebehandlung geheilt habe und wo e Lokalbehandlung nur zur Reinigung diente.

Artfremde Eiweißkörper, Terpentinpräparate (Schütz), Eigenut (Nourney) sind in entsprechender Dosierung alle heilsam. Virklich gute Erfolge sah ich aber nur bei akuten Formen. Bei rysipel erwiesen sich Milchinjektionen (zweitägig 3—5 ccm tragluteal) besonders aber Aolan als ausgezeichnet. Bei einem bennenden Gesichtsrotlauf hielten zwei Aolaninjektionen nicht bloß en Prozeß auf, sondern der Patient wurde fieberfrei und heilte nnen 4—5 Tagen. Das Aolan ist lokal schmerzlos. Die Wirkung er Eigenblutbehandlung wird von Nourney, Nicolas, Caté nd Dupasquier, Poljak nicht nur für eine Eiweißwirkung ehalten, sondern es wird auch eine fördernde Wirkung der Blutımunstoffe agenommen. Die hohne Zahl der nötigen Injektionen ; oder noch mehr) und die Menge der einzelnen Dosen (5—30 ccm) eigen allerdings auf eine mäßige Heilwirkung. Für ganz verwerflich nd brutal halte ich die Methode von Läwen, der den Oberlippenrunkel zuerst mit 90, dann mit 65 ccm Blut umspritzte, ja vorher ɔch eine Inzision empfahl. Die Schmerzhaftigkeit dieses Verfahrens nd die eine Sepsis so sehr propagierende Verteilung der Lymphefäße an dieser Gegend, werden, denke ich, jeden von dieser Meıode zurückhalten.

Vielleicht bei keiner Erkrankung wird die Vakzinebehandlung on so glänzenden Erfolgen begleitet, wie bei den Pyodermien. Die ıspensionen getöteter Bakterien enthalten jenes Toxin, welches der rganismus zur Reizwirkung eben benötigt. Zwar geben Vakzinen emder Bakterien zuweilen ebenfalls gute Erfolge, z. B. nach autmann die Antipneumokokkusvakzime, doch sind spezifische akzinen viel wirksamer. Jede käufliche polyvalente Staphyloɔkkusvakzine ist, falls nicht sehr alt, gut gebräuchlich. Alte Vaknen werden nach Buschke und Langer durch Autolyse gechwächt. Die schönsten Erfolge verdanken wir den Autovakzinen, h. aus dem eigenen Eiter gewonnenen Bakteriumsuspensionen Carter, Petrovic usw.). Auf Grund des Verfahrens von lakai spritzt Lutz natürlichen Eiter unter die Haut, um eine ımittelbarere Immunwirkung zu erzielen. Die Heilerfolge waren jeɔch nicht so gut, daß es sich lohnte, dafür einen eventuellen Impfɔszeß in Kauf zu nehmen. Auch die ungleichmäßige Dosierung urde beanstandet. Ich selbst beschrieb eine einfache und schnelle akzineherstellung (Orvosi Hetilap, 1925, Nr. 10, M. m. W. Nr. 43, 1925). ie Bestandteile meiner Vakzine sind sämtliche Produkte des eiternn Gewebes, der Eiter samt den Likroorganismen, die ich mit atrenum purissimum desinfiziere und konserviere. Die so herestellte Vakzine ist eine Vollakzine, mit welcher sich die vollɔmmensten Autovakzinewirkungen erreichen lassen, sogar auch bei anz oberflächlichen Prozessen, bei welchen bekannterweise die ɔlichen Vakzinen versagen.

Das Resultat sowohl der parenteralen wie der Vakzinebehandng wird durch die entsprechenden Dosen gesichert. Die einzelnen Dosen dürfen niemals die Reizschwelle überschreiten, da eine solche Ueberschreitung immer von unangenehmen Erscheinungen: Fieber, Erbrechen, Kopfschmerz, angioneurotischen Symptomen begleitet wird. Sei die eingeführte Substanz von noch so konstanter Zusammensetzung, niemals kann man voraussagen, mit welcher Reaktion der Organismus antworten wird. Die erste Dosis soll eben deshalb immer eine tastende sein, nach der eintretenden Reaktion kann sie dann gesteigert oder herabgesetzt werden. Nach Orlowski soll eine Uebervakzination zur Steigerung der Virulenz führen, worauf man immer achten müsse. Auch Weinzierl erblickt den Grund einer eventuellen Unwirksamkeit in der schlechten Dosierug der parenteralen Substanz.

Es werden diese Substanzen meistens intragluteal gespritzt. Unter die Haut geben wir sie ungern, weil sie meistens mit Karbolsäure konserviert und daher recht schmerzhaft sind. Erlaubt die Qualität oder die feine Verteilung eine intravenöse Dosierung (Emboliegefahr auszuschließen), so ist diese am bequemsten. Hauptbedingung freilich ist die nötige technische Uebung. Ich kann die Besorgnisse Bejaranos, daß die intravenöse Dosierung gefährlich sei, nicht teilen.

Bei der Behandlung der Pyodermien können außer unrichtiger Methode und Dosierung auch die verschiedene krankhafte Beschaffenheit des Organismus gewisse Schwierigkeiten setzen. In Fällen von hochgradigem Verfall, pastöser Konstitution muß zuerst der allgemeine Zustand gehoben werden. Pyodermien werden nach Thalheimmer hauptsächlich durch den Diabetes schwer kompliziert. In solchen Fällen geht die Heilung nach Bieber auf Insulin sehr schnell vor sich. Bei Individuen mit normalem Stoffwechsel hat das Insulin keine beschleunigende Wirkung auf die Heilung.

Andere innere Medikamente, wie Hefe, Schwefel, habe ich nicht verwendet, Zieler konnte mit dem letzteren nebst homöopathischen Dosen ziemlich gute, wenn auch nicht sichere Resultate erreichen. Mit den hier kurz angeführten und mit den eingangs erwähnten pathogenetischen Kenntnissen in Einklag stehenden Mitteln hatte ich so günstige Resultate erzielen können, daß ich die weniger begründeten Methoden nicht versuchte.

Literatur:

Bejarano: Actas dermosifiliogr. Jahrg. 16, Nr. 2, 1924.
Berndt, Fritz: Zbl. f. Chir. Jahrg. 51, Nr. 49, 1924.
Bieber, Joseph: Med. journ. a record. Bd. 119, Nr. 11, 1925.
Bloch, Dr. Ivan: Die Praxis d. Hautkrankh. Unna's Lehren. Verlag Urban u. Schwarzenberg, 1908.
Prof. A. Buschke und E. Langer: Med. Klin. Nr. 24, Jahrg. 1922.
Canon: D. m. W. Jahrg. 50, Nr. 29, 1924.
Canon: D. m. W. Jahrg. 51, Nr. 23, 1925.
H. Ronald Carter: Lancet. Bd. 206, Nr. 9, 1924.
Lloyd B. Dickey: Arch. of pediatr. Bd. 43, Nr. 3, 1926.
Oscar Ganz: Histologie d. Hautkr. Verlag J. Springer, 1925.
Hammer: M. m. W. Jahrg. 72, Nr. 19, 1925.
Junkermann, Karl: M. m. W. Jahrg. 73, Nr. 14, 1925.
Lautman: Ann. des maladies de l'oreille, etc. Bd. 42, Nr. 9, 1923.
Läwen, A.: Zbl. f. Chir. Jahrg. 50, Nr. 39, 1923.
Lutz, K.: D. m. W. Jahrg. 52, Nr. 43, 1926.
Makai: Arch. f. klin. Chir. Kongreßbd., 1922.
Makai: D. m. W. Nr. 35, 1923.
Morian: Zbl. f. Chir. Jahrg. 48, Nr. 15, 1921.
Nicolas, J. — Gate, J. u. Dupasquier: Bul. de la soc. franc. de dermatol. et de syphiligr. Nr. 4, 1924.
Nourney: Zbl. f. Chir. Nr. 26, 1923.
Nourney: Zbl. f. Chir. Nr. 44, 1926.
Orlowski: Med. Klin. Nr. 31, 1924.
Petrovic, M.: Serb. Arch. f. d. ges. med. Jahrg. 26, H. 4, 1924.
Phillips, Sidney: Lancet. Bd. 200, Nr. 2, 1921.
Poljak: Wratschebnoje djelo. Nr. 10—11, 1925.
Harry, Schütz: D. m. W. Jahrg. 50, Nr. 27, 1924.
Simon, Fritz: Derm. Wochenschr. Bd. 82, Nr. 20, 1926.
Thalhimer, William: Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 76, Nr. 5, 1921.
Thibierge, Georg und Pierke Legrain: Clinique, Jahrg. 18, Nr. 22, 1923.
Weinzierl: D. m. W. Nr. 38, 1921.
Wertheimer, H. G.: Atlantic med. journ. Bd. 29, Nr. 7, 1926.
Zieler, Karl: D. m. W. Jahrg. 52, Nr. 17, 1926.

Einiges über den Plattfuß.*)

Von

Prof. Dr. MOMBURG-Bielefeld.

Es gibt wohl kein Krankheitsbild, über das von berufener und besonders von unberufener Seite soviel geschrieben worden ist, wie über den Plattfuß. Was besonders von Laienseite auf diesem Gebiete

[1]) Nach einem im Aerzteverein Bielefeld und Umgegend gehaltenen Vortrag.

geleistet worden ist, möchte ich Ihnen an zwei Beispielen dartun, die Sie alle selbst miterlebt haben.

In Ihrer aller Erinnerung ist die ungeheuere Reklame, die vor Jahresfrist mit der „Pneumette" getrieben worden ist. Der Zweck dieser Reklame ist erreicht insofern, als ein ungeheurer Umsatz erzielt wurde. Heute spricht kein Mensch mehr von dieser „Pneumette."

Weiter haben die Schuhwarengeschäfte angefangen, eigene Röntgeneinrichtungen anzuschaffen, und mit großsprecherischer Reklame wird auf diesen „Fortschritt" hingewiesen. Das liebe Publikum, welches ja jedes gedruckte Wort als absolute Wahrheit hinnimmt, läßt sich durch diesen Schwindel gern täuschen. Nun ist uns Aerzten bekannt, wie schwierig die Deutung von Röntgenbildern ist, und man kann sich ungefähr eine Vorstellung machen, welch ein ungeheurer Unsinn von diesen Laien aus diesen Röntgenbildern herausgedeutet worden ist.

Ich will heute weniger über die schweren Formen des Plattfußes sprechen, die vielleicht am besten operativ angegangen werden, als vielmehr über das Anfangsstadium des Plattfußes, den Knickfuß. Im Umang mit den Kranken ist es besser, niemals das ominöse Wort „Plattfuß" zu gebrauchen, das für den Kranken immer einen häßlichen Beigeschmack hat, sondern lieber von einem mehr oder weniger starken Knickfuß zu sprechen.

Zur Diagnose möchte ich zwei Punkte anführen: die Fußsohlenabdrücke halte ich zur Diagnosenstellung für ziemlich wertlos, da bei beginnendem Knickfuß das Fußgewölbe noch gut erhalten ist, und weil ein fleischiger Fuß sehr wohl einen Abdruck geben kann, der einem Plattfuß entspricht. Viel sicherer ist das Betrachten der parallel gestellten Füße von der Hinterseite aus. Wir sehen beim normalen Fuß, daß die durch die Mitte der Wade und die Mitte der Calcaneus gelegte Linie einen nach innen offenen Winkel oder eine Gerade bilden, beim Knickfuß bilden diese Linien einen nach außen offenen Winkel.

Nicht zu vergessen ist, daß bei beginnendem Knickfuß die Beschwerden oft viel größer sind als bei schwerstem Plattfuß. Leute mit schwerstem Plattfuß können ohne Beschwerden die größten Märsche machen, während der beginnende Plattfuß oft die heftigsten Schmerzen verursacht. Sodann muß man daran denken, daß sämtliche Beschwerden der Füße, Knie und Hüften durch den Knickfuß als statische Beschwerden erklärt werden können. Eine richtige Einlage beseitigt oft diese Beschwerden schlagartig. Interessant ist es, daß von gynäkologischer Seite neuerdings auch die Kreuzschmerzen bei Frauen oft als Knickfußfolge erkannt sind.

Ich will hier nicht auf die Statik des Fußes eingehen; für mich ist kein Zweifel, daß die alte Lehre von dem Stützpunkt des Fußes, nämlich Köpfchen von I und V, falsch ist, wie sie von Seitz, Muskat und neuerdings von Hohmann vertreten wird. Diese Versuche von Seitz zur Feststellung der Stützpunkte, im sog. Spiegelversuch, sind in ihrer ganzen Anlage verfehlt und unklar und führen zu Trugschlüssen, wie ich dies in meiner Arbeit: „Der Gang des Menschen und die Fußgeschwulst"[2]) auseniandergesetzt habe. Auch die Lehre vom Quergewölbe des Fußes im Gebiete der Köpfchen der Mittelfußknochen ist unklar und falsch. Ein Quergewölbe im Gebiete der Köpfchen der Mittelfußknochen gibt es nicht. Die vorderen Stützpunkte des Fußgewölbes sind die Köpfchen der zweiten und dritten Mittelfußknochen.

Für die Entstehung des Knickfußes kommen hauptsächlich drei Ursachen in Betracht:

1. Die Rachitis, die durch die immer weiter um sich greifende falsche Ernährung und das Wohnungselend bedingt ist.

2. Das Anwachsen der Städte mit dem harten Pflaster und Asphalt, dem die Elastizität des gewachsenen Bodens fehlt.

3. Das Schuhzeug, besonders das der Damen, das ich Ihnen nicht zu beschreiben brauche.

Sehen wir heute in den Schuhgeschäften die Auslagen der schönen, in die Augen stechenden Schuhe, so ahnen wir nicht, daß alle diese Schuhe über Leisten gearbeitet sind, die direkt den Fuß in Valgusstellung hineindrängen, also die Bildung des Plattfußes begünstigen. Darauf hingewiesen zu haben, ist das große Verdienst von Weinert (Magdeburg)[3]). Er nennt diese allgemein im Gebrauch befindlichen Leisten „Valgusleisten"; er hat einen neuen Leisten konstruiert, den sog. „Varusleisten" und nennt den danach gefertigte Schuh: „Varusschuh."

Mit dieser Feststellung Weinerts wäre nun eigentlich die Prophy laxe des Knick- resp. Plattfußes in idealer Weise gelöst, wen wirklich nur noch solche „Varusschuhe" fabriziert würden. Davo sind wir aber noch weit entfernt. Welche Ursache hat es nun, da die Fabriken die glänzende Idee Weinerts nicht sofort auffassen Die Gründe hierfür liegen auf wirtschaftlichem Gebiete: die Mod wäre ausgeschaltet, die zahllosen Vorräte an alten Valgusschuhe könnten nicht mehr verkauft werden, die Fabriken haben kein Inte esse daran, daß jeder nur 1—2 Paar Schuhe im Gebrauch hat. Ic glaube, nicht zuviel zu sagen, daß dieser „Varusschuh" den Fabrike das Geschäft verderben würde. Es geht hier wie auf vielen andere Gebieten: erkannte Wahrheiten gelangen nicht zur Durchführun weil einige wenige, wirtschaftlich interessierte Leute mit „all Mitteln" die Durchführung zu verhindern wissen, nicht zum Sege ihrer Mitmenschen. Solange also noch die alten „Valgusschuhe" g tragen werden, kommt es darauf an, eine einfache Einlage zu finde die die Valgität des Fußes beseitigt.

Ich habe im Jahre 1910 ein neues Prinzip bei Behandlung d Plattfußes eingeführt, nämlich, daß es nicht darauf ankommt, d Gewölbe seitlich zu heben, sondern, daß es genügt, den Hacken wied in Varusstellung zu bringen, und daß sich dann das Fußgewölbe v selbst wieder herstellt. Auf Grund dieses Prinzips hatte ich ei Einlage konstruiert und damals in der Hufeland-Gesellschaft in Berli demonstriert.[4])

Der Hackenteil bestand hier aus Gummi, hatte aber den große Nachteil der Schwere und der folgenden Deformität der Schuhe durc Abrutschen des Fußes nach der Seite. Im Kriege ist die Fabrikatic eingeschlafen infolge Gummimangels. Durch die Arbeit Weiner habe ich dieses Prinzip wieder aufgefaßt und nunmehr eine Einlag konstruiert, die sehr leicht ist, das Abrutschen des Hackens nac außen verhindert und in jeden Schuh eingelegt werden kann. Vc rein orthopädischer Seite wird betont, daß die Plattfußeinlage fi jeden Fuß besonders hergestellt werden müsse, also die fabrikmäßig Herstellung der Einlage verurteilt. Das ist für den Knickfuß sich übertrieben, auch Weinerts „Varusschuh" wird ja fabrikmäßig he gestellt. Für schwere Plattfüße ist allerdings die individuelle Ei passung der Einlage erforderlich.

Ich kann die von der Firma A. Festerling-Bielefeld, Viktori straße 6, hergestellte Einlage nach den bisherigen Erfahrungen n empfehlen.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 28, 9. Juli 1927.

Grundsätzliche Fragen zur Ernährung des Kindes. Für die E nährung des Kindes bildet eine quantitativ ausreichende Zufuhr d Nährstoffe der bekannten vier Gruppen die Grundlage. Dabei i

---

[2]) Hirschwald, Berlin 1908.

[3]) Die Verhütung des Knickfußes usw. J. Springer, Berlin 1923. Die Med. Welt 1927, Nr. 3 ff.

[4]) Deutsche med. Wochenschrift 1910, Nr. 27.

[da]s natürliche Verhältnis der Nährstoffe untereinander zu beachten. [E]s ist unzweckmäßig, den einen oder den anderen Nährstoff ein[s]itig bei der Ernährung zu bevorzugen, in Sonderheit nicht die [E]iweißstoffe. Die Qualität der Nährstoffe ist von großer Bedeutung. [F]ür die Qualitätsfrage scheint neben der chemischen Zusammen[se]tzung auch der physikalische Aufbau der Nährstoffe wichtig zu [se]in. Die Kost des Kindes soll eine möglichst gemischte und viel[se]itige sein. Die direkte Sonnenwirkung rückt in den Kreis der [Er]nährungsfaktoren ein. Die neuesten Beobachtungen sprechen da[fü]r, die rohe Kost mit ihren wertvollen natürlichen Nährstoffver[bin]dungen mehr, als in den letzten Jahrzehnten der Fall war, bei [de]r Ernährung des Kindes zu berücksichtigen.

[Das] **Wesen der Blutgerinnungsstörung bei schwerer Erkrankung des [Le]berparenchyms.** Nach den Untersuchungen des Verfassers ist es [ni]cht von der Hand zu weisen, daß die schwergeschädigten Leber[ze]llen Stoffe im Sinne gerinnungshemmender Substanzen produzieren [kö]nnen. Bei den Untersuchungen von Frank und Hartmann über [da]s Wesen der Hämophilie hatten sie angenommen, daß im Blute [de]s Normalen ein Gleichgewichtszustand der stabilisierenden und [ak]tivierenden Substanzen vorhanden sein müsse. Ist dieses Gleich[ge]wicht gestört, wie bei der Hämophilie, und zwar zugunsten der [St]abilisatoren, so entsteht eine Anomalie des Gerinnungsvorganges. [De]mnach wäre es möglich, daß die Leberzellen beim Gesunden die [ge]rinnungshemmenden Stoffe nur in einer minimalen Quantität in [di]e Blutbahn schicken, um die Gerinnung innerhalb der Blutzirku[lat]ion zu verhindern. Sind die Leberzellen erkrankt, so verlieren [si]e temporär die Fähigkeit, das normale Gleichgewicht der Stabili[sat]oren und Aktivitoren aufrecht zu erhalten, d. h. die gerinnungs[he]mmenden Stoffe zu retinieren, und das Blut wird von diesem über[sc]hwemmt. Daher erblickt der Verfasser das Wesen der „cholä[mi]schen" Gerinnungsstörung in der Unfähigkeit der erkrankten [Le]berzellen zur Dosierung der gerinnungshemmenden Substanzen.

Resynthese der Milchsäure bei Kreislaufkranken. Infundiert man [ein]em Menschen etwa 200 ccm 2 proz. Natr. Lactatlösung intra[ve]nös, so kommt es nur zu einer ganz geringfügigen Erhöhung des [Mi]lchsäurespiegels, die innerhalb weniger Minuten verschwindet.

Im Blute eines kreislaufdekompensierten Patienten kommt es [na]ch einer Infusion zu einer Erhöhung bis auf den dreifachen Betrag [de]r vorher vorhandenen Milchsäure. Der Abfall auf den normalen [W]ert ist oft nach 20 Minuten noch nicht erreicht. Die Stärke der [E]rhöhung, sowie die Länge der Dauer ist proportional der Stärke [de]r Dekompensation.

Die Erscheinung wird auf eine Schädigung in der Resynthese[fä]higkeit der Muskulatur zurückgeführt.

Die Schädigung ist reversibel; denn im Organismus eines kom[pe]nsierten Kreislaufkranken kommt es nur zu einer ganz geringen [ku]rzdauernden Erhöhung des Milchsäurespiegels.

Der Kalium- und Kalziumgehalt des Gesamtblutes bei Blutkrank[he]iten. Der Kaliumgehalt des Gesamtblutes ist zweifellos abhängig [vo]n der Erythrozytenzahl im Blut; je geringer die Zahl der Erythro[zy]ten, desto niedriger liegt auch der Kaliumspiegel des Gesamtblutes. [D]as gilt für alle Krankheitszustände, welche mit einer Verringerung [de]r Erythrozytenzahl einhergehen. Wo eine Hyperglobulie besteht, [is]t auch der Kaliumspiegel des Gesamtblutes abnorm hoch. Der [Ka]liumspiegel des Blutserum steht in keiner zahlenmäßigen und [dir]ekten Beziehung zum Kaliumspiegel des Gesamtblutes; der Kalium[ge]halt des Blutserums scheint um so größer zu sein, je ausgiebiger [de]r Blutkörperchenzerfall ist, so daß die Höhe des Kaliumspiegels [im] Serum möglicherweise einen Anhalt für die Feststellung bieten [kö]nnte, ob es sich gegebenenfalls um eine aplastische oder hämo[ly]tische Anämie handelt. Der Kalziumspiegel des Gesamtblutes liegt [be]i jenen Kranken, welche eine Anämie aufweisen, fast durchweg [ni]edriger, als es der Norm entspricht. Eine ausgesprochene Relation [zw]ischen der Höhe des Kaliumspiegels im Gesamtblut und der Größe [de]s Kalziumgehaltes des Gesamtblutes besteht nicht.

Kardiovaskuläre Schädigungen und Urämie beim Coma dia[be]ticum. Der Tod im Koma bzw. nach erfolgter Beseitigung des [Ko]ma erfolgt in einer Reihe von Fällen an der dabei sich einstellen[de]n Herz- und Kreislaufschwäche, unter Hinzutreten von ausge[sp]rochen urämischen Erscheinungen. In einer kleineren Anzahl der [Fä]lle treten die kardiovaskulären Schädigungen besonders früh[ze]itig in den Vordergrund, so daß der letale Ausgang ohne Auf[tre]ten von urämischen bzw. der anderen für ein vollausgebildetes [Co]ma diabeticum charakteristischen Symptomen erfolgen kann. Die [Ur]sache der Anhäufung der Eiweißabbauprodukte ist neben der ana[to]misch relativ geringen Nierenschädigungen wahrscheinlich auch [in] Störungen des intermediären Eiweißstoffwechsels zu suchen.

Wirkungsmechanismus der Proteintherapie. Die Verfasser ziehen [au]s ihren Untersuchungen den Schluß, daß durch Heteroproteininjek[tio]nen in geeigneten Dosen eine Desensibilisierung des Organismus [er]folgt, und dadurch alle Krankheitserscheinungen, die auf Grund eines allergischen Zustandes entstehen, verschwinden müssen. Dies ist sicher der Fall bei der Behandlung der sog. anaphylaktischen Krankheiten (Asthma bronchiale usw.), des Typhus abdominalis, wahrscheinlich auch der Hypertonie und noch anderen Krankheiten. Verfasser wollen nicht sämtliche Erscheinungen der Proteintherapie mit der Desensibilation erklären, sie sind überzeugt, daß hierbei auch Faktoren komplexer Natur mitspielen, doch glauben sie, daß die weitere Forschung eine viel ausgedehntere Rolle der Sensibilation bei Entstehungen von Krankheiten ergeben wird, als man jetzt voraussetzt, und daß die Desensibilation als eine der wichtigsten Faktoren sowohl der spontanen wie der künstlichen Heilung erscheinen wird.

Insulinbehandlung der Schwangerschaftstoxikosen. Die reine Insulintherapie hat nur symptomatischen Wert. Die gleichzeitige Zufuhr von Insulin und Glukose dagegen, die Kombinationstherapie, stellt eine ätiologische Therapie dar. Beide Verfahren erfordern dauernde ärztliche Ueberwachung, mit fortlaufender Untersuchung des Blutes und des Harns und eignen sich daher vorerst nur für die Klinik. Bei leichten Fällen von Hyperemesis ist vielleicht ein Versuch mit der reinen Insulintherapie unter klinischer Beobachtung erlaubt. Bei allen schweren Fällen sollte man von vornherein die Insulintherapie mit der Glukosezufuhr kombinieren. Die Glukose wird am besten intravenös einverleibt. Die Dosierung richtet sich nach dem Allgemeinzustand, dem Körpergewicht, dem Grade der Azetonurie und der Azidosis des Blutes. Vor der Unterbrechung der Schwangerschaft sollte jedenfalls ein Versuch mit der Methode gemacht werden.

Bei der Eklampsie geht man im allgemeinen individualisierend vor. Für alle schweren Fälle ist zweifellos nach wie vor die baldige, schonende Entbindung das Verfahren der Wahl. Mit der Entbindung hören in den meisten Fällen die Anfälle auf. Wenn sie aber ausnahmsweise fortdauern, so kann hier die kombinierte Therapie mit Insulin und Glukose einsetzen. Die Dosierung des Insulins und der Glukose und ebenso die Art der Zufuhr muß von der Schwere des Krankheitsbildes und von dem Harn- und Blutbefunde abhängig gemacht werden. Ob bei leichteren und mittleren Fällen von Eklampsie, welche meist nach den verschiedensten Methoden konservativ mit guten Erfolgen behandelt werden, die Insulin- und Glukosezufuhr größere Vorteile bietet, muß durch weitere Erfahrungen geprüft werden. Gegenüber der vielgeübten Narkosetherapie der Eklampsie, welche immer nur einen symptomatischen Wert haben kann, hat die Insulinglukosetherapie doch den großen Vorteil, daß sie nach der heutigen Auffassung über die Entstehung der Schwangerschaftstoxikosen weitgehend als eine ätiologische Therapie angesehen werden darf. Unter den zahlreichen, täglich sich noch vermehrenden, Indikationen für die Insulintherapie bei nichtdiabetischen Erkrankungen steht die Insulintherapie der Schwangerschaftstoxikosen hinsichtlich der theoretischen Begründung und der bisherigen Erfolge mit an hervorragender Stelle.

Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 28, den 8. Juli 1927.

Das gewebsbiologische Verhalten der Scharlachstreptokokken. Die aus 40 Scharlachfällen herausgezüchteten Streptokokken zeigten bei der Prüfung am Kaninchen nach der früher vom Verfasser beschriebenen Methode kein einheitliches gewebsbiologisches Verhalten. Sie wiesen teils den Typus I, teils den Typus II des Einteilungsprinzips des Verfassers auf.

Es scheint, daß bei Scharlachfällen mit Anina lacunaris und necroticans vorwiegend Streptokokken vom Typus II, bei Scharlachfällen mit Angina catarrhalis und ohne Angina vorwiegend Streptokokken vom Typus I auf den Tonsillen vorhanden sind.

Bei vier Scharlachfällen in einer Familie wurden aus dem ersten Fall (mit abszedierender Angina) Streptokokken vom Typus II und stark hämolytischem Vermögen, aus den drei folgenden Fällen (die nur Angina catarrhalis bzw. keine Angina hatten) Streptokokken vom Typus I isoliert, die teils anhämolytisch, teils nur geringgradig hämolytisch waren.

Die untersuchten 40 Scharlachstreptokokkenstämme zeigten auf Hammelblutagar und Pferdeblutagar häufig ein ungleiches Verhalten im Hämolysevermögen. Es fanden sich Stämme, die auf beiden Blutagarsorten keine Hämolyse erzeugten, und Stämme, die bald auf dem einen, bald auf dem anderen Blutagar keine oder nur sehr geringfügige Hämolyse bildeten.

Weder das Hämolysevermögen noch das gewebsbiologische Verhalten der Streptokokken läßt eine Beziehung erkennen zu ihrer Fähigkeit, das sog. Dick-Toxin zu bilden.

Das sogeannte Dick-Toxin, dessen Existenz unbestreitbar ist, ist weder hinsichtlich seiner Wirkungsart scharf charakterisiert und ist von anderen löslichen Streptokokkentoxinen nicht deutlich abgrenzbar.

Trotz der verwickelten Verhältnisse, die sich aus obigen Feststellungen ergeben, bleibt die praktisch wichtige Tatsache bestehen, daß im Krankheitsbild des Scharlachs lösliche Streptokokkentoxine (das „Dick-Toxin") eine wesentliche und entscheidende Rolle spielen, und daß die durch Immunisierung von Pferden gegen diese Toxine erzeugten antitoxischen Heilsera eine hervorragende therapeutische Wirkung entfalten.

Erfahrungen mit dem Scharlachheilserum der Marburger Behring-Werke. Das Scharlachheilserum der Marburger Behring-Werke ist ein antitoxisches, kein bakterizides Serum. Es entfaltet bei mittlerer Dosierung (25—50 ccm) deutliche antitoxische Wirkung. Massivere Dosen sind bei schwer toxischen Fällen zu empfehlen. Seine Wirkung auf den Allgemeinzustand (Temperatur, Angina, toxische Symptome) derjenigen Fälle, bei denen noch keine Komplikationen vorhanden sind, ist rasch und sicher, ist rasch und sicher. Weniger ausgesprochen ist seine Wirkung auf das Exanthem. Seine vorbeugende Wirkung auf die Primärkomplikationen ist unverkennbar. Doch sieht man keine direkte Verhütung der Nachkrankheiten.

Reïnokulationsversuche am syphilitischen Kaninchen. Bei einer größeren Anzahl syphilitischer Kaninchen, die im Frühstadium des Primäraffekts einer sehr intensiven Quecksilberbehandlung unterzogen worden waren, wurden 4—12 Monate nach der Infektion nacheinander Drüsenverimpfungen und Reïnokulationen mit homologem Virus vorgenommen. Dabei ergab sich eine weitgehende Uebereinstimmung zwischen den Resultaten der beiden Methoden.

Kreuzimpfungen zwischen einem alten Kaninchen-Syphilisstamm und einem vor kurzer Zeit aufs Kaninchen übertragenen ergaben das vollständige Uebergewicht des ersteren: Tiere, die mit dem alten Stamm vorgeimpft waren, bekamen bei späterer Wiederimpfung mit dem neuen niemals Primäraffekte: Tiere, die mit dem neuen Stamm vorgeimpft waren, bei Nachimpfung mit dem alten fast durchgängig.

Funktionelle Störungen der Duodenalperistaltik. Eine außerordentliche Steigerung der normalen peristaltischen Vorgänge am Duodenum läßt sich bisweilen bei Patienten mit Beschwerden im Oberbauch feststellen. Diese führt zu vorübergehender Passagestörung, verbunden mit Pendelbewegungen des Duodenalinhaltes. Auf Grund von 17 beobachteten Fällen scheint die Annahme berechtigt, daß diese Erscheinung durch Erkrankungen der Nachbarorgane des Duodenums ausgelöst werden kann. Sie kann aber auch rein funktionelle Erkrankung des Duodenums an sich darstellen.

Röntgenschwachbestrahlungen. Verfasser zeigt, daß nicht nur die Milzbestrahlung bei Blutungen sowie die Therapie der klimakterischen Beschwerden und Neuralgien gute Erfolge zeitigen kann, sondern daß auch die Schwachbestrahlung der Ovarien, richtig angewandt, ihre Berechtigung trotz der Bedenken, die betreffs einer Keimschädigung von mancher Seite geäußert werden, haben wird.

Arnold Hirsch, Berlin.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 25, 24. Juni.

Stryphnonpräparate. Das Stryphnon ist ein Methylaminoketo das bei der Adrenalinsynthese als unmittelbare Vorstufe gewonne wird. Seine Wirkung ist im Prinzip die gleiche wie die des Adren lins, doch wirkt es erheblich schwächer. Hingegen hält seine Wirku wesentlich länger an und die Giftigkeit ist viel geringer als die d Suprarenins. Durch Stryphnongase lassen sich parenchymatöse od kapilläre Blutungen stillen, ohne daß Nachblutungen wie beim Adr nalin auftreten. Die gefäßverengernde Wirkung hält so lange an, d die kleinen und kleinsten Gefäße durch Thromben verschlossen we den können. Selbst wenn große Mengen der Gaze zur Tamponac verwendet werden, zeigen sich keine Zeichen einer Allgemei schädigung. Durch diese Art der Tamponade wird das Gewebe keiner Weise geschädigt, selbst wenn die Tampons erst nach 4– Tagen entfernt werden. Infolge der Anämisierung treten nur gewis Farbenveränderungen der einzelnen Gewebsarten auf, die keineswe auf eine Ernährungsstörung schließen lassen. Besonders bewährt h sich die Stryphnontamponade bei Wunden der Leber, nach Tonsil ektomie und Prostatektomie. Durch Zusatz von Jodoform z Strychnongaze ist der unangenehme Geruch zu beseitigen, der bei Liegenlassen der Tampons in der Nasen- oder Rachenhöhle na 24 Stunden durch Einwirkung der Bakterienflora erzeugt wird. W es angängig ist, eine Wunde nach Stillung der Blutung vollständig schließen, kann das Stryphnonpulver (Mischung von Str. und Knoche asche) der Gaze vorgezogen werden, das ungemein hygroskopis ist und restlos resorbiert wird. Blutungen aus dem Knochen werd durch dieses Pulver mit Sicherheit gestillt, so daß bei der Operati der chronischen Osteomyelitis die nach Auskratzung bluten Knochenhöhle nicht mehr mit Jodoformgaze fest zutamponiert werd braucht und so die Heilungsdauer nach einer Sequestrotomie um vie Wochen verkürzt werden kann. Befriedigende Ergebnisse werden der Zahnheilkunde mit der in Form von Pellets verwendet Stryphnonwatte erzielt. Mehrfach konnten sonst unstillbare Blutung nach Zahnextraktion bei Hämophilen zum Stehen gebracht werde

Durch Darreichung von Stryphnon per os (4—8 Tbl. zu 0,025 einem Viertelliter warmen Wasser, alle 10 Minuten einen Kaffeelöff konnten in zahlreichen Fällen Blutungen aus Magengeschwüren g stillt werden. Bei Blutungen durch Arrosion eines größeren Gefäß dürfte jedoch diese Medikation im Stich lassen. Blutungen aus de untersten Dickdarm oder dem Rektum sind durch Spülung n Stryphnonlösung (1,0 g auf 1 l Wasser) erfolgreich zu bekämpfe Durch Füllen der Blase mit 0,1% Lösung kann eine Blutung beseiti werden, durch die eine zystoskopische Untersuchung sehr erschwe oder gar unmöglich gemacht wurde. Besondere Vorteile bietet d Stryphnon bei der Behandlung der verschiedenen durch Hämorrhoid hervorgerufenen Störungen. (Stryphnonzäpfchen im Frühstadium, b den geringfügigen, häufigen Blutungen infolge Ulzeration d Knötchen; Einführung eines mit Stryphnongaze umwickelten Sto rohres bei stärkeren Blutungen.) Das Abschwellen der nach A klingen entzündlicher Prozesse an den Hämorrhoidalknoten zurüc bleibenden ödematösen Wülste wird durch Gebrauch der Stryphno zäpfchen wesentlich beschleunigt.

Bisher ist es noch nicht gelungen, eine Dosierung zu ermittel in der das Stryphnon imstande ist, das Adrenalin bei der Loka anästhesie zu ersetzen. Bei intramuskulärer und intravenös Injektion tritt die blutdrucksteigernde Wirkung des Mittels prom in Erscheinung. Klinisch hat sich die intravenöse Zufuhr (2,2 cc der 0,05 % Lösung) bei postoperativen Herzstörungen und bei d toxischen Vasomotorenlähmung infolge Peritonitis — zumal in Ve bindung mit Digitalispräparaten — außerordentlich bewährt. Hervo ragend wirkt die intravenöse Injektion bei Hämoptoe, indem all schwerste, lebensbedrohliche Blutungen sofort zum Stillstand g bracht werden. Das Mittel kann unbedenklich mehrmals am Ta gegeben werden. Es empfiehlt sich, der ersten intravenösen Injekti mehrere subkutane Einspritzungen folgen zu lassen, falls sich na mehreren Stunden erneut etwas frisches Blut zeigen sollte.

Nr. 26, 1. Juli.

Aurophosbehandlung bei Lupus vulgaris, Lupus erythematodes und Tuberkuliden. Ein beträchtlicher Teil der Lupus erythematodes-Fälle konnte durch dieses Goldpräparat sehr günstig beeinflußt werden. Schon nach den ersten Injektionen war eine Veränderung der z. T. recht ausgedehnten und lange bestehenden Krankheitsherde erkennbar. Besonders günstig sind die Erfolge mit Aurophos bei dem Erythema induratum Bazin, die in der Weise mit anderen Behandlungsmethoden nicht zu erzielen sind. Bei sehr schwerem Lupus vulgaris konnte eine wesentliche Besserung nicht herbeigeführt werden, wenn auch die Herde nach den ersten Injektionen den exsudativen Charakter verloren und Ulzerationen verschwanden. Zur Vermeidung von Nebenwirkungen (Allgemeinerscheinungen, Nierenreizung, Dermatitis) ist ein Einschleichen mit dem Mittel erforderlich (Beginn mit 1 mg und Steigerung innerhalb 14 Tagen auf 0,1 g intravenös). Die Höchstdosis von 0,1 g wird dann wöchentlich zweimal verabfolgt. Die zur Heilung notwendige Gesamtmenge wechselt im Einzelfall außerordentlich. Inwieweit die Aurophoserfolge Dauerheilungen sind, läßt sich erst nach Jahren beurteilen, da noch Spätrezidive sich gelegentlich einstellen. Vielleicht erweist sich eine intermittierende Behandlung nach Art der Salvarsantherapie als notwendig.

Behandlung der Perforationsperitonitis mit Aether. Auf Grund der Erfahrung an 113 Fällen schwerer Perforationsperitonitis wird in der Aethereingießung ein wertvolles Hilfsmittel gesehen, das der Salzsäurepepsinanwendung gleichzustellen ist. Bei richtiger Technik (Aufgießen von höchstens 100 ccm Narkoseäther auf den Infektionsherd und die anliegenden Darmschlingen oder Organe) sind Komplikationen vermeidbar. Eine Schockwirkung ist nicht zu befürchten, wenn stets nach der Aethereingießung drainiert wird, um den überschüssigen Aether abdampfen zu lassen. Die Gefahr der Adhäsionsbildung besteht nicht. Die gute Wirkung des Aethers ist seiner bakteriziden Kraft, der intensiven Anreizung der Peristaltik sowie seiner günstigen Beeinflussung des Allgemeinbefindens zuzuschreiben.

Biberfeld.

Zeitschrift für klinische Medizin.

105., Heft 5/6, Mai 1927.

Beziehungen zwischen Anatomie und Klinik des Diabetes insipidus. Bei strenger Sichtung der bisher vorliegenden Beobachtungen ergibt sich die Tatsache, daß eindeutige Fälle von Diabetes insipidus bei alleiniger Veränderung der Hypophyse vorkommen und daß andererseits auch bei ausschließlichen Zwischenhirnveränderungen bei unversehrter Hypophyse die Wasserharnruhr entsteht. Der Diabetes insipidus kann also durch Hypophysen- und durch Zwischenhirnerkrankungen ausgelöst werden. Hypophysenhinterlappen, Stiel, Infundibulum und Tuber cinereum bilden ein geschlossenes System, das den gesamten Wasser- und Salzhaushalt des Körpers reguliert. Jede Unterbrechung in diesem System — an beliebiger Stelle — kann zu der als Diabetes insipidus bezeichneten Störung führen. Für den normalen funktionellen Zusammenhang zwischen Hirnanhang und Zwischenhirn sprechen neuere histologische Untersuchungsbefunde, nach denen Hypophysenstiel und der Hinterlappen nicht wie ursprünglich angenommen vorwiegend aus gliösem Gewebe bestehen, sondern daß sich Achsenzylinder darstellen lassen, die von den infundibulären Ganglien und Kernen des Tuber in den Hinterlappen ziehen. Entwicklungsgeschichtlich ist die Pars nervosa der Hypophyse als ein an die Peripherie vorgeschobenes Stück Gehirn — ähnlich wie Netzhaut und Opticus — aufzufassen und stellt eine Ausstülpung des Hypothalamus dar. Die Arbeitsweise des Systems ist noch nicht klargelegt (Regulation der Zwischenhirnzentren durch das in den dritten Ventrikel fortgeleitete Hypophyseninkret? Beeinflussung der Hypophysensekretion durch den Hypothalamus als übergeordnetes Zentrum), wenn auch die Annahme eines „neuro-endokrinen" Mechanismus am meisten Wahrscheinlichkeit besitzt. Die Beeinflussung der Peripherie, des Gewebsstoffwechsels durch das System vollzieht sich wahrscheinlich auf nervösem Wege.

Trotz gewisser konstanter Grundzüge wechselt die klinische Erscheinungsform des Diabetes insipidus außerordentlich. Konzentrationsvermögen und Ausfall des Durstversuches, Größe der absoluten Salzausscheidung, Reaktion auf Pituitrin und Kochsalzzulagen sowie das Verhalten des Kochsalzspiegels im Blut können beim echten Diabetes insipidus gänzlich verschieden sein. An Hand von drei sehr genau klinisch und anatomisch untersuchten Fällen wird die Frage zu entscheiden versucht, ob den verschiedenen klinischen Bildern der Wasserharnruhr bestimmt gelegene anatomische Veränderungen innerhalb des Hypophysen-Zwischenhirn-Systems entsprechen, ob die Lokalisation der Erkrankung die Art der klinischen Störung entscheidet. Ein Zusammenhang scheint nach dem bisher vorliegenden Material nur insofern zu bestehen, als die Zerstörung des Hypothalamus für die verminderte Wasserbindung im Gewebe verantwortlich zu machen ist. Die alleinige Zerstörung der hypophysären Teile ruft anscheinend das als hypochlorämischen Diabetes insipidus beschriebene Krankheitsbild hervor. Diese Zusammenhänge können jedoch nicht als Gesetzmäßigkeiten gelten. Der Diabetes insipidus ist ein Komplex gestörter Teilfunktionen der vegetativen Zentren. Eine Eingruppierung in die bisher üblichen Einteilungssysteme ist nicht geeignet, die klinische Grundstörung zu erkennen. Die Analyse ist in jedem einzelnen Fall notwendig, um den wechselnden Anteil der einzelnen Störungen an der Kombination der verschiedenartigsten Funktionsanomalien des Wasser- und Salzstoffwechsels beurteilen zu können.

Milchartige Ergüsse. Nach der chemischen Zusammensetzung, den physikalischen Eigenschaften und dem mikroskopischen Bild sind drei Arten von milchartigen Ergüssen zu unterscheiden. Durch Beschädigung der Lymphgefäße und den Erguß von Chylus (Trauma, Geschwülste, Tbc, Syphilis, Filaria sanguis) entstehen chylöse Exsudate. Der Hydrops chylosus bildet in zwei bis drei Tagen beim Stehen zwei Schichten, eine obere sahnenartige und eine untere durchsichtige. Beim Schütteln mit Aether oder Hinzufügen einiger Tropfen 10 % Aetzlauge klärt sich die Flüssigkeit (Fettauflösung). Beim Hinzusetzen von 1—2% Osmiumsäurelösung tritt eine Schwarz- oder Braunfärbung auf. Die Fettmenge beträgt 1—2 %, kann jedoch 8 % erreichen, wobei der Prozentsatz des in der Flüssigkeit enthaltenen Fettes und sein Schmelzpunkt von der Menge und der Art der mit der Speise aufgenommenen Fette abhängen. Im Mikroskop sind außer zahlreichen kleinen Fetttropfen wenige Lymphozyten sichtbar. Das Vorkommen von Zucker ist nicht für die chylöse Flüssigkeit charakteristisch.

Seltener als das chylöse findet sich das chyliforme, fetthaltige Exsudat infolge chronischer Entzündung seröser Häute bei Tbc., Lues, Geschwülsten, bei Leberzirrhose. Die milchige Farbe ist durch die Beimengung zerfallener, verfetteter Endothel-Geschwulstzellen oder Leukozyten bedingt. Vom Hydrops chylosus ist der Hydrops adiposus zu unterscheiden: durch die geringere Fettmenge, Unabhängigkeit der Farbe, des Prozentgehaltes an Fett und des Schmelzpunktes vor der zugeführten Fettart und Menge, im Mikroskop sind colostrumähnliche, größere Fetttropfen neben vielen kernlosen Zellen in den verschiedenartigsten Degenerationsstadien anzutreffen. Im Gegensatz zum chylösen Erguß sammelt sich der chyloforme erst sehr langsam nach der Punktion wieder an.

Unklar ist die Aetiologie der pseudochylösen Exsudate, die entweder kein Fett oder nur in sehr geringen Mengen enthalten (0,15 %). Sie sondern sich nicht beim Stehen in zwei Schichten, werden durch Aether nicht geklärt und durch Osmiumsäure nicht gefärbt. Im Mikroskop sind wenige Leukozyten und eine geringe Menge äußerst kleiner auf Fettfarbstoffe nicht reagierender Körnchen sichtbar (Eiweißkörper?).

Bei gleichzeitigem Eintritt von Fett aus dem Blut in die Köperhöhle, bei Lipämie kann die Unterscheidung zwischen chylöser und chyliformer Flüssigkeit sehr schwierig sein. Aeußerst selten geht die milchartige Trübung auf die gleichzeitige Anwesenheit von Fett, Lecithin und einer größeren Cholesterinmenge zurück, wie ein mitgeteilter Fall von Cholesterinpleuritis beweist. Biberfeld.

Die Aerztliche Praxis.

1. Jahrg., Heft 6, 1927.

* Eigenblutbehandlung bei septischen Prozessen. Linhart.
Welche sind die wichtigsten Ursachen der Kreuzschmerzen der Frauen? Kermauner.
Asthma cardiale. Singer.
Neuere Behandlungsmethoden der Chorea minor. Mautner.
* Behandlung zirkumskripter Hyperkeratosen. Kren.
Die Ernährung des gesunden Menschen in Beziehung zur Krankenernährung. Bauer.
Funktionsprüfung des Gehörorgans. Stein.
Kolloidchemie und Medizin (II). Pauli.
Gebärmutterbehandlung bei Gonorrhoe. Franz.
Schwindel. Erben.
Die Lebensprognose nach ausgeheilten Operationen. Schnitzler.

Eigenblutbehandlung bei septischen Prozessen. Die Erfahrungen des Verfassers sind ausschließlich mit der intramuskulären Injektion unveränderten frischen Blutes gemacht. Durch die erzwungene Resorption aus der Muskulatur tritt die stärkste Aktivierung aller wirksamen Stoffe ein. Technik: Aus der Kubitalvene entnommenes Blut wird meistens in die Außenseite der Oberschenkel intramuskulär injiziert. 20 cm³ ist die geringste Menge, die bei Erwachsenen wirksam ist, 120 cm³ die höchste. Um eine raschere, intensivere Wirkung zu erzielen, empfiehlt der Verfasser, die betreffende Blutmenge in kleineren Portionen an verschiedenen Stellen einzuspritzen. Man bedient sich am besten einer Spritze mit mindestens 20 cm³ und mit zwei dicken Kanülen, von denen die eine schon vor der Punktion der Kubitalvene in die Außenseite des Oberschenkels eingestochen ist. Auf diese Weise geht die Injektion rasch vor sich, und es wird dadurch eine Koagulierung in der Spritze vermieden. Bei beinahe 1000 mit Eigenblut behandelten Fällen waren die therapeutischen Resultate befriedigend. Eine Reaktion, ähnlich wie bei der Proteinkörpertherapie (Fieber, Schüttelfrost usw.) wurde bei keinem einzigen Fall beobachtet. Auffallend ist die Tatsache, daß auch bei den schwersten septischen Prozessen mit Reinkulturen von Bakterien im kreisenden Blute das injizierte Eigenblut stets absolut steril bleibt. Durch die Eigenblutbehandlung sind folgende Prozesse günstig zu beeinflussen: 1. entzündliche, eitrige, infiltrative und phlegmonöse Prozesse, wie Furunkel, Karbunkel, Mastitiden, Lymphadenitiden, Epididymitiden metastatischer Natur oder nach Katheterismus usw.; 2. akute Infektionskrankheiten: Erysipeloid (der Fleischer und Köchinnen), Angina, Stomatitis, postoperative Pneumonie, Gelenkrheumatismus, akute Zystitis, Pyelitis, gonorrhoische Arthritis, Sepsis usw. Angina tonsillaris kann auf eine einzige Injektion binnen weniger Stunden verschwinden. Ebenso gut reagiert die Mastitis und Pyelitis. Dagegen blieben die Injektionen bei Fällen schwerster allgemeiner Sepsis mit Endokarditis, multiplen Gelenkmetastasen usw. ganz ohne Wirkung. Was die E. Bl.-Behandlung der chronischen Infektionskrankheiten betrifft, so reagiert die Zystitis oft ausgezeichnet, ebenso die Alveolarpyorrhoe; auch bei einzelnen Fällen von chronischer Arthritis hat der Verf. sehr gute Resultate gesehen. Die E. Bl.-Behandlung bewirkt Temperatursenkung, Verschwinden von Drüsenschwellungen, Infiltrationen usw., rasche Abgrenzung und Abstoßung nekrotischer Massen sowie auffallende Besserung des Allgemeinbefindens.

Behandlung zirkumskripter Hyperkeratosen. Zur Entfernung der kleinen Papillome der Bartgegend empfiehlt der Verf. folgende Behandlungsmethode: Man depiliert die erkrankten Bartpartien mit folgender Depilationspaste: Ars. sulfurat., Amyli oryzae ana 25,0, Calc. vivae 15,0. Diese Paste, mit Wasser gemischt, läßt man einige Minuten einwirken. Mit der Depilation setzt man gleichzeitig eine wirksame Therapie gegen die Papillome, die bei täglicher Depilation nach der geschilderten Methode rasch kleiner werden und schließlich verschwinden. Das Krankheitsbild wird dabei spezifisch beeinflußt, und es kommt zu keiner blutenden Verletzung der Hyperkeratosen. Um zum Ziele zu kommen, führt man diese Behandlung längere Zeit durch. Für die behaarte Kopfhaut, wo die Depilation unmöglich ist, wird folgende Therapie empfohlen: Nach Kürzung der sichtbaren Papillome werden Waschungen mit 25%iger Salizylseife und nachträgliche Bepinselungen mit 5%igem Resorzinalkohol vorgenommen. Dies führt zu einer Schälung der Kopfhaut. Zwischendurch läßt man mit einer alkoholischen Lösung bepinseln, die ca. 20 % Liquor arsen. Fowleri enthält. Die in manchen Fällen nach diesen Pinselungen sich entwickelnden pustulösen Dermatitiden gehen durch die nachfolgenden Salizylseifenwaschungen und Resorzinalalkoholpinselungen wieder zurück. — Als bestes Verfahren gegen die harten Warzen nennt der Verf. deren Behandlung mit Kohlensäureschnee, der bei richtiger Dosierung die Warzen endgültig und fast schmerzlos beseitigt. Die Dauer der Kohlensäureschneeapplikation schwankt zwischen 30 Sekunden und 2 Minuten, je nach der Größe der Warze. Nur die großen Warzen der Handteller und Fußsohlen sind infolge der Hornschichtverdickung dieser Behandlungsmethode schwer zugänglich. Diese Lokalisationen sind chirurgisch zu entfernen. Die in großer Zahl Gesicht, Stirn und Rücken bedeckenden senilen Warzen gehen ebenfalls auf CO_2-Behandlung ganz ausgezeichnet zurück. Die Dosierung schwankt hier zwischen 8 bis 40 Sekunden. Die Behandlung setzt, wie bei den harten Warzen, eine exsudative Durchtränkung der Epidermis mit nachfolgender Abstoßung der Warze. Bei dunkel pigmentierten Individuen ist die Behandlung im Gesicht in den Winter zu verlegen, da diese durch die CO_2-Behandlung an den behandelten Stellen auch ihr Pigment verlieren. — Die Verrucae planae juveniles, die wie bei Kindern so auch bei Erwachsenen relativ häufig vorkommen, werden durch Radium ausgezeichnet beeinflußt. Schon durch einmalige Applikation einer Dosis, die nahe an die Erythemdosis heranreicht, kann man sie beseitigen; mitunter ist eine zweite Applikation, 14 Tage nach der ersten, notwendig.

E. Kontorowitsch.

Die Volksernährung.

2. Jahrg., Heft 10, 20. Mai 1927.

Beeinflussung der Leistungsfähigkeit durch richtige Ernährung. Dr. Robert Herbst.
Zur Einführung der modernen Ernährung in die Gaststättenbetriebe. E. Bechtel und P. Hammel.
* Ueber Pilze. Dr. Bodinus.

Ueber Pilze. Nach den neusten wissenschaftlichen Erfahrungen und Forschungen ist der Nährwert der Pilze dem der besten Gemüse gleichstehend.

2. Jahrg., Heft 11, 5. Juni 1927.

Bedeutung der Wochenend-Bewegung für Volksgesundheit und Volkswirtschaft. Dr. O. Aust.
* Vorschläge für zweckmäßige Verpflegung am Wochenend. Adele Lüderitz-Romelow.
Landwirtschaft und die Ernährung der Städte. Dr. Siemon.
Lebenshaltung minderbemittelter Familien in Hamburg 1925. Dr. Kürten.
* Pflanzen- oder Fleischeiweiß. Dr. M. Niermann.
Unfruchtbarkeit als Folge unnatürlicher Lebensweise. M. Kantorowicz.

Vorschläge für zweckmäßige Verpflegung am Wochenend. Man kann beobachten, daß man sich am Wochenend viel mehr erholt und leichter wandert, wenn die Ernährung einfach gehalten wird und man mehr den vegetarischen Speisezettel bevorzugt. Und die Hausfrau wird besonders dankbar sein, wenn auch sie mal ganz ausruhen und ihre Familie und die Natur genießen kann, ohne daß sie sich immer um das Essen zu sorgen hat. Devise sei: Einfachheit und Mäßigkeit, vorwiegend Obst, Milch, Schwarzbrot!

Pflanzen- oder Fleischeiweiß. Die hohen Anforderungen modernen Lebens an die Leistungsfähigkeit, Ausdauer und Gesundheit weisen gebieterisch zur Wahl einer guten und kräftigen Nahrung. Eine abwechslungsreiche gemischte Kost vereinigt die Vorteile beider Ernährungsweisen und bietet außerdem die Möglichkeit, Nachteilige der einen Kost durch Ausgleich der andern zu kompensieren. Eine gemischte Kost, die rohes Obst und Gemüse in reicher Abwechslung bevorzugt, garantiert eine genügende Zufuhr von Vitaminen und auch eine Ausnützung derselben. — Wichtig ist, das Gemüse richtig zuzubereiten, d. h. das Brühwasser des abgekochten Gemüses nicht etwa, wie das vielfach üblich ist, als wertlos fortzugießen, da bei dem Abkochen, besonders bei gleichzeitiger Kochsalzzufuhr, hochwertige Mineralstoffe ausgelaugt werden und dem Körper verloren gehen.

2. Jahrg., Heft 12, 20. Juni 1927.

Die Organisation der Forschung und der Volksaufklärung auf dem Gebiet der Ernährung. Dr. Helene Wastl.
Verteilung der Mahlzeiten. G. Lehmann.
Die Gemeinden und die Volksernährung. Bürgermeister Dr. W. Geuting.
* Neuzeitliche hygienische Milchversorgung. Dr. med. vet. F. Grüttner.

Ueber neuzeitliche hygienische Milchversorgung. Die Entwicklung der Milchversorgung ist in hygienischer Hinsicht darauf gerichtet, eine von gesunden Tieren stammende und sauber gewonnene

ilch unter Fernhaltung nachträglicher Infektion mit Krankheits- und erderbniskeimen dem Verbraucher zuzustellen. Welcher der hierzu ngewandten zwei Wege, nämlich die Abgabe roher oder erhitzter lilch, in absehbarer Zeit den Vorzug erhalten wird, läßt sich augenlicklich noch nicht mit Bestimmtheit sagen. Das anzustrebende Ziel nd auf alle Fäll Vorbedingungen, die den Genuß der Milch in rohem ustande rechtfertigen.

2. Jahrg., Heft 13, 5. Juli 1927.

Margarine im Lichte der modernen Ernährung. Unter Margarine ersteht das deutsche Reichsgesetz butter- oder butterschmalzinnliche Fabrikate, deren Fett nicht ausschließlich Milchbutter ist, ie der bekannte praktische Ernährungsforscher Prof. Dr. v. Noorden i seinem Handbuch der Ernährungslehre schreibt. Ein Teil der die largarine zusammensetzenden Fette wird jetzt häufig, zum Nachteil es Ganzen, aus dem Pflanzenreich entnommen (Kopra- oder Palmenutter). Der Ausgangspunkt guter Margarine ist Nierenfett vom chsen, das durch besondere Maßnahmen in den schwer schmelzaren „Preßtalg" und in „Oleomargarine" vom Schmelzpunkt 20—22° eschieden. Die letztere wird mit Wasser und Kuhmilch emulgiert, er aufgetriebene und zentrifugierte Rahm wird wie üblich veruttert, dann folgen die Zusätze anderer Fette (Sesamöl, Palmöl, vtl. auch Kuhbutter), je nach Verwendungszweck. — Margarine flegt wasserärmer, fett- und kochsalzreicher als Kuhbutter zu sein. us einwandfreiem Rohmaterial hergestellt und mit genügender orgfalt bereitet, ist die Margarine ein vortrefflicher Butterersatz, ygienisch nicht zu beanstanden. Seine Verdaulichkeit (Resorption) ommt der der Butter gleich, geschmacklich befriedigen die meisten 'räparate durchaus. — Auch nach dem Urteil anderer Sacherständiger der Ernährungsforschung unterscheidet sich die Margarine im Nährwert und in der Konsistenz fast gar nicht von der atürlichen Milchbutter, der größte Unterschied zwischen Margarine nd Naturbutter besteht in dem unzureichenden Gehalt an itaminen. Auch dieser Unterschied wird in Zukunft nicht nur vegfallen, sondern dank der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse vird die Margarine-Industrie in der Lage sein, ihr Fabrikat vitamineicher als Naturbutter herzustellen. Dazu war es allerdings erst ötig, nicht nur biologisch von Vitaminen zu sprechen, sondern ie auch chemisch und physikalisch, qualitativ und quantitativ, zu rfassen, wie es durch den Physiker Prof. Pohl-Göttingen auf Grund er chemischen Vorarbeiten von Prof. A. Windaus geschehen ist. Durch diese wurde das jetzt bekannt antirachitische D-Vitamin ubstanziell und qualitativ festgestellt. Man fand, daß dem Cholesterin, as sowohl in der Nahrung wie in der Haut der Tiere vorkommt, as Ergosterin beigemengt ist und daß dieses der gesuchte Stoff, as D-Vitamin ist. — Da nun die Margarine-Industrie bei der jetzigen Reinigung ihrer Oele mit Schwefelsäure das in ihnen enthaltene rgosterin völlig zerstört, muß in Zukunft verlangt werden, Margarine erzustellen, die das D-Vitamin enthält, und dieselbe Kontrolle über as D-Vitamin auszuüben, wie über die viel gröber nachweisbaren toffe, d. h. die physikalischen und chemischen Untersuchungsmethoden sind von einwandfreier Seite auf das D-Vitamin anzuwenden. So stellt z. B. ein großes Hamburger Margarinewerk seine itaminierte Margarine unter strengster Kontrolle des physiologischen nstituts der Universität her.

Fruchtsäfte ohne Konservierungsmittel. Fruchtsäfte in ihrer einsten Form sind nichts weiter als naturreine Säfte der Früchte, ır Nähr- und Genußwert steht damit auf der gleichen Stufe, wie die er Früchte überhaupt, d. h. sie sind nicht nur sehr bekömmlich und rfrischend, sondern durch ihren hohen Gehalt an Nährstoffen, Näralzen und Säuren für die Gesundheit im höchsten Grade förderlich nd übertreffen dadurch, daß sie von dem Zellgerüst der Früchte efreit sind, die Früchte selbst noch an diätetischem Wert. — Verf. ibt in seinen Ausführungen größeren Haushalten, für die sich die Herstellung lohnt, eine genaue Uebersicht und technische Anleitung, vie man heute Fruchtsäfte ohne Konservierungsmittel im engeren inne, haltbar herstellt. Im Anschluß daran gibt er eine kurze Ausvahl von Rezepten, die in der Praxis erprobt sind, für die am äufigsten zur Herstellung von Fruchtsäften verwandten Früchte Himbeeren, Heidelbeeren, Johannisbeeren, Kirschen).

Sport und Ernährung. Da wir für gewöhnlich eine energiearme lahrung zu uns nehmen — Weißbrot, Nudeln, Raffinadezucker, Salzartoffeln, Fleisch, Wurst und lange gekochte Speisen, müssen wir inen Ausgleich haben. Diesen finden wir in dem reichlichen Genuß rischer Früchte. Dieselben haben in den Mineralstoffen und Vitaminen ine natürliche, die Kräfte anspannende Wirkung, so daß der Sportsmann Alkohol, Kaffee, Nikotin und Tee als Anregungsmittel entbehren kann. — In Amerika kamen Sportsleute mit nur einem Drittel der früher für notwendig erachteten Eiweißmengen aus und wurden um so leistungsfähiger, je mehr sie sich vom Fleisch trennten. Bei einer derartigen Kost können tatsächlich Höchstleistungen vollbracht werden, denn sie ist die idealste für die Heranbildung kräftiger Muskeln und Nerven.

Rudolf Katz, Berlin.

Dermatologische Zeitschrift.

50., H. 4, Juni 1927.

Ernst Levin, Berlin.

Dermatologische Wochenschrift.

85., Nr 27, 2. Juli 1927.

Zur Kenntnis der neurogen entstehenden blasigen Hauteruptionen. Der Einfluß des Nervensystems ist für eine Reihe von Hautkrankheiten bekannt, für andere, bes. auch einen Teil der blasenbildenden wird er vermutet. In dem hier beobachteten Falle kann ein solcher durch die Summe der Erscheinungen als sicher angenommen werden. Es handelte sich um eigenartige Blasenausschläge an der Hand, die mehrmals rezidivierten und von Motilitätsstörungen und heftigen Schmerzen begleitet waren. Außerdem ließ sich röntgenologisch eine Osteoporose an den Diaphysen der Finger der betreffenden Hand nachweisen. Auf Jod- und Wismuteinspritzungen trat ein Rückgang aller Erscheinungen ein. Erklärt werden diese durch Reizungen der Nervenbahnen von einer syphilitischen Pachymeningitis des Zervikalmarkes aus.

Ein Fall von Epitheliom im jugendlichen Alter. Bei einem 14jährigen Mädchen trat im Anschlusse an eine Verletzung am Nasenflügel durch den Fingernagel einer Spielgefährtin ein trotz verschiedenartiger Behandlungen, auch Bestrahlungen nicht heilendes Geschwür auf. Die histologische Untersuchung des in toto exstirpierten Geschwüres ergab ein Basalzellenepitheliom, dessen Entstehung durch das Trauma erklärt werden muß, bei dem einzelne Epithelzellen aus dem normalen Zusammenhange in die unteren Schichten gelangten, wo ihre Vitalität einen expansiveren Charakter annahm; dazu kam noch der sekundäre irritative Einfluß der verschiedenen Behandlungen.

Amenorrhoe als Folgezustand einer luetisch bedingten innersekretorischen Störung. Bei einer jetzt 32jährigen Frau, die vor 15 Jahren an Syphilis erkrankt gewesen war, hatte sich seit 10 Jahren im Anschlusse an eine Geburt eine vollkommene Amenorrhoe entwickelt. Es bestehen jetzt außerdem neben einem Gummi am Scheitelbein heftige Kopfschmerzen, Haarausfall am ganzen Körper, Hypoplasie der äußeren Genitalien, also Erscheinungen, die auf eine innersekretorische Störung von seiten der Hypophysis deuten. Röntgenbild der Sella turcica zeigt keinen pathologischen Befund. Nach spezifischer Behandlung Heilung des gummösen Geschwüres und sehr schnelles Wiedereintreten der Störung kann danach nicht zweifelhaft sein; in Verbindung mit den anderen Erscheinungen ist eine durch die Syphilis bedingte innersekretorische Störung anzunehmen, die wohl nicht an den Ovarien zu suchen ist, da dann die Menstruation nicht so schnell wieder eingetreten wäre, sondern an der Hypophysis, zu deren Ausfallserscheinungen Haarausfall gehört. Schließlich könnte auch eine Schädigung des Zentrums der Genitaltrophik am Boden des 3. Ventrikels in Betracht kommen.

Ueber die Notwendigkeit, die Bewertung der Wassermannschen Reaktion für Therapie und Prophylaxe einzuschränken. Die Arbeit ist von besonderer Bedeutung für den praktischen Arzt, der leider noch immer geneigt ist, Patienten mit positiver Reaktion jedenfalls als syphiliskrank, solche mit negativer als gesund zu bezeichnen.

Letzteres trifft besonders in der Spätperiode oft nicht zu, weil im Körper kein Kampf und keine Antikörperbildung mehr stattfindet; ebenso auch im Frühstadium, in Fällen, in denen dem Körper die Kraft zu genügender Antikörperbildung fehlt, bes. bei maligner Syphilis. Aus der negativen Reaktion gezogene falsche Schlüsse können unter Umständen vermieden werden durch Kontrollen mit SGR, MR und besonders Luetinreaktion, ferner Liquoruntersuchung, die im allgemeinen zuverlässiger ist. Doch kann auch bei schweren Veränderungen des Zentralnervensystems die WR (in seltenen Fällen alle 4 Reaktionen) negativ sein. Andererseits kann positive WR bei sicher nicht vorhandener Syphilis gefunden werden; zu den Krankheiten, bei denen dies schon beobachtet war (Frambösie, Malaria, Lepra, Schlafkrankheit, Aleppobeule, Kal-Azar, Pest, Sodoku, Flecktyphus, Rückfallfieber, Pellagra, Beri-Beri, Tuberkulose, Pocken, Erythema multiforme, Scharlach, Psoriasis, Pemphigus, Diabetes mellitus, Influenza, Grippeenzephalitis, Erythema induratum, Hauttuberkulose, Lupus erythematosus, Staphylokokkensepsis, Bantischer Krankheit, verschiedenen Nerven- und Geisteskrankheiten, Eklampsie, Gravidität, malignen Geschwülsten, Ulcus molle mit Bubo, nach Digitalis und Chloroformnarkose), fügt Verf. noch Pityriasis rosea und Angina Plaut-Vinzent. In vielen dieser Zustände ist die positive WaR. nur eine vorübergehende, jedenfalls soll niemals bei fehlendem entsprechendem Befunde auf einmal positive WaR. die Diagnose Syphilis gegründet werden. Die positive WaR. hat bei Syphilitikern eine ganz verschiedene Bedeutung, je nachdem es sich um Früh- oder Spätstadium handelt; in letzterem ist sie eher erwünscht, weil sie die Bildung von Antikörpern anzeigt, die im Kampfe gegen noch vorhandene Infektionskeime erforderlich sind. Es wäre also ganz verkehrt, dahin zu streben, sie durch Behandlung negativ zu gestalten, es kann im Gegenteil vorteilhaft erscheinen, wenn vorher negative WaR. in diesem Stadium durch die Behandlung vorübergehend positiv wird. Deshalb kommt hier auch weniger Salvarsan oder Wismut oder Quecksilber in Betracht. Bei positiv reagierendem Liquor muß allerdings behandelt werden. Die Frage der Ansteckungsfähigkeit hängt weniger von dem Ausfall der WaR. als von dem Alter der Infektion ab; Ammen sollen als möglicherweise infektiös abgelehnt werden, wenn sie spätlatente Lues (auch mit negativer WaR.) haben und es soll stets auch die WaR. bei ihrem Kinde vorgenommen werden. Heiratserlaubnis soll erst nach mehrfach, auch nach Provokation negativer WaR. und negativem Liquor erteilt werden. Spätsyphilitische Männer und Frauen mit negativer WaR. können heiraten, doch sollen die Frauen nicht gebären. Ebenso dürfen auch spätsyphilitische, gut behandelte, ohne Erscheinungen aber mit positiver WaR., die durch keine Behandlung negativ wird, heiraten, wenn der Liquor negativ ist; Kindererzeugung soll in diesem Falle unterbleiben. Bei positivem Liquor soll Heiratserlaubnis wegen der großen Gefährdung keinesfalls erteilt werden. Kongenital syphilitische Männer dürfen heiraten, wenn der Samen frei von Spirochäten ist, kongenital syphilitischen Frauen ist die Fortpflanzung unbedingt zu verbieten.

85., Nr. 28, 9. Juli 1927.

Ueber Novokainekzema. Sie kommen im ganzen ziemlich selten, verhältnismäßig häufig bei Zahnärzten vor. Die Haut der Finger erscheint verdickt, rot, schuppend, von schmerzhaften Rhagaden durchzogen. Die Nägel werden von der Unterlage abgehoben, sie sind mit querverlaufenden Furchen und weißen Flecken versehen. Bei Aussetzen der Beschäftigung mit Novokain gehen die Erscheinungen schnell zurück; bei den davon befallenen Personen scheint eine Idiosynkrasie vorzuliegen.

Ueber Urotropin in der Dermatologie. Die 40proz. intravenösen Einspritzungen von Urotropin erzeugten bei einer Reihe von Personen Hämaturien und Purpura. Auf den größten Teil der Dermatosen, bei denen die Behandlung versucht wurde, konnte ein nachhaltiger Einfluß nicht ausgeübt werden. Aals ein vorzügliches Mittel erwiesen sich die Einspritzungen bei Prurigo und Strophulus, bei den durch Hyperhidrosis hervorgerufenen Veränderungen und der Intertrigo der Neugeborenen.

Eine neue Methode für die Färbung von Gonokokken und Ducrey-Unna-Streptobazillen. Die übliche Methylenblaufärbung der Gonokokken ist nicht ausreichend, wenn bei chronischen Fällen Mischinfektion mit anderen Bakterien vorliegt, unter denen die Gonokokken schwer herauszufinden sind. Auch die Gramfärbung ist nicht immer zuverlässig, da auch andere Diplokokken gramnegat erscheinen, andererseits die Gonokokken infolge Degeneration gra positiv sein können. Wünschenswert erscheint eine Färbung, d die Gonokokken dunkel auf hellem Grunde zeigt (was bei der Gra färbung nicht der Fall ist). Als in jeder Hinsicht zuverlässiger wi folgende Färbung empfohlen: 1proz. Methylenblau, entfärben n 0,008proz. Salzsäure, so daß noch einige Stellen bläulich erscheine weil dann nur die Zellen, nicht die Bakterien entfärbt sind; schnell Auswaschen mit Wasser; Nachfärben mit 2proz. wäßriger Eosi lösung. Diese Färbung läßt die Gonokokken dunkelblau auf ro Grunde erscheinen, während Staphylokokken die blaue Farbe leicht abgeben und daher rosa gefärbt sind. Streptokokken und Stäbch halten die blaue Farbe fest, so daß die Methode sich auch sehr g zur Darstellung der Ducrey-Unna-Streptobazillen eignet.

Die Behandlung der Zystitis mit Argolaval. A. ist eine Verbindu von Argentum nitricum mit Hexamethylentetramin. Es wirkt stärk bakterizid als Argent. nitr., andererseits weniger reizend. D Trübung des Harnes, der Harndrang und die Ueberempfindlichk der Blasengegend lassen schnell nach. Die Ausspülungen werden akuten Fällen mit Lösungen von 5,0:500,0 begonnen, nach einig Tagen auf 10,0:500,0 bis 10,0:20,0 gesteigert: in chronischen Fäll Lösungen von 10,0:500,0 bis 10,0:100,0. Daneben geeignete Di Wildunger Wasser, warme Umschläge. Ernst Levin, Berlin.

Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde.

116., 1./2. Heft.

Ist Kehlkopftuberkulose eine Kontraindikation gegen Sanocrysi behandlung? In einem Falle von ausgebreiteter und schwerer Keh kopftuberkulose von fortschreitender Tendenz mit mäßiger Beteil gung der Lungen konnte im Verlaufe von noch nicht 8 Wochen m Sanocrysin eine so weitgehende Besserung erzielt werden, daß al dann außer einem kleinen Defekt am Kehldeckel nicht mehr d geringste pathologische Befund laryngoskopisch erhoben werde konnte. Gerade die frischen akuten exsudativen bzw. exsudati produktiven Fälle scheinen wie auch hier besonders geeignet. O auch bei anderen Fällen von Kehlkopftuberkulose solche Erfolge z erwarten sind, läßt sich aus einem Falle natürlich nicht beantworte jedenfalls bildet eine mehr oder weniger starke Kehlkopfbeteiligur keine Gegenindikation gegen Sanocrysinbehandlung.

Beobachtungen zur Frage der Strahlenschädigung. Es wird vo 2 Fällen berichtet, bei denen das eine Mal mit Radium, das ande Mal mit Röntgenstrahlen der Kehlkopf behandelt worden war ur bei denen nach einem kleinen operativen Eingriff, in letzterem Fal allein nach dem Druck des bei der direkten Hypopharyngoskop angewandten Spatels ein plötzliches Oedem auftrat. Interessant is daß in dem einen Falle, der noch weiterhin behandelt wurde, noc nach 1¼ und 1½ Jahr ein, wenn auch viel geringeres Oedem nac Abtragung von neuen Papillomen beobachtet wurde. Das Oede wird als eine Kreislaufstörung aufgefaßt, die durch den mechanische Reiz auf das durch die Bestrahlung veränderte Gefäßnervensyste bedingt wurde. Deshalb größte Vorsicht auch selbst mit kleinste Eingriffen in einem vorher bestrahlten Kehlkopfgebiet.

116., Heft 3.

Die Diagnose der obturierenden oder stenosierenden Prozesse es Sinus sigmoideus, Bulbus und der Jugularvenen durch Lumbalunktion bei rechts- oder linksseitiger Kompression der Jugularvenen. ie Versuche gehen zurück auf Queckenstedt, der auf die Tatsache ufmerksam machte, daß man durch Kompression der Jugularvenen ne künstliche Drucksteigerung im Zerebrospinalsystem hervorrufen ann. Im vegetativen Sinn kann diese Probe bei der Diagnose von ückenmarkstumoren, Zysternenblock usw. Verwendung finden, wo iese Drucksteigerung, die sich bei der Lumbalpunktion im Ansteigen es Liquors im Steigrohre anzeigt, wegen des zwischen Jugularenen und Punktionsnadel eingeschalteten Hindernisses ausbleibt. as gleiche ist der Fall bei obturierenden Jugularis-, Bulbus- und inusthrombosen bei Kompression der kranken Seite. P. hat nun esen Versuch quantitativ ausgestaltet, um so eine relative tausierung des Gefäßrohres und also eine nur wandständige Sinusrombose zu diagnostizieren. Normal besteht eine weitgehende ebereinstimmung der Maximaldruckhöhe bei Kompression der einen ie der anderen Seite, zugleich auch im zeitlichen Verlauf des Anieges nie des Abfallens des Liquordruckes. Ein Schwanken wischen 5—10 Sek. beim Abfall liegt innerhalb der normalen Werte. erwertet wird in der Probe der Abfall des Druckes, der bei plötzcher Freigabe der vorher komprimierten V. jugularis entsteht. Der itliche Anstieg ist wegen der natürlicherweise viel ungenaueren ompression nicht so gut zu verwerten.

Der Versuch wird bei horizontaler Seitenlagerung bei genau negehaltener Kopf- und Körperstellung vorgenommen. Von hinten er wird die Vene der verdächtigen Seite komprimiert. Ist der aximaldruck erreicht, so läßt man diesen 20 Sek. bestehen. Dann ötzlich Aufhebung der Kompression. Alle 5 Sek. wird der Druck otiert.

Es wird über mehrere Fälle von wandständiger Sinusthrombose erichtet und solchen, wo durch den Versuch eine Thrombose ausschlossen werden konnte. Es ergibt sich, daß schon eine wandändige Thrombose eine deutliche Aenderung im Druckabfall gibt Verzögerung) und daß ferner von außen einwirkende Prozesse erisinuöse Abszesse und Granulationen) keinen Einfluß auf den ruckabfall auszuüben scheinen, so daß der Methode ein großer diaostischer Wert bei Verdacht auf wandständige Thrombosen zukommen scheint.

Ueber die Behandlung der Ozaena mit Quillaiarinde auf Grund res pharmakologischen Verhaltens gegenüber der Nasenschleimhaut nd dem Ozaenasekret. Die in der Quillaiarinde enthaltenen aponine werden wasser- und säureunlöslich an die Zellen der asenschleimhaut und auch an Bestandteile des Ozaenasekrets geunden. Klinisch ließen sich mit derselben bei 25 Fällen keine beiedigenden Resultate erzielen. In den meisten Fällen kein Erfolg, einigen vorübergehende, in nur ganz vereinzelten länger anhalende Besserung. Außerdem unangenehme Nebenerscheinungen tarke Schmerzen, Nasenbluten), so daß das Mittel bei Ozaena erapeutisch nicht in Frage kommt. Hesse, Berlin.

Acta Paediatrica.

7. Supplement, Juni 1927.

Die Stabilitätsreaktion des Blutes bei Scharlach. Der voregenden monographischen Darstellung liegen Untersuchungen über e Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit bei Scharlach zugrunde, ie an 90 Fällen vorgenommen wurden. 39 Kranke waren jünger als 5 Jahre. 44 Fälle verliefen komplikationslos. Die Untersuchungen rfolgten während 6 bis 7 Wochen, wenn irgend möglich täglich. erf. benutzte die Methode von Westergren und las ein-, zweind vierundzwanzigstündlich ab; als normale Werte bezeichnet Verf. ir Männer 1 bis 3 mm, für Frauen 2 bis 7 mm. Die Blutentnahme rfolgte morgens. Die Temperatur im Laboratorium schwankte wischen 17 bis 20 Grad C. Neben der Blutkörperchensenkungsschwindigkeit wurde noch der Hämoglobingehalt nach Authenrieth estimmt und ein vollständiges Blutbild untersucht. Ferner wurden efraktions- und Viskositätsbestimmungen nach Pulfrisch bzw. Heß orgenommen, der absolute Eiweißgehalt wurde nach Reiß, das Verältnis zwischen Serumglobulin und Albumin nach Rohrer, die Gennungszeit nach Howell-Gram bestimmt. Nur einwandfreie Scharchfälle fanden bei den Untersuchungen Verwendung.

Auffallend waren die starken Schwankungen der Blutkörperchennkungsgeschwindigkeitskurve (S.-R.). So wurde ein plötzlicher bfall der Kurve von pathologisch hohen Werten und ebenso plötzche Anstiege beobachtet. Diese Erscheinung tritt beim einzelnen all wiederholt auf, woraus eine wellenförmige Kurve der S.-R. esultiert. Verf. bezeichnet die so entstehende Kurve als „charakristische Phase". Diese Phase wurde 3 bis 4 Wochen, aber auch bis 7 Wochen, also während des ganzen Krankheitsverlaufs beobachtet. Zuweilen erreichen diese Schwankungen auch subnormale Werte, die zu den verschiedensten Zeiten auftreten können. In der Regel beobachtet man solche subnormalen Werte in den ersten 3 Krankheitswochen, einige Male aber auch sehr viel später. Bei der Betrachtung der „charakteristischen Phase" unterscheidet der Verf. zwei Haupttypen. Type I zeigt eine pathologische Erhöhung der S.-R.-Kurve in den ersten Krankheitswochen. In der vierten bis sechsten Woche wurden dann nach allmählichem Absinken der Kurve wieder normale Werte erreicht. Diesen Kurvenverlauf zeigten in der Regel Erwachsene mit ausgeprägtem Scharlachexanthem, deren Erkrankung komplikationslos verlief. Type II teilt Verf. in die Untergruppen A und B. Die S.-R.-Kurve bei II A zeigt auch bis zur dritten Woche hohe Werte, dann erfolgt ein Abfall, dem wiederum eine Erhebung folgt. Die S.-R.-Kurve der Type II B verläuft dieser sehr ähnlich, nur tritt in der fünften oder sechsten Woche nochmals eine Erhebung auf. Die Mehrzahl der untersuchten Fälle sind in die Gruppe II einzuordnen. Zwischen der S.-R.-Kurve und dem Scharlachexanthem scheinen gewisse Beziehungen zu bestehen. In der Regel findet man bei Ausbruch des Exanthems noch relativ niedrige S.-R.-Werte, die dann aber schnell ansteigen. Mit dem Abblassen des Exanthems wurden wieder niedrigere Werte festgestellt, die aber nur vorübergehend bestanden und bald einem neuen Anstieg wichen. Die S.-R.-Kurve der meisten durch keine Nachkrankheit gefolgten Fälle zeigte zur Zeit, in der gewöhnlich Nachkrankheiten auftreten, einen deutlichen Anstieg. Derselbe Kurvenanstieg wurde beim Auftreten von Nachkrankheiten gefunden. Parallel zur „charakteristischen Phase" der S.-R.-Kurve wurden einige Male niedrigere Temperaturen gefunden, besonders kamen die Tagestemperaturschwankungen nicht deutlich zur Geltung. Im allgemeinen folgte der „charakteristischen Phase" bei Fällen ohne Komplikationen oder Nachkrankheiten ein leichter Temperaturanstieg.

Den systematischen Untersuchungen des Blutes und den Beziehungen zwischen deren Ergebnissen und dem Ablauf der S.-R.-Kurve ist ein weiterer Abschnitt gewidmet. Hohe S.-R.-Werte gingen in der Regel parallel mit deutlicher Leukozytose, während in Verbindung mit der „charakteristischen Phase" ein zeitweiliger Rückgang der Leukozyten gefunden wurde. Fast immer bestand eine nur sehr geringe Anämie. Während Verf. in den ersten Krankheitstagen physiologische Werte des totalen Blutserumeiweißes fand, war eine Zunahme dieser Mengen im Verlaufe der Krankheit (dritte bis fünfte Woche) feststellbar. In zwei Fällen wurden besonders hohe Werte (10,6% und 11,1%) und parallel hierzu hohe S.-R.-Werte nachgewiesen. Direkte Beziehungen zwischen S.-R.-Kurve und Serumprotein scheinen aber nicht zu bestehen. Dahingegen sprechen die Untersuchungen des Verf. für solche Beziehungen zwischen Serumglobulin und der S.-R. Bei normalen S.-R.-Werten fanden sich niedrige Globulinwerte, hohe S.-R.-Werte waren fast immer von ebensolchen Globulinwerten begleitet. Fünf Fälle wurden systematisch auf die Blutgerinnungszeiten untersucht; zweimal fand sich eine verzögerte Gerinnung in Verbindung mit anormal niedrigen S.-R.-Werten.

An neun Fällen wurde versucht, die Beziehungen zwischen S.-R.-Kurve und Dickscher Reaktion auf Grund täglicher Prüfungen aufzudecken. Ein abschließendes Urteil über diese Frage kann aber nicht gegeben werden. Zwei Kranke waren bereits bei der Aufnahme Dick-negativ, ein weiterer reagierte in der ersten Woche positiv und wurde dann negativ, während die restlichen sechs Fälle während der Untersuchungszeit abwechselnd positiv und negativ reagierten. Auffallend bei diesen sechs Fällen war das häufige Auftreten einer positiven Dickschen Reaktion zusammen mit der „charakteristischen Phase" der S.-R.-Kurve.

Aus den Untersuchungen geht hervor, daß die S.-R. einen differentialdiagnostischen Wert für Scharlach vielleicht erst dann bekommt, wenn der Verlauf der S.-R.-Kurve auch für die anderen akuten Exanthemkrankheiten bekannt ist. Aus der S.-R. sich an den Scharlach anschließende Komplikationen oder Nachkrankheiten ablesen zu wollen, ist verfehlt, denn wie aus diesen Untersuchungen eindeutig hervorgeht, findet man auch im normalen Krankheitsverlauf des öfteren hohe S.-R.-Werte. Am meisten Aehnlichkeit weist die Scharlach-S.-R.-Kurve mit der bei Anaphylaxie auf.

Käckell.

Brasil medico.

41. Jahrgang, Nr. 14, 2. April 1927.

Hysterische bilaterale Amaurose. Es handelt sich hier um den sehr seltenen Fall doppelseitiger Amaurose auf hysterischer Basis. Der 48 jährige Patient klagte über seit 4 Jahren fortschreitende Verringerung der Sehkraft. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergab keine Anomalie der Papille; dagegen fand Verf. eine Erweiterung der Aorta und sonstige aortische Veränderungen, Dyspnoe, leichte Ermüdbarkeit usw., sowie sehr stark vergrößerte epitrochlearische und retroaurikuläre Lymphdrüsen; auch die Wassermann-Reaktion fiel stark positiv aus. Der Patient, der jetzt zugab, vor 10 Jahren einen harten Schanker akquiriert zu haben, den er aber nicht behandelte, wurde einer spezifischen Kur unterzogen, die die Rückkehr normaler Sehkraft zur Folge hatte. Verf. hielt jedoch an der funktionellen Natur der Sehstörungen fest und die fachärztliche Untersuchung gab ihm auch Recht, indem ein ganz normaler Befund auf beiden Augen bezüglich des Erhaltenseins der Pupillenreflexe und des Mangels einer Pupillenerweiterung erhoben werden konnte. Bloß links bestand eine Chorioiditis von geringer Ausdehnung. Am Tage nach der Untersuchung trat wieder vollkommene Amaurose ein, welche am Abend des vierten Tages ebenso plötzlich verschwunden ist, wie sie kam. Dieses brüske Auftreten der Blindheit am frühen Morgen, nach einem unangenehmen Traum, wie ihr ebenso plötzliches Verschwinden 60 Stunden später, das Vorhandensein des subjektiven Faktors in Form einer Angst vor Salvarsaninjektionen und in erster Linie die Abwesenheit irgendeines anderen Zeichens von Sklerosis à plaques sprechen für die hysterische Natur dieses Falles von Amaurose.

Die japanische Immigration vom sanitären Standpunkt. Verf. fordert folgende Maßnahmen: Verbot der Niederlassung von mehr als 10 aus Japan eingewanderten Familien an demselben Orte, Verhinderung der Einschiffung in Japan mit dem Ziel Brasilien und der Ausschiffung im letztgenannten Lande von Personen, welche mit übertragbaren Krankheiten behaftet sind, Ausgestaltung der sanitären Einrichtungen in den Einwanderungshäfen zwecks wirksamer hygienischer Kontrolle der Einwanderer.

Nr. 15, 9. April 1927.

Vererbbarkeit der Dystosis cleido-cranica und ihr Verhältnis zur kongenitalen Dystose. Angesichts der Häufigkeit, mit der die kongenitale Skoliose mit anderen Wachstumsstörungen also auch mit der Dystosis cleido-cranica assoziert vorkommt, glaubt Verf. zur Annahme berechtigt zu sein, daß es sich hier um die Manifestationen ein und derselben primären Ursache handelt, als welche er die Heredität im genotypischen Sinn des Wortes betrachtet. Als fernere ätiologische Momente, welche für das Zustandekommen verantwortlich zu machen wären, kommen nach Verf.: Veränderungen physiochemischer Natur, endokrine Stimuli, schädliche Agentien (mechanische, toxische Reize) in Betracht.

Nr. 16, 16. April 1927.

Ueber den Einfluß des barometrischen Druckes auf den menschlichen Organismus. Der gesunde menschliche Organismus erweist sich als unempfindlich gegenüber barometrischen Schwankungen. Dagegen sind Individuen mit Störung des vago-sympathikotonischen Gleichgewichts besonders empfindlich für diese Oszillationen. Zwischen den barometrischen Druckschwankungen und organischer Energie besteht ein fortwährendes Kräftespiel, und es ist die Integrität desselben, der ein gesunder Organismus seine Unempfindlichkeit für obige Schwankungen zu verdanken hat. Es ist nicht so sehr der Grad des Barometerfalles wie die Plötzlichkeit, mit der letztere zustande kommt, welche sich als für den Organismus nachteilig erweist. Zum Nordwind in Brasilien gesellt sich eine starke barometrische Depression, auf deren Höhe es zu einer Verringerung des Sauerstoffgehaltes der Luft kommt, wodurch ein vagotonischer Reizzustand entweder hervorgerufen oder ein bereits bestehender verschlimmert werden kann. Aus demselben Grunde kann es zu kongestiven Zuständen bei Tuberkulösen, zur Steigerung der Dyspnoe bei Herzkranken, Vermehrung der Albuminurie und Oedeme kommen. Ebenso liegt in der Gleichgewichtsstörung des Barometerstand und dem konsekutiven vagotonischen Reizzustande ein großes G fahrenmoment für Individuen mit Insuffizienz des linken Ventrike bei welchen infolge Herzerweiterung schwere auf reflektorisch Wege hervorgerufenen Störungen seitens des respiratorisch Apparates auftreten können. Die besten Mittel zur Vermeidu solcher üblen Zufälle sind Morphin-Atropininjektionen oder Bell donnaverabreichung, von denen schon eine einzige das Leben ein Herzkranken in einem derartigen Falle zu retten imstande ist. Die Medikation macht den Kranken weniger empfindlich für kosmetisc Störungen, in dem sie ihn qusi vom umgebenden Medium isolie Das Klima von Rio Grande bietet heftige barometrische Oszillation Ein brüsker barometrischer Fall begünstigt dank der Gleichgewich störung der Druckverhältnisse bei Prädisponierten das Auftreten v Hämorrhagien. Störungen seitens des Verdauungsapparates, w Flatulenz usw. sind auf die Differenz zwischen dem Druck d Abdominalgase und äußerem Luftdruck zurückzuführen. Die eine Gewitter vorhergehenden atmosphärischen Veränderungen könn eine bestehende Infektionskrankheit verschlimmern, wobei sich i Einfluß entweder auf den Organismus, dessen Resistenz s schwächen, oder angesichts der Tatsache, daß auch die Bakteri der Wirkung barometrischer Schwankungen unterliegen, auf d Bakterien, deren Virulenz sie steigern, geltend macht. Verf. rät v der Durchführung langanhaltender Laparotomien an Gewittertag ab, und befürwortet die Herausgabe gut fundierter demograph sanitärer Bulletins zwecks Studium der Wirkung meteorologisch Verhältnisse auf den menschlichen Organismus.

Nr. 17, 23. April 1927.

Fall von extragenitalem weichen Schanker. 23 jähriger Neg der sich vor einem Jahre venerisch infiziert, bekommt einige Ta nach dem infizierendem Koitus an der Eichel und Penisschaft gleic zeitig je ein Ulcus venereum. Einige Zeit später zeigen sich an d Vorderfläche des linken Vorderarms, an der Schulter, oberen Glutä gegend und zuletzt am oberen Augenlid wiederum einzeln stehen Geschwüre von beträchtlichen Dimensionen, welche höchstwah scheinlich durch den Patienten selbst durch Kratzen an diese Stell inokuliert wurden. Mikroskopisch fiel der Befund für den Ducre Unna'schen Bazillus positiv aus; die Blutuntersuchung ergab neg tiven Wassermann. Der Fall ist aus folgenden Gründen bemerken wert: Seltene Lokalisation des weichen Schankers am Lid und de Schulterblatt; große Dimensionen der Geschwüre, an der Schult in der Glutealgegend (siebenmal 2 cm) und vor allem am Vorderar von dem ⅘ der vorderen Fläche ulzeriert sind; das linke Handgele ist ankylosiert und die Hand atrophisch, was Verf. als Komplikation des Schankers erachtet; schließlich die Hartnäckigkeit der G schwüre, die seit zwei Jahren jeder erdenklichen Medikation trotze

Nr. 18, 30. April 1927.

Fall von Mongolismus. Der Fall, dem Verf. ein sehr gründlich Studium widmet, betrifft einen 8jährigen Jungen, der als 7. Kind ein einen leicht positiven Wassermann aufweisenden Mutter zur W kam. Klinisch waren die klassischen Zeichen von Mongolism vorhanden. Der therapeutische Weg, den Verf. hier einschlug, h sich ganz gut bewährt und bestand in antisyphilitischer Kur n einem Salvarsanderivat und Quecksilbereinreibungen sowie Ve abreichung von Schilddrüsentabeletten. Bezüglich der erzielt Resultate konnte eine bedeutende Besserung des Ernährung zustandes, der statischen Funktionen und des Ganges festgeste werden. Am auffallendsten war die Erlangung voller Gehfähigke Neben der Erhöhung des Hautturgors und der Gewichtszunahn konnte auch ein etwas beschleunigteres Längenwachstum, ei gewisse Besserung intellektueller Leistungen verzeichnet werde

Neutrales Wismutphosphat in der Syphilistherapie. „Phosph bismol" stellt ein neutrales Wismutphosphat dar, welches Verf., der Dosis von 0,145 g in 2 ccm Oel suspendiert, intramuskulär i jiziert. Dieses Dosis entspricht 0,10 g metallischen Bismuts. werden im ganzen 24 bis 36 Injektionen in 2- bis 3tägigen Intervall mit je halb- bis einmonatigen Pausen zwischen jedem Ampulle dutzend verabfolgt. Das neutrale Wismutsalz zeichnet sich dur seine stabile und genaue Zusammensetzung aus, wodurch es die Ei verleibung einer bestimmbaren Quantität des aktiven Metalls g

tattet, von welchem es pro dosi 68,64 %, also einen höheren Prozentatz als die anderen unlösbaren Wismutverbindungen enthält. Es st vollkommen ungiftig, selbst wenn es in höherer Dosis gegeben vird. Seine Absorption setzt sofort ein, erfolgt aber allmählich ınd erstreckt sich auf längere Zeit. Das ölige Vehikel wird durch asselbe nicht verseift, die Injektionen gestalten sich schmerzlos und hne nachträgliche Abszeßbildung. Dank seinem Phosphorgehalt vird es auch besser vom Körper assimiliert.

Nr. 19, 7. Mai 1927.

Die Sanokrysinbehandlung der Lungentuberkulose. Auf Grund einer Erfahrungen sieht Verf. in der Sanokrysinbehandlung der ungentuberkulose einen bedeutenden therapeutischen Fortschritt. as Sanokrysin ist imstande, den Verlauf einer akuten oder neuıfflackernden Tuberkulose selbst von größerer Ausdehnung rapid bzukürzen. Dagegen beeinflußt es gar nicht oder nur in sehr gengem Grade fibröse oder kavernöse Prozesse.

Ueber Keuchhustentherapie des Asthma. Verf. berichtet in seiner orläufigen Mitteilung über 4 Fälle von Selbstheilung kindlichen sthmas durch interkurrenten Keuchhusten und fordert zu einer xperimentellen Nachprüfung seiner Beobachtungen.

Nr. 20, 14. Mai 1927.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Blutansfusion. Verf. berichtet eingehend über die Fortschritte in der echnik der Bluttransfusion, ferner über die Beobachtungen in der penderwahl auf Grund serologischer Vorprüfung und über die Verıche bezüglich der Lebensdauer des überpflanzten Blutes. Des eiteren schildert er die Wirkungsweise der Bluttransfusion; er geht ıf die Menge des überpflanzten Blutes ein, und besonders wichtig nd in seiner Arbeit die beiden Abschnitte über die Indikationen zur luttransfusion und über die Schädigungen und Gefahren der Blutansfusion und ihre Vermeidung. Bezüglich der Spenderwahl ist es ichtig, die Zugehörigkeit des einzelnen Menschen zu einer beimmten Blutgruppe zu prüfen. Diese Zugehörigkeit ändert sich ährend des ganzen Lebens nicht und Moritsch und Neumüller haben n Testserum hergestellt, das unter dem Namen „Haemotest" beınnt ist. Was die Lebensdauer des überpflanzten Blutes anbetrifft, liegt die große Ueberlegenheit der Bluttransfusion gegenüber allen nderen Infusionen darin, daß das überpflanzte Blut bei richtiger ruppenzugehörigkeit im Empfängerblut 14 Tage lang lebens- und ınktionsfähig erhalten bleibt. Unter den Indikationen zur Blutansfusion seien nur kurz die akute schwere Anämie, der Shock, ronische, sekundäre Anämie, haemorrhagische Diathesen und die ıfektionskrankheiten, wie z. B. Dysenterie, Endocarditis lenta und ıberkulose erwähnt. Bei den Schädigungen fällt die Infektionsgefahr ir Spender und Empfänger infolge der heutigen Asepsis wohl sicher ırt. Die Gefahr für den Spender, daß der Empfänger septisch erlankt sei und daß Empfänger und Spender mit denselben Instrunten operiert werden könnten, darf wohl heute als beseitigt gelten; enso ist die Infektion des Empfängers mit Tuberkulose, Lues oder lalaria so gut wie ausgeschlossen, da man selbstverständlich vor r Transfusion den Spender nach allen Richtungen hin genau unterucht haben wird.

Nr. 21, 21. Mai 1927.

Fall von hysterischer Hemichorea. Es handelt sich um einen 4jährigen Mann, der durch den Anblick eines choreakranken Kindes eine starke seelische Erschütterung erlitt. Am nächsten Tag stellten sich choreiforme Zuckungen in den linken oberen und unteren Extremitäten ein. Die Plantarreflexe waren rechts schwächer, links stärker, ebenso bestand Abschwächung der Kremasterreflexe beiderseits, während die unteren Bauchreflexe links fehlten. Sensibilität intakt. Steigerung der schon früher vorhandenen Kopfschmerzen. In der Ruhe hörten die choreatischen Krämpfe auf. Differentialdiagnostisch kam auch unter anderem die „Latah" in Betracht, eine in Nordafrika endemische Affektion, welche von italienischen Autoren beschrieben worden ist, und die sich in der unwillkürlichen Tendenz zur Nachahmung von Bewegungen, Gesten, Stellungen und ganzer Handlungen äußert. Obzwar der Fall des Verf. viel Aehnlichkeit mit der „Latah" bietet, ist er mit Rücksicht auf das Fehlen des endemischen bzw. epidemischen Charakters dagegen wegen des Vorhandenseins des Faktors Suggestibilität sowie auch ex juvantibus der Therapie, die in Verabreichung von Atropinvalerianat und Psychotherapie bestand und zur vollkommenen Heilung führte, auf seine hysterische Aetiologie zu schließen.

Ueber die Essentia mentopodii. Verf. berichtet über seine Untersuchungen betreffend des wirksamen Prinzip des Chenopodiumöles. Es ist ihm auch gelungen, ein synthetisches Askaridol herzustellen, bei welchem es sich um ein razemisches Terpenperoxyd, das durch Zusatz von Korrigentien in Hinsicht auf Geschmack und Geruch verbessert wurde, handelt. Es wird in der Dosis von 70 Tropfen für Erwachsene und von 4 Tropfen angefangen je nach dem Alter für Kinder verschrieben und es sollen damit sehr gute Resultate erzielt worden sein.

Fall von postmiktioneller Urininkontinenz. Die Inkontinenz war die Folge einer zystoskopisch festgestellten Erweiterung der hochgradig elevierten Fossa prostatica im Verlaufe und nach Abheilung einer gonorrhoischen Urethritis. Ashkenasy, Wien.

Il Policlinico Sez. prat.

34, Nr. 25, 20. Juni 1927.

Ueber Plasmochin, ein synthetisches Derivat des Chinolin, in der Malariabehandlung. Behandlungsversuche im Herbst 1925 und Sommer und Herbst 1926 bei 120 Malariakranken in Grosseto. Plasmochin zerstörte alle Entwicklungsformen des P. vivax (Tertiana) und des P. malariae (Quartana). Mit Dosen von 0,02 dreimal täglich verschwand das Fieber am 1. — 2. Tage, die Parasiten am 5. — 6. Tage. Auch mit Pasmochin muß die Behandlung wochenlang, am besten nach dem Schema von Mühlens fortgesetzt werden. Auf das P. falciparum (Sommer-Herbstformen) wirkt das Plasmochin in anderer Weise als das Chinin. Es ist hier kein Surrogat des Chinin, da es im Gegensatz zu diesem nur wenig auf die asexuellen Formen, sehr stark auf die Gameten wirkt. Mit 0,05 Plasmochin allein kann man Fieber, Schironten und Gameten zum Verschwinden bringen, doch ist die Entfieberung langsam, sind Rezidive die Regel und ist die Dosis nahezu toxisch. Mit dreimal täglich 0,02 Plasmochin + dreimal täglich 0,25 Chin. sulf. (am besten dreimal täglich 2 Pastillen Plasmochin comp.) verschwanden Fieber und Parasiten in derselben Zeit und Art, wie nach täglich 1½—2 g Chinin. Die Vorteile vor Chinin sind das sichere Verschwinden der Halbmonde in 6—8 Tagen und das Fehlen der bekannten Störungen durch die hohen Chinindosen. Das Schema von Mühlens befriedigte bei den Sommer-Herbstformen, besonders bei den Rezidiven und chronischen Formen nicht, dagegen hatten Verf. gute Resultate mit einer konstinuierlichen, 14-tägigen Kur von dreimal täglich 2 Pastillen Plasmochin comp., an die sich 4tägige gleiche Behandlungen anschlossen, die zuerst zweimal durch 2tägige, dann zweimal durch 3tägige, dann durch 4tägige Pausen unterbrochen wurden. Weitere Erfahrungen mit andersartigen Anwendungsformen sind nötig. Der Milztumor verschwindet sehr rasch, rote Blutzellen und Hb Titer nehmen überraschend schnell zu. Auch bei Chininresistenz wird Plasmochin gut vertragen. Als unangenehme Nebenerscheinungen können Zyanose (warscheinlich durch Störungen der Reizleitung im Herzen) und Leibschmerzen auftreten. Ob Methaemoglobin in größeren Mengen beim Menschen auftreten kann, ist noch nicht sicher geklärt. Die Zyanose erreichte nie hohe Grade. Schwere Störungen wurden nie beobachtet. Bei nach dem Essen genommenen Dosen von 0,02 waren Leibschmerzen selten. Störungen des Nervensystems, Albamimorie traten nie auf.

34, Nr.. 26, 27. Juni 1927.

Santonin und Chenopodium. Bericht über einen Fall von Ascaridiasis bei einem 2½jährigen Kinde, bei welchem zweimalige San-

toningaben von 0,025 mit Kalomel Entleerungen ohne Würmer erzeugten, während Chenopodium in Ricinusöl nicht weniger als 348 Würmer herausbeförderte und aus dem schwer krank erscheinenden Kinde im Augenblick ein gesundes machte.

Rontal.

Il Policlinico Sez. med.

34. Nr. 6, 1. Juni 1927.

Hämolytische Splenomegalie mit Anämie von perniziösem Typus. II. Teil. E. Greppi.
Einfluß der Hoden auf die Reaktion der alimentären und Adrenalin-Glykämie. S. Marino.
Ueber die Empfindlichkeit der Tiere gegen Insulin nach Fortnahme der Hoden. S. Marino.
Physiopathologie der Thymusdrüse. C. Eurico.

Il Policlinico Sez. chir.

34. Nr. 6, 15. Juni 1927.

Die Veränderungen des lokalen Lymphgefäßapparats bei der Appendizitis. R. Calvanico.
Experimentelle Untersuchungen über partielle und subtotale Inversion des Dünndarms beim Hunde. G. Forni.
Appendicitis im Herniensack beim Säugling. M. Melletti.
Die modernen Kenntnisse über einige Punkte der Pathologie des Duodenums. G. Montegrosso.

Rontal.

La pediatria.

35., Heft 12, 15. Juni 1927.

* Vakzinetherapie der Bonchopneumonie im Kindesalter. Umberto Avellone.
* Tuberkelbazillenbefunde im Pharynx bei Säuglingen mit positiver Kutanreaktion. Michele Miraglia.
* Primäre Arthritis deformans im Kindesalter. M. Gerbasi.
* Betrachtungen über 15 mit der Methode von Solieri behandelten Fälle von offener Knochen-Gelenkstuberkulose. F. Del Vicario.
* Nochmals über die Koplikschen Flecke. Nicola Javaroni.

Aetiologie und Pathogenese der Hämaturie im Kindesalter (Sammelreferat). L. Auricchio.

Beobachtungen über Vakzinotherapie der Bronchopneumonie im Kindesalter. Behandlung mit einer Mischvakzine von Pneumokokken, Micrococcus catarrhalis und Influenzabazillus; die aus den Kulturen hergestellte Suspension wurde eine halbe Stunde auf 56° erhitzt und dann mit 0,5% Phenol versetzt. 1 ccm der Vakzine soll vier Milliarden Keime (Bestimmung mit der nephelometrischen Methode) enthalten. Man beginnt mit der Injektion von 0,4—0,5 ccm subkutan oder besser 0,1—0,2 ccm intravenös und wiederholt die Injektionen nach Bedarf jeden zweiten Tag bei steigenden Mengen. In 50% der Fälle genügen 2—3, in 39% 4—5 Injektionen um eine Entfieberung zu bewirken, die entweder kritisch oder rasch lytisch vor sich geht. In 59% der Fälle kommt es bereits in der ersten Woche der spezifischen Behandlung, in 30% zwischen dem achten und zehnten Tag zur Lösung der Pneumonie. Die Mortalität beträgt bei hundert Fällen nur vier, obwohl neunundsiebzig Kinder unter 2 Jahre alt waren.

Ueber Tuberkelbazillenbefunde im Pharynx bei Säuglingen mit positiven Bazillenbefund. Entgegen der Behauptung Lesnés und Langles, die durch Inokulation von Rachenschleim pirquetpositiver Säuglinge in ⅔ der Fälle Meerschweinchen tuberkulös infizieren konnten, konnte Autor in 20 Fällen keine Zeichen einer Infektion der 45—60 Tage nach der subkutanen Injektion getöteten und genau untersuchten Tiere feststellen.

Beiträge zur Kenntnis der primären Arthritis deformans im Kindesalter. Nach Uebersicht der Literatur über Aetiologie werden zwei einschlägige Fälle mitgeteilt. 1. Bei einem fünf Jahre alten Mädchen, das seit zwei Jahren an Schmerzen in den Knien leidet und bei dem sich in dieser Zeit eine Flexionskontraktur in beiden Kniegelenken, Schwellung letzterer, sowie der Hand- und Fußgelenke eingestellt haben, wird eine Schwellung der Knie-, Radiokarpal-, Metatarsophalangeal-, Interphalangeal-, Tibiotarsalgelenke ohne Erguß und ohne Hautveränderungen mit reduzierter aktiven und passiven Beweglichkeit in allen betroffenen Gelenken und vollkommener Ankylose in den Kniegelenken beschrieben. Der Prozeß verläuft trotz längerer Beobachtung ohne Fieber und läßt sich therapeutisch nicht beeinflussen. 2. Bei einem vier Jahre alten Mädchen mit Beginn vor zwei Jahren mit mäßigem Fieber und Schwellung des linken Kniegelenkes, zu der allmählich sich eine Schwellung des linken Sprung-, rechten Ellbogen- und Hand-, schließlich linken Handgelenkes gesellen. Knapp vor der Aufnahme kommt es unter mäßigem Fieber auch zur Schwellung des rechten Kniegelenkes. Bei der Aufnahme sind sämtliche große Gelenke, mit Ausnahme des rechten Schulter- und Sprunggelenkes, des linken Kniegelenkes, wie auch sämtliche kleine Fuß- und Handgelenke geschwollen. Die passiven Bewegungen sind in den betroffenen Gelenken sehr eingeschränkt, im linken Knie und Sprunggelenk vollkommen aufgehoben. Der Fall bleibt auch therapeutisch unbeeinflußbar. Lues und Tuberkulose werden in beiden Fällen ausgeschlossen. Die Röntgenuntersuchung ergibt im ersten Fall die charakteristischen Zeichen einer Arthritis deformans, im zweiten Fall fast gar keine Veränderungen.

Betrachtungen über 15 mit der Methode von Solieri behandelten Fälle von offener Knochengelenkstuberkulose. Nach anfänglicher chirurgischeer Behandlung der betroffenen Gelenke (Entfernung der nekrotischen Knochenstücke, Inzisionen und Gegeninzisionen) werden dieselben mittels Blaubindenverbände immobilisiert. Der Verband wird monatlich gewechselt und beim Wechseln passive Bewegungen zur Vermeidung einer Ankylose ausgeführt. Die Behandlung wird mit Heliotherapie unterstützt. In allen Fällen wurde nach 4—5 Monaten eine Heilung erzielt.

Nochmals über die Koplikschen Flecke. An einem großen Material konnte in 94,6% von Masernfällen die Anwesenheit von Koplikschen Flecken nachgewiesen werden, und zwar in 20% der Fälle 1 Tag in 10,6%, 2 Tage in 39%, 3 Tage in 28%, 4 Tage in 6%, 5 Tage vor Auftreten des Exanthems.

Eugen Stransky, Wien.

La Riforma medica.

43., Nr. 22, 30. Mai 1927.

Eine neue Blutdiagnose der Syphilis mittels der hämoklasischen Reaktion. L. d'Amato.
* Ueber die Natur der sensibilisierenden Substanzen der Pollen. G. Melli.
* Zur Erblichkeit des Krebses. C. Guarini.

Ein seltener Fall einer interstitiellen Leistenhernie bei der Frau. M. Penada.

Ueber die Natur der sensibilisierenden Substanzen der Pollen. Verfasser übt ausgiebige Kritik an den Arbeiten von Coca und Grove und den Versuchen Bastais, welche einen Beweis für die nichteiweißhaltige Natur der aktiven Pollensubstanzen erbringen sollten und weist nach, daß ein wirklich stichhaltiges Argument für diese Behauptung nicht existiert. Aus eigenen Versuchen, bei denen er die Pollen von Wiesen-Rispengras, weißem Straußgras u. a. und als Fermente Pepsin, Trypsin, Trypsin + Enterochinose, Erepsin, Papoin Pepsin + Blausäure benutzte, geht hervor, daß vieles für die Eiweißnatur des aktiven Pollenprinzips spricht. Dasselbe ist nicht dialysierbar, wird durch die Wirkung der proteolytischen Fermente inaktiviert, wird durch enteiweißende Substanzen (kolloidales Eisenhydroxyd oder Kaolin, Tonerdehydrat) zerstört oder gefällt und ruft eine positive Abderhaldensche Reaktion hervor. Auch ist wohl ein Analogieschluß aus der Tatsache berechtigt, daß für den Symptomenkomplex der Anaphylaxie nur Eiweißsubstanzen verantwortlich sind. Keines dieser Argumente für sich allein hat absolut beweisenden Wert, wohl aber das Zusammentreffen aller. Wahrscheinlich gehört die sensibilisierende Eiweißsubstanz weder zu den allereinfachsten, noch zu den hochorganisierten Eiweißen, ziemlich sicher gehört sie zur inneren Konstitution der Pollen.

Zur Erblichkeit des Krebses. Zwei Beispiele aus des Verfassers jüngster Erfahrung: 1. Zwei Schwestern, die von Geburt an stets zusammenlebten, erkrankten beide an Magenkrebs. 2. Drei Brüder die luetisch und arthritisch hereditär belastet waren, erkrankten alle an Epitheliomen des Nasenrückens, die durch Röntgenbehandlung geheilt wurden; der eine ging an Zungenkrebs, der andere an Tonsillenkrebs zu Grunde, der dritte lebt noch. In beiden Fällen waren in der Aszendenz maligne Tumoren nicht nachweisbar. Derartige Beispiele können eher für Kontagiosität als für Heredität des Krebses sprechen. Am wahrscheinlichsten handelt es sich um eine besondere Prädisposition.

43., Nr. 23, 6. Juni 1927.

Multilokuläre lymphatische Zyste des Halses infolge kongenitaler Mißbildung bei einem Erwachsenen. L. de Gaetano.
Ein merkwürdiger Mikrobenbefund (B. Para-Pfeiffer) in einem Falle von Endokarditis lenta. C. Ninni.
Kongenitales Megakolon und Megaureter. R. Broglio.
* Intravenöse Glukoseinjektionen in der Dermatologie. C. Maderna.

Intravenöse Glukoseinjektionen. Vorläufige Mitteilung der teilweise glänzenden Resultate dieser von Scholtz und Richter empfohlenen Therapie. 33⅓% Glukoselösung kam in täglichen Injektionen und konstanter Dosis von 10 ccm zur Anwendung. Bei vier Fällen von Herpes zoster verschwanden die Schmerzen nach der ersten Injektion, der herpetische Ausschlag war am dritten Tag

ingetrocknet. In 5 Fällen von polymorphem Erythem rascher intensiver Rückgang der Hauterscheinungen, bei einem Kranken mit Erythema nodosum hörten die lebhaften Gelenk- und Muskelschmerzen nach der zweiten Injektion auf, der Ausschlag verschwand am vierten Tage. In einem Falle von Psoriasis, die durch eine schwere Dermatitis exfoliativa im Anschluß an Bi-Injektionen kompliziert war, besserten sich Pruritus, Kälteschauer und die Hauterkrankung in überraschend schneller Weise, und der Kranke war nach 16 Injektionen vollkommen genesen. Gleich gute Erfolge bei akutem und chronischem Ekzem, bei Lichen, bei Psoriasis.

Rontal.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 36, 4. Mai 1927.

* Resultate der Schmerzchirurgie. R. Leriche.
Radikuläre Radiotherapie des Lichen planus. A. Zimmern und P. Cottenot.
Der Hyperventilationsversuch. Ph. Pagnier.

Die Resultate der Schmerzchirurgie. Verf. gibt eine interessante Uebersicht über seine Erfahrungen bei chirurgischem Eingriff gegen Schmerzen. Die letzten und sichersten Resultate erzielt er bei Trigeminusneuralgien durch retrogasserielle Neurotomie. in allen ca. 40 Fällen trat vollständige Heilung ein, bei drei rezidivierenden ebenfalls. nachdem er die ganze sensible Wurzel durchgeschnitten hatte, was vorher nicht vollständig geschehen war. Bei 4 Fällen von Angina pectoris hat er im wesentlichen eine Ablation der Zervikalkette vom Ganglion superior an bis zum oberen Pol des Ganglion inferior mit tiefer Ramikotomie, einer uni- oder bilateralen ganglionären Ablation ist zu widerrufen. Bei Kauralgien ist die periarterielle Sympathektomie mit Exzision der Narben die Methode der Wahl. Bei Stumpfschmerzen führt die Neurotomie oder Resektion der beteiligten Nerven zur Heilung. Bestehen vasomotorische und trophische Störungen, ist ebenfalls die peri-arterielle Sympathektomie angezeigt, während nach Neuromexision oder Reamputation bei sonst korrekten Stümpfen Rezidive auftreten. Sehr gute Resultate gab die hypogastrische Sympathekomie bei Abdominalschmerz, insbesondere in der Gynäkologie, ebenso die vorläufig noch geringen Erfahrungen bei den Schmerzen infolge inoperablen Karzinoms, wobei er in verzweifelten Fällen die Kondotomie anwandte.

Nr. 37, 7. Mai 1927.

Pathogenese der Schwangerschafts-Pyelonephritiden. Levy-Solal, Misrachi und Solomon.
Diagnose und Prophylaxe der Fluorose. H. Christiani.
Gefäßverengernde und gefäßerweiternde Medikamente und ihre therapeutische Anwendung. Ch. Abadie.

Nr. 38, 11. Mai 1927.

* Angina pectoris und die Coronar-Theorie. A. Clerk.
Neue Systematik des viszeralen Sympathikus. J. Delmas.
Subfebrilität und asthenische Reaktion. P.-E. Monhardt.

Angina pectoris und die Coronar-Theorie. Als unmittelbare Ursache kommt die Reizung des Plexus candiacus in Betracht. Die multiplen klinischen Erscheinungen richten sich nach der neuropathischen Empfindlichkeit des Subjektes und nach der Energie und dem Ursprung des auslösenden Reizes. Daher ist noch am besten eine funktionelle oder neuropotische und eine organische Angina mit Läsionen zu unterscheiden. Für letztere bleibt die Coronar-Theorie, d. h. der konstriktorische Spasmus noch zu Recht bestehen. Die Elektro-Radiographie legt die Möglichkeit einer Organminderwertigkeit oder einer myokardischen Desintegration nahe, wie sie von einer Reihe von älteren Autoren, Jenner, Parry etc. angenommen worden ist.

Nr. 39, 14. Mai 1927.

* Ist die provozierte Hyperglykämie ein diagnostisches Hilfsmittel bei Karzinom der Verdauungsorgane. P. Le Noir, A. Mathien de Fossey und R. Goiffon.
Die Sensation der „elektrischen Entladung", ein Frühsymptom der multiplen Sklerose. J. Lhermitte, G. Levy und M. Nicolas.
Die Schwere des Abortes und die Gefahren der Kurettage bei Uterusfibrom. R. Leibovici.
* Durstkur bei broncho-pulmonären, nichttuberkulösen Eiterungen. J. Mouzon.

Ist die provozierte Hyperglykämie ein diagnostisches Hilfsmittel bei Karzinom der Verdauungsorgane? Bei der vielumstrittenen Frage der Hyperglykämie bei Magen-Darmkarzinom kommen Verf. bei ihren Untersuchungen in 11 Fällen zu dem Ergebnis, daß die provozierte Hyperglykämieprobe keine einwandfreien Resultate zur Sicherung der Diagnose liefert. Eine Verlängerung der Hyperglykämiekuren wurden zwar in ⅓ der Fälle beobachtet, war aber nicht konstant genug und wird außerdem auch bei einer Reihe anderer Erkrankungen gefunden.

Die Durstkur bei broncho-pulmonären nichttuberkulösen Eiterungen. Verf. bringt eine Uebersicht über die Ergebnisse der Durstkur bei Lungenprozessen, die bis jetzt in Frankreich wenig gebräuchlich war, aber in anderen Ländern, besonders in Deutschland und Oesterreich gute Resultate gezeigt habe. Die aufgenommene Flüssigkeitsmenge darf in 24 Stunden nicht 400 ccm übersteigen, wobei nach drei Tagen ein „Trinktag" erlaubt wird mit 1200 bis 1500 ccm Flüssigkeit. Mit der Entwässerung tritt auch eine Desodorisation des Auswurfs, Besserung der Dyspnoe, des Allgemeinzustandes und des Röntgenbefundes ein. Leider sei der Auswurf der Kranken nicht genauer chemisch untersucht worden, worin Verf. eine große Lücke erblickt.

Häber.

Le Progres Medical.

Nr. 11. 12. März 1927.

* Pleuritiden mit großem serösem Erguß beim Kinde. Nobecourt.
* Die menschliche Persönlichkeit vom biologischen Gesichtspunkt. C. Greene Cumston.

Die großen serofibronösen Pleuraergüsse beim Kinde. Im Vordergrund stehen hier die physikalischen Symptome, die Erweiterung des Thorax weniger bei der Messung, als bei der Besichtigung. Es ist mehr die Form, als das Volum: der vordere Teil der betreffenden Seite springt vor. Wenn das Kind atmet, beobachtet man namentlich in der Höhe der unteren Rippen und des Diaphragma Immobilität. Das Stimmzittern ist erloschen. Perkutorisch: absolute Dämpfung. Die Lunge ist nach dem Hilus zu zusammengedrängt, von den Wänden abgezogen: respiratorisch absolute Stille. In manchen Fällen Pseudokavernenzeichen, Folge des Schleims in den großen Bronchien, einer ödematösen Bronchitis. Röntgen: gleichmäßige Verschattung der betreffenden Seite, Verschiebung des Herzens. Senkung des Zwerchfells. Besteht nun gleichzeitig ein Perikarderguß, so ist es oft schwierig, hier genau zu scheiden. An der Senkung des Zwerchfells hat auch die Milz teil und ist deshalb zu fühlen. Die funktionellen und subjektiven Erscheinungen treten wie gesagt mehr in den Hintergrund: man kann Stiche in der Seite konstatieren, trockenen Husten, anfallweise Dyspnoe. Letztere kann aber auch bei sehr großem Exsudat fehlen. Dann Tachykardie ohne ausgesprochene Atembeschwerden. Tendenz des Kindes sich auf die Seite des Ergusses zu legen, um nicht Herz und die funktionierende Lunge zu drücken. Auch Arrhythmie durch Kompression der Vorhöfe kommt vor. Unabhängig von der Größe des Exsudats sind Fieber und schlechter Allgemeinzustand. Dieser ganze Symptomenkomplex ist nun nicht so leicht zu diagnostizieren wie man annimmt: er kann auch vorliegen bei pleuropulmonären Kongestionen, mit der Verdichtung der Lunge kann ein kleiner Erguß verbunden sein. Die Punktion ergibt in solchen Fällen nichts. In solchen Fällen ist das Herz nicht verschoben, der Traub'sche Raum nicht verschwunden; die Dämpfung ist verschieden dicht, man hört Rasseln, Reiben usw.; kurz, die Lunge erscheint wie die physikalische Untersuchung ergibt, rippennahe. Je mehr stethoskopische Zeichen bei einem Erguß vorliegen, um so geringer ist er. Auch die Splenopneumonie, das Lungensarkom und eine Hydatidencyste können ein großes Exsudat vortäuschen. Die Punktion ergibt lediglich Aufschluß über das Vorhandensein und die Art des Ergusses, nicht aber über seine Größe. Nicht alle großen Ergüsse sind seribrinös; sie können allerdings seltener auch hämorrhagisch sein, oder purulent (Pneumo-, Streptokokken), manchmal auch tuberkulös. Die histologisch hämorrhagischen Formen lassen eine purulente Umwandlung befürchten, eben so die Polynukleose im serofibrinösen Exsudat. Das serofibrinöse Exsudat ist nicht immer tuberkulös, besonders aber wenn reichlich Lymphozyten darin sind, Der Rheumatismus gibt selten große Ergüsse; bei der Endocarditis rheumatica findet man meist falsche große Ergüsse. Vorsichtige Entleerung, dann sind Zufälle selten.

Die menschliche Persönlichkeit vom biologischen Gesichtspunkt aus. Bei den zahlreichen Aehnlichkeiten zwischen lebenden Organismen und nicht lebenden Mechanismen dürfen die Verschiedenheiten keineswegs ignoriert werden. Die Reaktion auf einen Reiz ist nicht bloß Charakteristikum des Lebenden, sondern auch gewisser chemischer Verbindungen, z. B. des Schießpulvers; aber das verpuffte Schießpulver kann nicht wieder explodieren; der kontrahierte Muskel dagegen kann sich wieder kontrahieren. Auch das Gesetz der Trägheit, das Nichtreagieren auf Reize ist bei manchen chemischen Substanzen ganz verschieden. Schießbaumwolle reagiert nicht auf Funken.

Auch die Vergleiche zwischen Kristallen und Lebewesen geben keine befriedigenden Resultate. Eher die Prozesse der Verdauung: die Bereitung des Magensaftes und seine Wirkung. Pepsin und HCl wirken auch außerhalb des Organismus und die Verdauung eines Stückchen Fleisch ist z. B. nicht anderes als eine komplizierte

Lösung. Dazu ist also die Vitalität nicht nötig, wohl aber zur Bereitung des Magensaftes. Und davon kann man so wenig eine genaue Beschreibung geben, wie von der Absorption der Verdauungsprodukte durch das Blut. Sicherlich wirkt das lebende Protoplasma auf die H- und Cl-Atome, die aber selbst nicht leben. Leben ist nicht nötig für alle Vorgänge im Organismus, aber für gewisse Vorgänge ist es die conditio sine qua non. Recht interessant ist der vitale Akt bei dem rein physikalischen Vorgang der Diffusion und Osmose. Durch eine lebende Membran passiert Natriumsulfat 15mal rascher als Rohrzucker; werden die beiden Substanzen aber in ein lebendes Eingeweide gebracht, so wird der Zucker im Blut 10mal rascher absorbiert als das Salz. Wird nun die Schleimhaut mit einer toxischen Substanz behandelt, Natriumfluorid, so ist die Schnelligkeit der Absorbtion bei beiden dieselbe: die vitale Differenz ist verschwunden. Ferner der Kristall und die Maschine haben im Gegensatz zum Organismus keine Lebensgeschichte; der Kristall hat eine ewige Jugend oder wie man will ein ewiges Alter; es gibt keine Beziehung zur Zeit, kein Wachstum oder: er erreicht nach verschiedenen Lebensphasen kein Klimakterium; ein Lebewesen ist auf ein bestimmtes mehr oder weniger entferntes Ziel gerichtet. Pflanze und Tiere haben einen Stoffwechsel, sie absorbieren ihnen fremde Stoffe; die Exkretion ist ebenso gut ein Teil des Lebens wie die Absorption. Auch die Fortpflanzung ist ein Charakteristikum des Lebens. Zu alledem ist der Kristall nicht fähig. Auch die Neutralisierung von Toxinen, die von Zeit zu Zeit in den animalischen Organismus eindringen, durch Antoxine, ist eine dem Kristall nicht zukommende vitale Eigenschaft.

Die teilweise genialen Versuche, den Tropismus, die Reflexaktionen, die Instinkte, Gewohnheiten und Rhythmus bei niederen Tieren auf rein physikalischem und chemischem Wege zu erklären, lassen alle die Erwähnung des Bewußtseins, des Willens, den persönlichen Faktor vermissen. Dies ist zweifellos biologischer Materialismus in profundis. Wenn der heutige phylosophische Biologe auch nicht mehr auf dem mittelalterlichen Vitalismus steht, so kann er doch Thomson darin beistimmen, daß die apsychische Auffassung des Lebens ein Monstrum sei. Die heutigen Biologen fassen den lebenden Organismus nicht nur materiell auf; sie legen der Fähigkeit des Geistes, dem supramateriellen eine immer mehr wachsende Bedeutung in der Bildung des Individuums und der Rasse bei. Huyley hat dem Bewußtsein die Fähigkeit aberkannt, Ursache irgend eines materiellen Vorgangs sein zu können und hat es lediglich als Begleiterscheinung eines physischen Vorgangs aufgefaßt. Immerhin war aber das Physische fähig, das Physische zu beeinflussen. Heute ist das Ego, die Seele oder wie man es heißen will, in die Reihe der vitalen Ursachen und Wirkungen voll wieder eingesetzt. Der große Krieg hat uns gelehrt, daß die Seele dynamogene Eigenschaften hat und daß die Lehre von der nervösen Energie die einzig mögliche Hypothese in der Psychopathologie ist. Es gibt nicht nur bewußte, sondern auch un- und unterbewußte Einflusse auf die Materie. Was heute der ärztliche Psychologe annimmt, war vor einigen Jahren noch ausschließliches Eigentum des Charlatans.

Ein eingefleischter Materialist gleicht einem der alle Körpertätigkeiten nur durch Neurone, Nervenimpulse und Reflexe erklärt und dabei den psychischen Faktor in dieser rein psychischen Kette ganz ausschaltet. Für ihn gibt es keinen Unterschied zwischen der Träne, die ein Sandkorn im Auge hervorruft und dem Erröten, das ein unangenehmer Gedanke veranlaßt, aber gerade beim letzteren ist der psychische Faktor das wesentliche. Wir sind weder ganz Körper noch ganz Seele, aber Psychokörper oder Körperseele. Die psychische Erregbarkeit der lebenden Materie kann durch einen rein mentalen Vorgang aufgehalten werden, ebenso wie der Vorgang der Verdauung, der Herzschlag durch eine unangenehme Nachricht. Wenn wir die ganze Tierreihe prüfen, so scheint die Seele hinsichtlich Vermögen und Fähigkeit in dem Maaße zuzunehmen, als wir auf der animalen Leiter steigen; man kann nirgends sagen, hier beginnt die Seele oder hier ist das Bewußtsein erwacht und es scheint philosophischer zu sein, wenn man zugibt, daß das supermaterielle in den Amöben wie im Menschen ist, nur hier schwach und verdeckt, dort ausgesprochen und stark. Durch die verschiedenen Reihen der Phylogenie hat sich die Seele ebenso wie der Körper verschieden entwickelt. Aehnlich wie das einzelne Individuum. Wenn die Gehirnrinde den Zustand der Reife erlangt hat, so erreicht auch die Psyche ihr Klimakterium. Wenn die normale Entwicklung des Körpers aufgehalten ist, so leidet darunter auch entsprechend die Psyche. Ebenso in der Senilität. Und wenn man materialistisch die Psyche auf die innere Sekretion zurückführt, so ist sowohl die Sekretion wie die Drüse und dann auch wie die Seele etwas Reelles.

Die Tätigkeit der Psyche spielt sich beim Erwachsenen in drei Ebenen ab, in der viszeralen, der sinnesmotorischen und der psychomotorischen. Auf der viszeralen Ebene sind die psychischen Reize gleich null, denn die inneren Organe führen sozusagen das unbewußte Leben des Fötus. Im sinnesmotorischen ist der psychische Reiz nicht kausal, das Bewußtsein des Reizes könnte man vielleicht ein Epiphänomen nennen. Auf dem psychmotorischen Gebiet dagegen ist das Bewußtsein das Wesentliche, die ideomotorischen Reflexe. Aus dem Namen Reflexe darf man aber nicht schließen, daß die psychischen Zustände kausale Faktoren in der Kette der Ereignisse sind. Die Nervenäußerungen, wie Wille, Gedächtnis, Urteil usw., sind psychisch inferior; mit dem Selbstbewußtsein haben wir potentiell das, was man Persönlichkeit und Charakter nennt. Die Psyche und ihre Engramme sind die Erfahrung der Rasse. Die Psyche ist eine Einheit für sich unabhängig von der Materie an die sie gebunden ist; denn die Persönlichkeit erhält ihre Identität trotzdem die Molekül des Neuroplasma ständig wechseln. Wir können von Persönlichkeit nur sprechen, wenn von der Materie her eine Gehirnrinde vorliegt, von der Psyche her das Selbstbewußtsein erwacht ist und die Vergangenheit sozusagen registriert zur Verfügung steht. So gut nun die Vergangenheit in der Gegenwart latent sein kann, so gut kann auch die Gegenwart in der Zukunft latent sein. Das Ich, das wirklich Unteilbare, Individuum, scheidet sich beim Tode von den Molekülen der Materie, aus denen der Körper zusammengesetzt ist. Es ist mehr als der Körper, eine supermaterielle Synthese nud dann ist auch das Ich fähig die Auflösung des Körpers zu überleben, an den es gebunden wurde bevor das Bewußtsein auftrat. Und so könnte man auch verstehen, daß je nachdem eine entsprechend notwendige Struktur gegeben ist, eine Reinkarnation stattfinden könnte. Und in diesem Sinne ist die Seele unsterblich und unzerstörbar. Sie braucht das Neuroplasma, um hier zum Ausdruck gelangen zu können; wie sie im Wesen unverändert bleibt, während die Materie, an die sie gebunden ist, wechselt, kann sie auch bestehen bleiben, nachdem diese Materie neue Kombinationen, die man Tod nennt, eingegangen hat. Wenn aber die Materie unzerstörbar ist, ist es die Seele erst recht. Sie hat einen Platz im Raume, ohne an einen Punkt gebunden zu sein und insofern ist sie weder an den Raum noch an die Zeit gebunden. Sie hat eine Existenz in der Zeit, ohne daß man Anfang und Ende auf sie anwenden könnte. Denn sonst wäre die Individualität eine Mythe und die Persönlichkeit eine Chimäre.

Nr. 12, 19. März 1927.

Allgemeine Prinzipien der Behandlung der offenen Diaphysenfrakturen. L. Plisson.

Nr. 13, 26. März 1927.

Bemerkung über die Waschung der Samenblasen. Ch. Lahayville.
Verschiedene Untersuchungen über die Sexualität. Henri Vignes.

Nr. 14, 2. April 1927.

Die physiologische Bedeutung des Orbikularis- und Frontaliszeichens bei Fazialislähmungen. L. Bard.
Die zoniforme Syphilis. E. Jeanselme.
Behandlung der akuten purulenten Pleuritiden. L. Plisson.

Nr. 15, 9. April 1927.

Ernährung und Diätetik auf den Kinderstationen. H. Jumon.
* Die paranoische Konstitution. J. Levy-Valensi.
* Lipasotherapie der Lungentuberkulose. M. Gonzalo Corbalan Trumbult.

Paranoische Konstitution. Mit den zwei Worten Konstitution und Unfall kann man die ganze Pathologie bestreiten. Konstitution ist der durch unsere Ahnenreihe aufgestellte Kurswert unserer Zellen, Organe, unseres ganzen Organismus und Unfall im weitesten Sinne ist das Resultat der Reibung des Menschen mit der Umwelt, mit seinem eigenen Organismus, der traumatische, der moralische Shock, Infektion, Intoxikation. Hierher gehört also jeder krankhafte Zustand. Zwischen beiden bestehen Zusammenhänge: latente Konstitutionselemente können durch einen zufälligen Krankheitszustand erst in Erscheinung treten und andererseits können manche Konstitutionen der Entwicklung der letzteren ihren Stempel aufdrücken. Eine Krankheit, z. B. die Schädigung der Niere durch Scharlach bei einem Vorfahren kann in der Form der Anfälligkeit der Niere konstitutionelles Element werden. Und so ist das Gehirn des Kindes nicht jungfräulich, nicht ein Wiederbeginn, sondern eine Etappe und oft das Ende. Hier liegen die ganzen Erlebnisse der Vorfahren im Keime in dem grausamen biblischen Sinne: die Eltern haben die Trauben gegessen, und die Kinder haben davon die stumpfen Zähne.

Um die mentale Konstitution zu verstehen, muß man die Triebe verstehen. Der erste Trieb ist der vitale oder expansive oder primordiale, auf den Instinkten basierend mit dem Zweck, das Maximum des Wohlbefindens, die Vervollkommnung des Wesens, seinen Bestand zu garantieren, im wesentlichen egoistisch. Schon bald, wenn der Mensch den Schmerz, das Uebel kennen lernt, kommt der Verteidigungstrieb. So ist es beim primitiven Menschen, so beim Kinde. Später kommt dann die Ueberlegung, das Urteil, das die Beziehungen zwischen den Dingen und ihrem Wert interpretieren läßt und als Folge davon der Drang zur Geselligkeit, die Anpassungsfähigkeit. Die Folge der drei Triebe, des expansiven, des

defensiven, des interpretierenden. Es gibt noch andere Triebe, den depressiven, eine Reaktion des expansiven, den emotiven, den imaginativen und den perversen; letzterer der Instinkt, der der Ueberlegung entronnen ist. Die Betonung der einen oder der anderen Tendenz schafft den Charakter. Die Betonung und Perversität mancher Charaktere, die daraus entstehende krankhafte psychische Gleichgewichtsstörung ist die mentale Konstitution. Die perverse imaginative Tendenz schafft die mythmane Konstitution, die emotive die ängstliche usw. Wenn eine der drei primären Tendenzen hypertrophiert, z. B. die expansive, so haben wir den egozentrischen Zustand; hypertrophiert die defensive Tendenz — das krankhafte Mißtrauen. Versinkt alles im Autismus, so kommt der Kontakt mit der Wirklichkeit ins Wanken: die schizoide Konstitution. Kommt die Interpretation auf Abwege, so entsteht die Paralogie. Also Stolz oder richtiger Größenwahn, Mißtrauen, Paralogie und als Folge die Inadaptibilität sind die Grundelemente der paranoischen Konstitution. Daraus folgt Einsamkeit, Träumerei, Flucht in die Natur, die ihnen nicht widerspricht, sie nicht erniedrigt.

Am besten studiert man den nicht delirierenden Paranoiker im Leben. Das Kind ist ein logischer Paranoiker, sozusagen rechtmäßig. Bei ihm entwickelt sich der Egoismus natürlich zuerst, denn dies ist seine Lebens- und Entwicklungsbedingung. Dann ganz schwach die Defensivtendenz; erst später die Ueberlegung, die das zweite Stadium dirigiert. In der Schule kann der Paranoiker ein sehr guter Schüler sein, aber schwer zu disziplinieren, vernachlässigt von seinem Programm, was ihm nicht gefällt, ist gerne Autodidakt, namentlich in fremden Sprachen. Letzteres darf aber nicht so ausgelegt werden, als ob alle Autodidakten Paranoiker seien. Mißtraut den anderen, hält sich für überlegen, kann kein dauernder Freund sein. Bei Prüfungen versagt er, was seine Eitelkeit schwer verletzt. Oft verbirgt sich, was psychologisch wichtig, der Stolz unter einer falschen Bescheidenheit und das Mißtrauen unter Furchtsamkeit, und beim Erwachen des sexuellen Lebens können dann daraus die schlimmsten Perversionen entstehen. Oft ist das Militär der erste Anstoß. Aber wenn nicht gleichzeitig Perversität vorliegt, so braucht er mit dem Gesetz nicht in Konflikt zu kommen, vielmehr ist er oft skrupulös ehrenhaft. Im gewöhnlichen Leben hat er allerhand auszusetzen, was aber nur als Protest gegen eine vermeintliche Beeinträchtigung seiner Persönlichkeit aufzufassen ist. Ausstände, die der Normale zunächst nicht versteht. Krank, hebt er den Arzt erst in den Himmel, aber bald wird er — auch hier der Autodidakt — sich selbst behandeln. Als Bürger vertritt er vor Gericht seine Ansicht, nicht sein Recht in ungewohnter Weise, schikaniert. Er ist Altruist; aber darunter verbirgt sich nur zu oft der Egoismus. Er widmet sich Reformen auf allen Gebieten, ist Proselitenmacher in der höchsten Potenz, Schöpfer und Propagandamann von religiösen Sekten, von utopischen Theorien und Vereinen, von Werken, die zunächst großen Lärm machen, von denen aber nichts bleibt. Alle Frauen sind in ihn verliebt, und wenn tatsächlich mal eine hereinfällt, quält er sie mit seiner krankhaften Eifersucht. All dies veranlaßt ihn, die Gesellschaft allmählich zu fliehen: er zieht sich in ein träumerisches Innenleben zurück, das ihm gefällt und das er mit seinen Ideen bevölkert. Diese sekundäre Träumerei hat nichts zu tun mit dem primitiven Innenleben des Schizoiden. Hiervon kann er sich aber gelegentlich exteriorisieren in Form Autobiographien. Solche Paranoiker können lange keine Delirien haben, wohl sekundäre Delirien, wie die anderen auch, wie die pseudosystematischen bei den Maniakalischen, bei den Melancholikern mit Verfolgungswahn; vielleicht gehören hierher auch die alkoholischen Eifersuchtsdelirien und manche präsenilen Formen. Das sind aber Delirien bei Paranoikern, nicht paranoische Delirien. Diese sind einfach maßlose Betonungen der drei oben genannten typischen Tendenzen.

Lipasetherapie der Lungentuberkulose. Die Feststellung, daß bei Lungentuberkulose, wie bei der Lepra — beide durch säurebeständige Bazillen verursacht — die Blutlipasen erheblich vermindert sind, von 14 beim Gesunden auf 2,5 beim schweren Tuberkulösen, legte den Gedanken nahe, durch Vermehrung der lipolytischen Eigenschaften des Blutserums den Wachszylinder der Bazillen aufzulösen und durch Befreiung der intrazellulären Antigene eine aktive Immunisierung des tuberkulösen Organismus herbeizuführen. Verwandt werden dazu die höheren Fettsäuren aus dem Lebertran, das Aethylmorrhuat, in Olivenöllösung, 2 bis 10 ccm einer 25% Lösung subkutan, intramuskulär und intratracheal und dann eine Verbindung davon mit dem bei Lepra angewandten Chaulmograöl. Sie können in allen Formen der Tuberkulose angewandt werden, und zwar mit Erfolg, aber bestimmte Schlüsse lassen sich noch nicht daraus ziehen.

v. Schnizer.

Journal des Praticiens.

Nr. 20, 14. Mai 1927.

* Die Prognose der Lungen- und Pleuratuberkulose beim Erwachsenen. J. Rieux.
Intestinale Toxi-Infektion und Gehörstörungen. J. Matignon.

Die Prognose der Lungen- und Pleuratuberkulose des Erwachsenen. Eine der schmerzlichsten Lehren, die man aus großen Tuberkulosestatistiken ziehen kann, ist folgende: Von jungen Menschen, bei denen im Alter von 15 bis 25 Jahren Tuberkulose manifest wird, erliegt zirka ein Drittel der Krankheit in den ersten 3 Jahren, ein Viertel in den ersten 4 Jahren, zwei Drittel in 8 Jahren, drei Viertel in 12 Jahren. Um dieser volksvernichtenden Geißel Herr zu werden, gibt es drei Möglichkeiten: 1. die Immunisierung des Kindes gegen das Tuberkulosevirus. Bekanntlich sind Versuche dieser Art im Gange, aber erst in 20 bis 30 Jahren wird man ein abschließendes Urteil darüber fällen können. 2. Frühdiagnose und Frühbehandlung jeder inzipienten Lungentuberkulose. 3. Ueberwachung aller tuberkulosegefährdeter Personen. Bei allen Individuen, bei denen Abmagerung, Nachtschweiß, subfebrile Temperaturen bei negativem Lungenbefund besteht, sind wir berechtigt, eine Fixationsreaktion anzustellen. Ihr positiver Ausfall zeigt an, daß ein latenter Herd als Gefahrenquelle für die Lunge da ist. In diesem Stadium genügt oft schon Ruhe allein, um das Fortschreiten der tuberkulösen Inkubation zu verhüten.

Held.

Nr. 21, Mai 1927.

Schleichende paraurinäre Infektionen von chirurgischem Typ. F. Cathelin.
Brocasche Aphasie. Laignet-Lavastine.
Grippeformen im Jahre 1927. Alphonse Guérin.
Nekrose des Oberkiefers im Anschluß an Zahnextraktionen unter Lokalanästhesie. J. L . . .

Nr. 22, 28. Mai 1927.

* Darmverschluß und chirurgische Behandlung desselben bei peritoneo-ileocoecaler Tuberkulose. Emile Sergent.
Behandlung des Epithelioms des Mundbodens. Hartmann.
Das hyposthenische Krankheitsbild. Mary Mercier.

Darmverschluß und chirurgische Behandlung bei peritoneo-ileocoecaler Tuberkulose. Häufiger als man glaubt, lokalisiert sich die Darmtuberkulose am Ileocoecum, sei es in hypertrophischer, sei es in ulzeröser — bald akuter, bald chronischer — Form. Wichtig sind Darmblutungen als Frühsymptom. Peritoneale Reizungen lokaler Natur verursachen die Stuhlverhaltung und ziehen durch eine Stenose von außen her eine Behinderung der Darmperistaltik nach sich. Schon bei den ersten Anzeichen eines echten Darmverschlusses fordert Verf. den chirurgischen Eingriff, unabhängig davon, ob die Erkrankung tuberkulöser Natur ist oder nicht. Der Arzt lädt eine viel größere Verantwortung auf sich, wenn er abwartet, als wenn er aktiv vorgeht.

Je nach Lage des Falles besteht der Eingriff in einer caecalen Resektion bei hypertrophischen Formen, in einer ileocaecalen Resektion bei ulzerösen Formen, zuweilen auch nur in einer Lösung von Verwachsungen mit und ohne Anus artificialis.

Nr. 23, 4. Juni 1927.

* Ist Syphilis heilbar? M. H. Gougert.
Hernia inguinalis auf der rechten Varikozele auf der linken Seite. Hartmann.
* Anwendung ultravioletter Strahlen zur Behandlung des zirrhotischen Aszites. Noël Fissinger.

Ist die Syphilis heilbar? Eine Syphilis, die von Anfang an während des ersten und zweiten Jahres behandelt wird, heilt, abgesehen von einigen ganz seltenen Ausnahmen. Da wir aber keine absoluten Kriterien besitzen, um diese Heilung als definitiv zu erkennen, so müssen wir die Möglichkeit dieser Ausnahmen stets im Auge behalten. Der einmal Erkrankte bedarf der Ueberwachung und einiger Sicherheitskurven. Mit solchen Vorsichtsmaßregeln werden wir die Syphilis zum Erlöschen bringen. Verf. lehnt jede Verantwortung ab, wenn der Kranke zu früh mit der Behandlung aufhört oder Sicherheitskuren verabsäumt. Ein richtig behandelter und überwachter Syphilitiker braucht nie um seine und seiner Familie Zukunft zu bangen.

Ueber den Gebrauch von ultravioletten Strahlen in der Behandlung des zirrhotischen Aszites. In einigen Fällen von zirrhotischem Aszites, die der Behandlung mit Diureticis und Quecksilbercyanür getrotzt hatten, konnte ein gewisser Erfolg durch Anwendung von ultravioletten Strahlen erzielt werden. Allerdings sind nur solche Fälle auszuwählen, bei denen eine ausgeprägte Leberinsuffizienz fehlt. Diese Insuffizienz charakterisiert sich durch: trockene Zunge, deutlichen Ikterus, diffuse Oedeme und Inappetenz. Neigung zu Haemorrhagien mit Purpura, wiederholtes Nasenbluten bildet ebenfalls eine Kontraindikation für Bestrahlung,

ferner das Auftreten von Lungentuberkulose oder Nephritis. Die gespannte Haut des Asziteskranken hat eine Strahlenempfindlichkeit, die man kennen muß, um danach Länge und Häufigkeit der Bestrahlung zu bemessen. In 10 bis 20 Sitzungen erreicht man eine relative Austrocknung, d. h. der Aszites verharrt in mittlerer Stärke und macht neue Punktionen entbehrlich.

Held.

Revue française de Dermatologie et de Vénérologie.

3. Jahrgang, Nr. 4, April 1927.

Das Zinksulfarsenol in der Syphilisfrage. Bekanntlich wird die Wirksamkeit der Arsenkörper durch Metallisierung um das zwei- bis vielfache gesteigert. Dies gilt für Silber, Kupfer, Wismut, Quecksilber, Vanadium, Magnesium, Cadmium, wenn das Metall an das Salvarsan gekuppelt werden kann. Das Zinksulfarsenol soll nach Lehnhoff Wyld und Dale ein Index von 1—66 haben, während das reine Sulfarsenol nur ein Index von 1—15 hat. Diese bei der Schlaftrunkenheit der Maus gewonnenen Erkenntnisse scheinen sich bei der menschlichen Syphilis zu bestätigen. Es werden 11 Krankheitsgeschichten in extenso mitgeteilt. Die Erscheinungen schwinden rasch, Spirochäten lassen sich in den Läsionen schon nach einigen Tagen, manchmal sogar nach 24 Stunden nicht mehr auffinden. Die Wassermannsche Reaktion wird rasch beeinflußt oder bleibt negativ. Das Medikament wird selbst in hoher Dosis gut vertragen und hat den Vorzug, eine wirksame Arsenbehandlung zu ermöglichen mit einer geringeren Arsendosis, als man sie bisher für notwendig hielt. Ein 60 jähriger Mann blieb mit einer Kur, deren einzelne Injektionen nicht über 0,36 hinausgingen, negativ.

Es wird vorgeschlagen, erst eine schwache Zinksulfarsenol, 0,06, vorauszuschicken, dann 4 Stunden später eine Injektion von 0,6 folgen zu lassen. 24 Stunden später sind dann keine Spirochäten mehr zu finden, nach 21 Tagen ist dann der Wassermann negativ.

Duhringsche Krankheit. Gangränöse Umwandlung von Erosionen an den Füßen. Eine 76 jährige Kranke litt an Dermatitis herpetiformis Duhring, in ihrer pemphigusartigen Form. Das außerordentlich schmerzhafte Leiden wurde zunächst durch Injektionen von 914 gebessert. Die Blasen bildeten sich zurück, bedeckten sich mit Krusten, vernarbten. Neue Blasen traten nicht mehr auf und man glaubte an eine bevorstehende Heilung. Indes blieben auf dem Fußrücken und den Unterschenkeln einige flache, polyzyklische Ulzerationen bestehen, die nicht heilten, vielmehr an Ausdehnung zunahmen und schließlich gangränös wurden. Es trat hohes Fieber hinzu, Delirien, Wadenkrämpfe, drohende Urämie. Es kam ferner zu einer aktiven hämorrhagischen Nephritis.

Die Blutkultur zeigte einen Bazillus, den die Autoren unter dem Namen Paseurella gangränae cutis beschrieben haben. Der gleiche Bazillus fand sich auch post mortem in den Organabstrichen, besonders in der Leber, Milz und im Knochenmark.

Gegenwärtiger Stand unserer Kenntnisse über die Natur des Erythema nodosum. Das Erythema nodosum ist keine Krankheitseinheit, sondern die Bezeichnung für die Hauterscheinungen bei einer Allgemeininfektion, die sich in einer Reihe von ziemlich diskreten Symptomen ausdrückt. Wegen der oft vorhandenen Gelenkschwellungen glaubte man anfangs, daß es sich um eine dem akuten Gelenkrheumatismus verwandte oder mit ihm mehr oder weniger identische Krankheit handelte. Dann trat die Ansicht von einer tuberkulösen Ursache in den Vordergrund. Auch diese Auffassung muß heute modifiziert werden, da auch andere Mikroben, besonders die Spirochaete pallida ein Erythema nodosum hervorbringen können.

Außerdem war der Saisoncharakter dieses Leidens aufgefallen und man hat es als Eruptionsfieber aufgefaßt, das eine Immunität hinterläßt, auch hat das Leiden zuweilen epidemischen Charakter, ohne daß der ursächliche Bazillus gefunden worden wäre.

Der Autor diskutiert nacheinander die verschiedenen Hypothesen über die Natur des Erythema nodosum und fügt 12 eigene klinische Beobachtungen hinzu.

Tuberkulöse Aetiologie. Sie ist in einer Anzahl von Fällen bewiesen. Das Blut eines E.-n.-Kranken einem Meerschweinchen inokuliert, macht dieses Tier tuberkulös. Bei der Autopsie von E.-n.-Kranken fand man tuberkulöse Herde und entdeckte in den Knoten Kochsche Bazillen. Dies glückte allerdings nur ausnahmsweise. Schaumann nimmt an, daß Bazillen auf dem Blutwege in eine bereits gebildete Läsion transportiert werden können.

Histologisch zeigen die Knoten die Merkmale einer reinen Entzündung, mehrere Autoren fanden Riesenzellen, was allerdings keinen absoluten Wert hat.

In biologischer Beziehung ist zu bemerken, daß die Tuberkulinreaktion beim Kinde mit E. n. stets positiv ist. Dies ist von größter Wchtigkeit, da man weiß, daß diese Reaktion bei Kindern überhaupt nur in 20—60% vorkommt. Demgegenüber stehen auch zahlreiche negative Tuberkulinreaktionen. Eindruckerweckend ist auch das Auftreten von charakteristischen Ausbrüchen von E. n. nach intradermalen Tuberkulininjektionen.

In klinischer Beziehung sind die Fälle, da Tuberkulin ein E. n. hervorrief, sehr zahlreich. Die Sanatoriumsärzte fanden dies Ereignis aber nur selten. Vielleicht ist das Symptom bei älteren Tuberkulosefällen selten und dagegen bei latenten und wenig evolutiven Tuberkulosen häufig. Zahllos sind die Beobachtungen, daß das E. n. zu Beginn einer tuberkulösen Manifestation gesehen wird, Meningitis, Pleuritis, Bronchitis, kalter Abszeß, Salpingitis, Perikarditis, Endokarditis. Es dürfte außer Zweifel sein, daß hier das Symptom einer Aussaat des Tuberkel-Bazillus entspricht.

Syphilitische Ursache. Die Knoten des E. n. haben große Aehnlichkeit mit syphilitischen Gummen. Allerdings geht sie nie in Erweichung über. Sie treten in der Sekundärperiode auf, selten im Tertiärstadium, dazu gesellen sich allgemeines Unwohlsein, Fieber, Gelenkschmerzen. Der Ausbruch dauert 14 Tage, die Resolution der Knoten wird durch spezifische Behandlung beschleunigt. Fischl fand bei einer Syphilitischen in einem E.-n.-Knoten eine Infiltration von mononukleären Leukozyten, Riesenzellen, Periphlebitis, Endophlebitis mit zahlreichen Spirochäten.

Verschiedene Infektionen als Ursache. Akuter Gelenkrheumatismus oder doch ein Pseudogelenkrheumatismus infektiösen Ursprungs, Scharlach, Lepra, Typhus, Malaria, Gonorrhoe können ein E. n. hervorbringen. Dasselbe gilt für Operationen oder eine Geburt. Es fanden sich in derlei Fällen sehr verschiedene Mikroorganismen im Blut: Strepto-, Pneumo-, Meningokokken, es ist aber sehr fraglich, ob diese wirklich die Erreger eines klinisch so einheitlichen Kankheitsbildes sein können.

Epidemisch? Es ist schon sehr lange her, daß man auf die Seltenheit des E. n. zu gewissen Zeiten und in manchen Krankenhäusern aufmerksam machte, wogegen dann plötzlich wieder eine Reihe von Fällen gesehen wurden, die durch Ansteckung entstanden zu sein schienen. Die Frage muß noch unentschieden bleiben.

Der Autor sah selbst 12 Fälle von E. n., von denen waren fünf sicher tuberkulös, einer syphilitisch im Sekundärstadium, zwei epidemisch und bei vier konnte keine Ursache nachgewiesen werden. Bei den Tuberkulösen fiel das Erythema nodosum zweimal mit einer Verschlimmerung der Lungentuberkulose zusammen (Hämoptysien). Mithin dürfte es sich beim Erythema nodosum um verschiedene Ursachen handeln, die Tuberkulose steht an erster Stelle.

Kurt Heymann, Berlin.

La Gynécologie.

26. Jahrgang, April 1927.

Soll man gynäkologische Operationen mit Mikulicz-Drainage beenden? Viele Autoren haben seit Anwendung der Methode nach Mikulicz bessere Resultate bei Krebsoperationen. Nach Ansicht des Verfassers hat man ihre Anwendung zu sehr übertrieben und andere Drainagearten etwas vernachlässigt. Am Ende fast aller großen gynäkologischer Operationen muß man sich die Frage vorlegen, ob man die Bauchhöhle schließen oder abdominal bzw. vaginal drainieren soll. Die Notwendigkeit der Drainage kann man durch strengste Asepsis (Handschuh- und Instrumentenwechsel) einschränken, sowie vor allem durch Vervollkommnung der Blutstillung. Trotzdem gibt es infizierte Fälle, bei denen man irgendeine Methode der Drainage nicht entbehren kann. Verfasser hat unter 2000 Laparotomien nur dreimal den Mikulicz angewandt, in 15 Fällen eine abdomino-vaginale Drainage und in 30 Fällen nur vaginal durch den Douglas drainiert, meist mit Gaze, bisweilen mit Drainrohr. Der letztere Weg empfiehlt sich am meisten in der Gynäkologie. Wenn bei nicht infizierten Fällen die Vereinigung des vorderen und hinteren Blattes des Peritoneums nicht gelingt, empfiehlt Verfasser das vordere Blatt an das Rektum oder die Flexur zu nähen, besonders wenn es sich um Adnexerkrankungen handelt. Man drainiert dann vaginal nach Abschluß der Bauchhöhle. Diese Methode ist nur bei der Totalexstirpation zu verwenden. Will man bei Vorhandensein von Adnexerkrankungen den Uterus erhalten oder supravaginal amputieren, so kommt die Drainage durch den Douglas in Frage, die hier besser ist als der Mikulicz, besonders wenn es sich darum handelt, die Operation schnell zu beenden. Die Erfahrung muß zeigen

b der Zustand der Kranken und die Infektiosität des Prozesses ein chnelles Handeln erforderlich macht. Nur bei seit längerer Zeit eberfreien Fällen und bei guter Widerstandskraft der Patientin ist e anzuwenden. Den eigentlichen Mikulicz verwendet Verfasser ur noch, wenn keine andere Beendigung möglich ist, bei infizierten ällen, wo ein Abschluß nach oben mit Peritonealdeckung nicht geugt, was nur selten der Fall ist. In zweifelhaften Fällen hat Verasser immer der vaginalen Drainage nach Abschluß des infizierten ewebes von der Bauchhöhle den Vorzug gegeben. Die Mikuliczrainage hat auch in ihren Folgezuständen (sekundäre Infektion, arbenbruch, Fisteln) manche Nachteile.

Kosminski, Berlin.

Archives de médecine des enfants.

30., H. 5, Mai 1927.

Beitrag zum Studium der Amöbendysenterie und ihre Beandlung im Kindesalter. Die Amöbendysenterie ist in Aegypten ich bei Kindern weit verbreitet und kommt auch bei Säuglingen eniger selten vor, als man im allgemeinen annimmt. Die Ueberagung erfolgt durch Keimträger, durch Milch und durch Fliegen s Zwischenwirte. Für das Kindesalter spielt namentlich das nicht ler schlecht gewaschene Gemüse und Früchte als Ansteckungsuelle eine besondere Rolle. Verf. schildert an Hand von einigen rankengeschichten die verschiedenen Formen der A.-Dysenterie. r unterscheidet zunächst die einfache, akute Form, die beim inde selten und beim Säugling nur ausnahmsweise vorkommt. eginn entweder schleichend mit unbestimmten Erscheinungen oder ötzlich mit Koliken und Tenesmen und dem Auftreten blutighleimiger Stühle. Letztere stehen während der ganzen Erankung im Vordergrund des klinischen Bildes. Zehn und mehr ühle im Tag sind die Regel. Die Temperatur ist normal oder ichstens subfebril. Schlechte Stimmung, Appetitlosigkeit und arker Durst vervollständigen das Bild. Diese Form ist im lgemeinen selten. Viel häufiger dagegen ist im Kindesalter die ochfieberhafte, sog. gastro-intestinale Form der A.-D. Sie beginnt fort mit hohem Fieber und starkem Erbrechen, Tenesmen und ofusen Durchfällen. Die Kinder sind schwer krank, wollen nur inken. Toxisches Aussehen. Fliegender Puls bei herabgesetztem utdruck. Zwanzig und mehr Stühle im Tag. Zunge belegt, von hwärzlicher Farbe, Mastdarmprolaps. Eine dritte Form ist die g. grüne Diarrhoe. Kommt gar nicht so selten vor, wird aber t nicht als Amöbenruhr erkannt. Erbrechen, Koliken und Tenesen können fehlen. Die vierte chronische Form findet sich im lgemeinen nur bei Kindern jenseits des ersten Lebensjahres. Sie rläuft dann wie beim Erwachsenen. Leberabszesse als Komplition sind bei Kindern im Gegensatz zum Erwachsenen äußerst lten. Auch Meningo-Enzephalitiden hat Verf. im Gegensatz zu deren Autoren nie gesehen. Auch von seiten des Kreislaufs hat nie ernstliche Komplikationen beobachtet. Nur Bronchopneuonien bilden eine häufige Begleiterscheinung, namentlich bei äuglingen, und längerdauernde Gewichtsstillstände (Hypotrophie). it intramuskulären Injektionen von Emetin hat Verf. ausgezeichnete ilerfolge gesehen. Hinsichtlich der Diät tritt er für längeres lilchverbot ein.

Beck, Tübingen.

British Medical-Journal.

Nr. 3462, 14. Mai.

Der konstitutionelle Faktor bei Erkrankungen. Blutdrucksteigerung und Blutdruckerniedrigung sind als konstitutionell bedingte Zustände, als extreme Abweichungen vom normalen Durchschnitt aufzufassen. An sich stellen sie keine Krankheit dar und brauchen keine Symptome zu erzeugen. Doch reagiert der mit solcher Konstitutionsanomalie Behaftete in besonderer Weise auf toxische Einflüsse, auf geistige und körperliche Ueberanstrengung. Das Individuum mit konstitutionellem Hochdruck — zumeist auf ererbter Basis — ist gewöhnlich hypersthenisch und bietet den bekannten Habitus dar (untersetzter Körperbau, breite Schultern mit kurzem, tiefem Thorax, Neigung zu Plethora und Fettansatz). Der bei schmächtigem und nervösen Menschen beobachtete Hochdruck ist fast immer sekundär bedingt, häufig Folge psychischer Erregungen (bei Hyperthyreoidismus, durch Hypnose rasch herabsetzbar). Die Krankheitserscheinungen beim Hochdruck — der von der sekundären Hypertonie der chronisch Nierenkranken streng zu trennen ist — werden durch Veränderung der Gefäße und des Herzens infolge der Mehrbelastung durch den vermehrten Widerstannd hervorgerufen. (Versagen der Herz- und Nierenfunktion, Hirn- und Netzhautblutungen.) Direkt auf den Hochdruck sind vielleicht Schwindel und Kopfschmerzen zu beziehen. Mit dem Auftreten von Symptomen ist die Prognose als ernst zu bezeichnen.

Viel weniger Beachtung hat die fast ebenso häufige Erniedrigung des Blutdrucks gefunden, die sich als konstitutionelle und oft angeborene Veränderung bei dünnen, schmalen hyposthenischen Individuen vorfindet. Auch sekundär gelangt sie bei Tuberkulose, Kreislaufschwäche, schwerer Anämie, Hyperthyreoidismus und bei Nebennierenerkrankungen zur Entwicklung. Die Menschen mit abnorm niedrigem Blutdruck ermüden leicht geistig und körperlich, und zeigen wenig Ausdauer trotz großer Anstrengung, ihre Schwäche zu überwinden. Als Folge von akuten oder chronischen Infekten oder geistiger und körperlicher Belastung, die der Normale ohne weiteres ertragen würde, stellen sich bei ihnen Kopfschmerzen, Schwindelanfälle und Kreislaufstörungen (allgemeine Blässe und kalte Extremitäten) ein. Ein Blutdruck unter 100 mm Hg — ohne erkennbare Ursache — im Alter von 50 Jahren macht ein vorzeitiges Lebensende sehr wahrscheinlich, wie das große statistische Material der Versicherungsgesellschaften erweist.

Menschen mit Hypertonie und Blutdruckerniedrigung ist zu erklären, daß sie nicht an einer Krankheit leiden, daß bei ihnen eine konstitutionelle Besonderheit besteht, die eine gewisse Schonung erfordert, um ein Höchstmaß von geistiger und körperlicher Leistungsfähigkeit zu erlangen und zu bewahren. Um eine ängstliche Selbstbeobachtung und Hypochondrie zu vermeiden, sind die Ergebnisse der Blutdruckmessung nicht mitzuteilen. Bei beiden Diathesen ist auf die Innehaltung angemessener Ferienzeiten zu dringen. Während beim Hochdruck eine Einschränkung der körperlichen Uebungen anzuraten ist, soll bei niedrigem Blutdruck Sport im Freien möglichst intensiv betrieben werden. Für den plethorischen Hypertoniker ist eine Verminderung der Nahrungsmenge, vegetabilische Kost und große Mäßigkeit im Verbrauch der Genuß- und Reizmittel angebracht. Beim Unterdruck ist die Ernährung reichhaltig — ohne irgendwelche besondere Vorschriften — durchzuführen. Für die Beseitigung jeglicher Infektionsquelle ist bei beiden Diathesen Sorge zu tragen.

Wesentlich für die Pathogenese des Asthmas ist der Umstand, daß der die motorische und sekretorische Tätigkeit der Bronchien überwachende Teil des Vagus-Kerngebietes gegen chemische, reflektorische und psychische Reize äußerst empfindlich ist. Diese Uebererregbarkeit des „sensiblen Bronchienzentrums" wird vererbt. Beim Fehlen der auslösenden Ursachen braucht der Vater nicht an Anfällen zu erkranken, obwohl er die Disposition seinen Kindern übermittelt. Die Frage der Asthmavererbung ist schwierig zu beurteilen, da gleichzeitig eine toxische Idiopathie (Ueberempfindlichkeit gegen alle oder einzelne Eiweißkörper) vererbt werden kann. Diese toxische Ueberempfindlichkeit führt zu Asthma, Heufieber, Urticaria, vasomotorischen Neurosen, Erbrechen oder Diarrhoe, jeweils das Organ treffend, dessen Zentrum im Einzelfall abnorm reizbar ist. und Heufieber vereint usw.).

Das klinische Bild der wichtigsten paroxysmalen Neurosen, der Epilepsie und der Migräne, gleicht in vielen Zügen dem Asthma. Die Epilepsie entsteht auf Grund einer oft ererbten, konstitutionellen Reizbarkeit eines Gebietes im Nervensystem, das auf gewisse Reize hin mit Anfällen antwortet. Zumeist ist die Art der Reize nicht zu analysieren. Ebenso liegt der Migräne eine konstitutionelle, häufig familiäre Ueberregbarkeit eines Hirnzentrums zugrunde, das in typischer Weise reagiert, ohne daß eine genaue Kenntnis der auslösenden Momente — von Augenstörungen abgesehen — vorliegt. Die konstitutionelle Basis des Asthmas, der Epilepsie und der Migräne ist bei jeder Erkrankung verschieden. Keine dieser Leiden kommen häufiger, als der allgemeinen Frequenzziffer entspricht, vereint in derselben Familie vor. Das Auftreten einer Erkrankung prädisponiert in keiner Weise die Entwicklung eines der beiden übrigen Zustände bei den Kindern. (Häufig sind zwei solcher Dispositionen vereint anzutreffen (Asthma

Die reizbare Schwäche des Nervensystems, als Folge geistiger oder körperlicher Ueberlastung, steigert die konstitutionelle Uebererregbarkeit, die den paroxysmalen Neurosen zugrunde liegt. Je mehr

Anfälle sich einstellen, desto größer wird wiederum die Ueberregbarkeit der nervösen Zentren (Nutzlosigkeit der Therapie im Status asthmaticus). Umgekehrt wächst mit der Länge der anfallsfreien Perioden die Widerstandsfähigkeit und die Heilungsaussichen werden größer. Doch selbst nach jahrzehntelangem Verschontbleiben können sich plötzlich bei jeder der drei Neurosen plötzlich wiederum Anfälle einstellen. Bei Epilepsie ist der konstitutionelle Faktor medikamentös durch Brom oder Luminal, bei der Migräne durch Luminal günstig zu beeinflussen. Klimawechsel ist bisweilen das einzige Mittel, die abnorme Erregbarkeit des Vaguszentrums beim Asthma auszuschalten. So bleiben Anfälle aus, selbst bei Gegenwart chemischer und reflektorischer Reize, die zu Hause unfehlbar Attacken auslösen.

Rolle von Trauma und Wundheilung bei der Krebsentstehung: Mäuse wurden in der üblichen Weise mit Teer gepinselt bis bei einigen kleine Papillome sich zeigten. Bei Fortsetzung der Teerbehandlung würden sehr bald zahlreiche kleine Tumoren auftreten. In diesem Reizstadium der Epithelzellen wurden statt der Teerpinselung wenige Tage später kleine Hautinzisionen vorgenommen, die in der üblichen Weise abheilten. Zumeist entstanden in den ganz oder teilweise abgeheilten Wunden neue krebsige Veränderungen. Wenn der Einschnitt an eines der unter Teerbehandlung gebildeten Wärzchen heranreichte, wandelte sich das ganze bei der Heilung neugebildete Epithel in Tumoren um, in einem Grade, der bei den auf papillomfreiem Hautgebiet erzeugten Narben niemals vorkam. So hat das Trauma bei den für Krebsbildung disponierten Epithelflächen einen direkten Einfluss auf das Geschwulstwachstum. In den Frühstadien der Tumorbildung wirken die peripherischen Zellen der Neubildung auf die unmittelbar benachbarten, krebsempfänglichen Zellen ein und begünstigten bei Hinzutreten eines auslösenden Momentes in ihnen das geschwulstmäßige Wachsen.

Nr. 3463, 21. Mai.

Die Epiglottis bei Respirationsstörungen während der Narkose: Die durch Verlegung der Atmungswege infolge Einklemmung der Epiglottis hervorgerufenen Störungen gleichen in ihrer Symptomatologie den Narkosezwischenfällen infolge Shockwirkung, Chloroformschädigung, Lähmung des Respirations- oder Vasomotorenzentrums in der Medulla oblongata. (Zyanose mit erschwerter Atmung, Schwarz-Blaufärbung der Haut mit Aufhören der Atmung und Pulsbeschleunigung, Erblassen, Kälte der Extremitäten). Verhängnisvoll können anatomische Abweichungen der Gestalt des Kehldeckels sich auswirken. So kann die Epiglottis „überhängen" und schon bei der laryngoskopischen Untersuchung den Einblick in den Kehlkopf unmöglich machen, da das obere Ende — selbst beim Herausziehen der Zunge — der hinteren Pharynxwand dicht anliegt. Mit dem Zurücksinken der Zunge während der Narkose liegt ein solcher Kehldeckel direkt über der Mündung des Larynx und der Speiseröhre. Aehnlich wird der Zugang zum Kehlkopf durch eine Form der Epiglottis behindert, die dem welken Blatt zu vergleichen ist (Ränder nach hinten zu eingerollt). Doch selbst bei anscheinend normalem Bau können geringe und doch bedeutungsvolle Abweichungen bestehen (abnorme Dicke, Schlaffheit, Härte, Länge, Kürze u. a. m.). Besonders bei erhöhten Schultern und Tieflagerung des Kopfes kann sich die Epiglottis — wie die Fingeruntersuchung erweist — fest über dem Kehlkopfeingang an der hinteren Wand des Pharynx einklemmen, wobei das Ende der Epiglottis nach oben gekrümmt ist. So wirkt der Kehldeckel nach Art eines Ventilverschlusses (Behinderung der Inspiration bei relativ freier Expiration) und die künstliche Atmung muß erfolglos bleiben. Gelegentlich ist nur eine Anlagerung, keine feste Einklemmung des Kehldeckels an der hinteren Rachenwand als Ursache der mehr oder minder deutlichen Atmungsbehinderung nachzuweisen.

Von dem Augenblick ab, wo bei einem solchen Narkosezwischenfall das Leben erloschen zu sein scheint, (Aufhören von Herzschlag und Atmung, Kühle der lividen-weißlichen Haut, kein Blutaustritt beim Einschneiden in die Haut) vergehen noch etwa 2 Minuten bis zu dem Zeitpunkt, wo keine Wiederbelebung mehr möglich ist. Wohl vorbereitetes, planmäßiges Handeln aller Beteiligten ist zur Ausnützung dieser kurzen Zeitspanne dringendes Erfordernis. Zur Wiederbelebung notwendig sind: freie Atmungswege die Anwesenheit einer zur Oxydation des in den alveolären Kapillaren enthaltenen Blutes ausreichenden Sauerstoffmenge, genügend Herzkraft, um die Kranzarterien mit Blut zu versorgen, um die Ernährung des Herzens aufrechtzuerhalten. Sobald ein Zwischenfall eintritt muß mit der künstlichen Atmung begonnen werden, bei der auch das Herz rhythmisch komprimiert wird. Gleichzeitig führt ein zweiter — nach Säuberung des Mundes und des Rachens — den Zeigefinger bis zum Larynx vor, hebt den Kehlkopfdeckel und drückt ihn nach vorn gegen den Zungengrund. Wenn dann der Lufteintritt noch behindert ist, muß rasch die Tracheotomie oder besser noch die Laryngotomie vorgenommen werden. Sobald die Luft freien Zugang hat wird ein Sauerstoffstrom durch einen Kehlkopfkatheter oder direkt durch die Einschnittsstelle in die Trachea geleitet, um eine Sättigung der Alveolarluft mit Sauerstoff so rasch wie möglich zu erlangen. Die zur Erzeugung der automatischen Kontraktionen notwendigen ersten Herzbewegungen sind fast immer durch ein kräftiges Zusammendrücken der Brustwand zu erzielen. Nur bei Patienten mit starren Rippen ist die Eröffnung des Abdomens mit Massage des Herzens durch das Zwerchfell hindurch angebracht. Sobald erst die Zirkulation beginnt, erweisen sich die gebräuchlichen herz- und atmungsanregenden Medikamente als nützlich.

Biberfeld.

The Lancet.

212., Nr. 22, 28. Mai 1927.

Konvulsionen in der Aethernarkose. Im Jahre 1926 ereigneten sic[h] unter Konvulsionen einige Todesfälle in der Aethernarkose. Seh[r] eingehende Untersuchungen führten zu dem Resultat, daß diese Kon[-]vulsionen toxischen Ursprungs und auf Verunreinigungen des Aether[s] zurückzuführen waren. Es waren dafür Acetaldehyd und das Peroxy[d] verantwortlich zu machen. Das Aldehyd ist ein stark reduzierende[s] Agens, das geeignet ist, Asphyxie der Zellen herbeizuführen, und di[e] sich im Anschluß bildende Essigsäure kann die H.-Ionenkonzentratio[n] der Gewebsflüssigkeiten vermehren und Konvulsionen hervorrufen Das Peroxyd scheint die Aldehydbildung zu begünstigen. Die schäd[-]lichen Wirkungen dieser Verunreinigungen sind am meisten b[ei] Kranken ausgesprochen, die schon an und für sich an Toxämie leiden. Nach den Untersuchungen waren die Verunreinigungen bereit[s] im Aether bei der Abgabe vorhanden, wurden aber durch die übliche Methoden der Aethernarkose noch vermehrt. Es ist nicht aus[-]geschlossen, daß auch Todesfälle, die in der Aethernarkose bei akute[r] Appendizitis ohne Konvulsionen vorkamen, vielleicht auch starke[s] Erbrechen nach der Aethernarkose auf Rechnung dieser Verunrein[i]gungen kamen. Solange nicht genaue Standardproben für die Abgab[e] des Narkoseäthers festgesetzt sind, empfiehlt Verf. periodisch eigen[e] Reinheitsproben anzustellen und jeden bereits längere Zeit au[f]bewahrten Aether von der Benutzung für die Narkose auszuschließe[n]. Um den Aether sicher vor Licht zu schützen, eignet sich für di[e] Flaschen Amberglas am besten, und die in den Aether tauchend[e] Metallröhre sollte durch Bein oder Elfenbein ersetzt werden. B[ei] eventuellen Konvulsionen ist sofortige Anwendung von O mit Be[i]mischung von 5% CO_2 erwünscht. Nach Anfragen bei den Narkos[e]spezialisten Londons kannten 5 diese Zufälle aus eigener Erfahrun[g], 3 hatten davon gehört, 3 sie bei angeblichen Epileptikern erlebt un[d] 10 hatten keine Kenntnis davon.

Cholezystographie. Vorteile der intravenösen Methode: dichter[er] Schatten und sicherere Wirkung; ihre Nachteile: die jeder intra[-]venösen Injektion anhaftenden Gefahren, eventuelle Thronbophlebit[is] und schwere Reaktionen. Vorteile der oralen Methode: Einfachhei[t,] Zeitersparnis, Gefahrlosigkeit, Möglichkeit der ambulanten A[n]wendung; ihre Nachteile: Ungewißheit über die vom Darm resorbier[te] Menge der Droge, die allerdings seltenen und milden toxische[n] Symptome, schwierigere Deutung der nicht so dichten Schatten u[nd] ein geringerer Prozentsatz positiver und negativer Steinschatte[n]. Analyse der Resultate nach oraler Darreichung in 100 durch d[ie] Operation kontrollierteen Fällen ergab in 92% eine richtige Diagnos[e]. Ungelöste Kapeln kamen nach Verbesserung des Ueberzuges nic[ht] mehr vor. Ein schwacher Schatten bei einmaliger Untersuchun[g] rechtfertigt nicht die Diagnose einer pathologischen Gallenblas[e]

ühfälle von Cholezystitis können normale Schatten geben. Gelentlich gibt eine normale Gallenblase keinen Schatten. In ambuanter Behandlung sind nur Cholezystogramme, die normale Schatten er Steine zeigen, beweiskräftig; sonst ist eine Wiederholung der ntersuchung bei Hospitalaufenthalt erforderlich.

Bereitung und Eigenschaften eines weiblichen Geschlechtsrmons in wasserlöslicher Form. Nach einer Darstellung ihrer ethode der plazentaren Extraktion und technischen Modifikationen icken Verff. Zweifel an den Behauptungen anderer Forscher aus, 3 das Hormon S enthält oder eine positive Histidinreaktion gibt, e auch an den chemischen Analysen des Ciba-Laboratoriums oder isys, die nach ihrer Meinung alle mit Material arbeiteten, das nur einem sehr kleinen Teil aus weiblichem Hormon bestand. Mit em Menformon erzeugten sie nicht nur typischen Oestrus bei strierten Nagern und konnten die Tiere durch tägliche Injektionen Wochen lang dauernd in diesem Zustand erhalten, gleicherweise ge wie alte Tiere, sondern sie erzeugten auch Wachstum der iblichen Genitalien (bei jungen Ratten schon mit $^4/_{100}$ mg, bei inchen mit 0,0008 mg täglich an 5 Tagen hintereinander). Das nformon hemmt ferner das Wachstum von Hoden, Penis junger nnlicher Tiere, hat eine spezifische Wirkung auf die Sekretion der mma bei männlichen und weiblichen Tieren, scheint aber keinen fluß auf die Brustwarze oder das Brustdrüsenfett zu haben. Es kt ferner auf den Stoffwechsel, jedoch nur bei kastrierten, weibien Tieren. Aehnlich bereitete Extrakte von Leber und anderen ganen zeigten selbst in hundertfach größerer Dosis keine Spur ser Eigenschaften. Auch aus Hoden gelang es ihnen, wasserlösle Substanzen herzustellen, die Oestrus erzeugten. Die klinischen sultate sind noch nicht zahlreich, doch konnten sie bereits in igen Fällen langdauernder Amenorrhoe durch Dosen von 30 bis Mauseinheiten Mestruation hervorrufen. Versuche an Tieren und der eigenen Person hatten die völlige Unschädlichkeit des hochdig reinen Präparates gezeigt; selbst nach intravenöser Injektion te es keinen Einfluß auf Herz, Atmung oder Blutdruck.

Rontal.

The Journal of the American Medical Association.

88., Nr. 23, 4. Juni 1927.

Die Säureprobe beim Magen- und Duodenalulkus. Technik: Nach Entleerung des Magens durch die Ewaldsche Sonde Einführung der Rehfussonde. Erweist sich der Magen beim Ansaugen als leer, so sind gewöhnlich alle Schmerzen verschwunden. Bei andauernden Schmerzen Magenwaschungen mit reinem Wasser oder alkalischen Lösungen. Schmerzen, die trotzdem innerhalb einer Stunde nicht aufgehört haben, beruhen sicher nicht auf Ulkus. Bei leerem Magen und Fehlen der Schmerzen Einführung von 200 ccm einer ½% HCl-Lösung durch die Sonde, eventuell nach 30 Minuten und 1 Stunde Wiederholung der gleichen Dosis. Treten innerhalb 1½ Stunden keine Schmerzen auf, so gilt die Probe als negativ. Auftretende Schmerzen können jederzeit durch Entleerung des Magens gelindert werden. Der Kranke darf nicht wissen, daß die Säure geeignet ist, Schmerzen hervorzurufen. Die Säureprobe erwies sich gewöhnlich als positiv bei Magen- und Duodenalulkus und in seltenen Fällen bei Magenkarzinom, jedoch schließt ein negatives Resultat nicht mit absoluter Sicherheit ein Ulkus aus. Stets negativ war das Resultat in allen Fällen, wo sicher keine Ulzera vom Magen oder Duodenum oder gastrojujenale Ulzera vorhanden waren. Die Probe ist also nicht unfehlbar, aber immerhin brauchbar und relativ verläßlich, besondes geeignet zur Kontrolle des Verlaufs während der Behandlung.

Die Verwendung von Ephedrin bei Bronchialasthma und Heufieber. Ephedrin kam in Dosen von 50—100 mg innerlich oder subkutan bei 59 Fällen von Bronchialasthma und 11 Fällen von Heufieber zur Anwendung. Es brachte zeitweilig vollkommene Heilung in 56% bei Asthma und in 63% bei Heufieber. Die besten Resultate erhielten Verf. bei den allergischen Formen des Asthma, bei denen eine spezifische Sensibilität nachgewiesen werden kann und bei den von der Nase reflektorisch entstehenden Formen (Hypertrophie der Muscheln), die schlechtesten Resultate bei den infektiösen Formen (Herdinfektionen besonders der Nebennasenhöhlen), im ersteren Falle 84%, im letzteren nur 38% Heilungen. Außer einer Dilatation der Bronchien erzeugt das innerlich angewandte Ephedrin Kontraktion der Nasenschleimhaut. Die innerliche Darreichung der Droge hat beim Heufieber große Vorteile vor der lokalen Anwendung in der Nase, da sie abgesehen von der großen Bequemlichkeit für den Kranken die lokale Reizwirkung ausschaltet. Hin und wieder traten nervöse Unruhe, Herzklopfen, Zittern, Uebelkeit, Schlaflosigkeit als lästige Nebenwirkungen auf, jedoch niemals in so starkem Grade, wie nach Epinephrin.

Die Erzeugung, Sammlung und Verteilung menschlicher Milch. Seit 10 Jahren hat das erste in Amerika gegründete Bureau Detroits 20 000 Liter menschlicher Milch gesammelt und zur Verteilung gebracht (Höchstleistung im Jahre 1925 mit 3300 Litern). Es hat sich gezeigt, daß jede notwendige Menge menschlicher Milch mit Leichtigkeit beschafft werden kann, da das Angebot von Müttern stets reichlicher war als der Bedarf an Milch. Das Ideal, das jede Mutter unter geeigneter Kontrolle genügend Milch für die Ernährung ihres eigenen Kindes hervorbringt, ist leider, selbst bei gutem Willen der Mütter nicht erreichbar. Es gibt Frauen, die von Natur aus reichlich, und solche, die nur karge Milcherzeuger sind. Durch Fütterung jedes Kindes in seinem ersten Lebensmonat mit Brustmilch ließe sich zweifellos die Kindesmortalität in diesem Zeitabschnitt, ja sogar während des ganzen ersten Lebensjahres wesentlich herabdrücken. Bisher sind in 20 größeren Städten Amerikas ähnliche Einrichtungen getroffen, das Bureau von Detroit lieferte Milch bis zu einer Entfernung von mehrern 100 engl. Milen; es wird jetzt geplant, die überschüssige Milch zu trocknen, um stets größere Vorräte zur Hand zu haben. Beschreibung der Organisation, wie sie sich im Anschluß an eine Entbindungsanstalt mit Hilfe von sozial denkenden Personen und von Kinderärzten mit einem sehr geringen Kostenaufwand in 12jähriger Erfahrung bewährt hat. Die Mütter erhalten 10—15 cts. für 30 g Milch, je nachdem sie zu Hause oder im Bureau entleert wird. Es gibt Mütter, die bis zu 10 000 und 14 000 M. für ihre Milch im Jahre verdient haben, die mehrere Monate lang täglich 3—4 Liter Milch lieferten. Das sind natürlich Ausnahmen, viele liefern nur ½—1 Liter. Manuelle Expression geht schneller als maschinelle mit der Abtschen elektrischen Pumpe, die jedoch die Brust vollkommener und aseptischer ohne alle nachteiligen Folgen für die Brustdrüse entleert und daher die Milchbildung fördert. Alle Kautelen sind geschaffen, um die Mütter dauernd unter gesundheitlicher Kontrolle und die Milch in tadellosem Zustand zu erhalten. Die Unkosten betrugen 14—18 cts. für 30 g Milch, werden sich aber mit der Zeit noch verringern lassen. Die Milch wird nur auf Anordnung eines Arztes abgegeben, je nach der finanziellen Leistungsfähigkeit bis zu 30 cts. für 30 g; an Arme umsonst, an Hospitäler und Säuglingsinstitute die geforderte Menge zu Selbstkostenpreisen, die übrig bleibende Milch umsonst. Da Muttermilch nicht reich an Vitamin B und D ist, muß natürlich in gewissen Fällen diese künstliche Brustmilchnahrung ergänzt werden. In Verbindung mit dieser sozialen Arbeit darf die wissenschaftliche über die Wirkung gewisser Diäten auf die Milch u. a., die seit einigen Jahren durch das Bureau gefördert wrd, nicht vergessen werden.

Diagnose der Gallenblasenerkrankung. Aus seinen physiologischen Untersuchungen an Tieren mit röntgenographischer Hilfe zog Verf. den Schluß, daß die Gallenblasenmuskulatur die Entleerung der Blase verursacht und daß sie auch bei milder Colizystitis und bei Gegenwart von Steinen aktiv funktionieren kann. Die Muskulatur wird zur Kontraktion veranlaßt durch Resorption von Fett oder Fettsäuren vom Darm aus, nur wenig durch Eiweiß- und garnicht durh Kohlehydratresorption. Wie sich diese physiologischen Kenntnisse für die Diagnose der Gallenblasenerkrankung, für die Deutung der Symptome und der Cholezystogramme verwerten lassen, zeigt Verf. an sechs typischen Fällen mit ihren vortrefflichen Röntgenbildern. Die Reflexsymptome der epigastrischen Schmerzen, des Aufstoßens von Gasen, der Uebelkeit und des Erbrechens sind die Folge einer Kontraktion der Gallenblase auf eine Masse von Steinen oder Steintrümmern im Anschluß an eine fettreiche Mahlzeit, und die typischen Gallensteinanfälle werden durch die aktive Austreibung von Steinen in die Gallengänge verursacht. Eine Füllung mit der Kontrastdroge und Schattenbildung spricht für Aktivität der Schleimhaut und gutes Funktionieren der Muskulatur, die zu periodischer Entleerung führt und eine Wiederfüllung ermöglicht. Allmähliches Kleinerwerden und Verschwinden des Schattens in 2—3 Stunden nach einer fettreichen Mahlzeit beweist, daß die Muskulatur funktioeniert und Steintrümmer fehlen. Ausbleiben der Schattenbildung kommt zustande durch Verschluß des Ductus cysticus, Zerstörung der Schleimhaut, durch Ausfüllung der Blase mit Fremdkörpern oder

Schädigung der Muskulatur, die eine normale Entleerung verhindert. Gefleckte Schatten in der nicht durch Duodenum oder Kolon verdeckten Partie spricht für Steinbildung. Vorsicht in der Deutung schwacher Schattenbildung! Schatten nach innerlicher Darreichung der Droge sind in ihrer Dichtigkeit sehr wechselnd. Bei sehr geschwächter Konstitution darf auch nicht zu großes Gewicht auf eine mangelhafte Verkleinerung des Schattens nach fettreicher Mahlzeit gelegt werden.

Lokalisierung von Varizellen an den Stellen früherer intrakutener Toxinproben. Im Anschluß an einige beschriebene Fälle von Wiedererscheinen der Dickreaktion während einer Masern- oder Scharlacherkrankung berichtet Verf. über einen Studenten, der gleichzeitig vier kutanen Toxinproben mit Scharlach-, Masern-, Puerperalfieber- und Erysipeltoxin unterworfen wurde. Er zeigte auf alle Toxine Reaktionen, ausgenommen auf Maserntoxin, da er Masern überstanden hatte. Als er 10 Tage später an Varizellen erkrankte, lokalisierten sich die Bläschen an allen Stellen früherer positiver Reaktionen, nicht aber an der Stelle der Maserntoxininjektion.

Rontal.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy.

Vol. 17, 5.

Klinische und röntgenologische Befunde des Thoraxinhaltes gesunder Erwachsener. Es wurden zwei Gruppen unterschieden: Das Alter von ungefähr 20—30 Jahren und das von 45 Jahren an. Bei diesen Untersuchungen wurden nur gesunde Patienten oder solche, deren anamnestische Krankheiten nicht mit Veränderungen innerhalb des Brustraums einhergehen, herangezogen, und zwar wurden 200 stereoskopische und 80 Planfilmaufnahmen gemacht, welche beide dem geübten Beobachter genügen. 100 Patienten der ersten Gruppe waren seitlich aufgenommen worden, entsprechend der wachsenden Bedeutung dieser Untersuchungsmethode. Unter den Einzelheiten der Technik, welche zu Irrtümern Anlaß geben können, ist es besonders die weibliche Brust, so daß es nötig sein kann, Aufnahmen mit nach verschiedenen Seiten verlagerter Brust zu machen, um basale Erkrankungen sicher auszuschließen. Unter den Knochenveränderungen sind Verziehungen der Rippen nach der Seite organisierter Pleuraexsudate wichtig. Halsrippen wurden in 1%, Bizipitalrippen in 2% gefunden. Die mit den Jahren fortschreitende Kalzifikation ist ohne Bedeutung auf irgend welche pathologische Verhältnisse. Hingegen ist die bei Männern oft frühzeitig eintretende Verknöcherung des ersten Rippenknorpels vielleicht ebenso von Wichtigkeit wie die der unteren Rippenknorpel, wie man sie meist bei jungen dünnen Frauen findet. Bei Emphysematikern und Tiefatmern (Athleten) sind die Rippenzwischenräume nicht weiter als bei anderen, die Rippen sind nur mehr horizontal gestellt, was besonders bei seitlicher Ansicht in Erscheinung tritt. Skoliose geringen Grades ist ohne Einfluß, beachtlich ist nur die Möglichkeit der Mißdeutung der dadurch bedingten geringen Tracheaverlagerung. Die Weichteile gestatten Schlüsse hinsichtlich der Ernährung. Starke Fettsucht verursacht Hochstand des Zwerchfells und des Herzens sowie seine Verlagerung nach links, woraus eine gewisse Verschattungsneigung der Lungenbasis resultiert. Das Herz kann bei kräftigen Personen eine Verlagerung von mehr wie 5 cm durch forcierte In- und Expiration erfahren. Die Diaphragmaexkursionen wurden bisweilen auch bei Athleten durch Adhäsionen sehr eingeschränkt, ohne jedoch ihren Träger im geringsten zu beeinträchtigen. Der rechte „Diaphragmadom" war bei voller Inspiration fast immer etwa 1,5 cm höher wie der linke. Regelmäßig geartete Ungleichheiten eines normal stehenden Diaphragmadoms sind rechts auf Erhebungen oder Verwachsungen der oberen Leberfläche zu beziehen. Spitz zulaufende, zeltförmige Verziehungen rühren von pleuralen Adhäsionen oder Lungenveränderungen, gewöhnlich Fibrose, her, welche sich in seitlicher Ansicht besser darstellen. Die Herzspitze ist röntgenologisch und klinisch gleich gelagert, nur daß sie in etwa 50% in aufrechter Stellung bei tiefer Inspiration hinter der sechsten Rippe gefunden wird, während sie in den übrigen 50% öfter im sechsten als fünften Zwischenrippenraum liegt. Wegen der Variationen der Klavikularmittellinie in ihrer Beziehung zu internen Organen wurde empfohlen, die Lokalisation der Herzspitze auf die Mittellinie des Körpers zu beziehen ebenso wie die Größenbestimmung des Herzens. Die größten Maße des Medianabstandes von der Medianlinie des Herzens wurden b älteren Männern links und in anteriorposteriorer Richtung gefunde Ebenso war der Winkel der Herzachse bei älteren und fetter Männern größer. Der Aortenschatten reicht normalerweise nic nach der rechten Seite der Wirbel hinüber. Der Gipfel des Aorte schattens liegt normal zwischen dem 4. und 6. Brustwirbel, in me als ⅔ der untersuchten Fälle war er in der Höhe des 5. Brustwirb körpers. Die Weite des Aortenbogens wechselt etwas mit de Alter, der Größe und dem Habitus des Patienten. Die letzte E scheidung hinsichtlich der Dilatation muß ebensowohl durch Röntgenoskopie als durch das Röntgenogramm herbeigeführt werd Bei der Trachea ist es wichtig, Abweichungen und Vereng rungen zu erkennen, wobei geringgradige Skoliosen den Eindru seitlicher Abweichung hervorbringen. Die Bifurkation kann nur verhältnismäßig harter Strahlung erkannt werden. Sie li zwischen dem Körper des 5. und der oberen Begrenzung 7. Brustwirbels; in ⅔ der untersuchten Fälle in der Höhe des tiefer bei älteren Personen, höher bei Frauen. Die Bronchi kreuzen rechts und links die Wirbelsäule etwas unterhalb Bifurkationshöhe. Das sogenannte umgekehrte Komma wurde häuf gewöhnlich auf der rechten Seite, gefunden. Es ist eine norm Erscheinung, deren Schwanz die Seite des Trachealschattens, der unterer Rand der Gipfel der Bronchialwand dieser Seite ist. In seitlichen Ansicht liegt der rechte Bronchus immer etwas vor d linken. Der Hilusschatten umschließt, im Gegensatz zum a tomischen, einen schmalen Teil der Lungenwurzel. Er ist Konglomeratschatten der Bronchien, Pulmonalarterien, Pulmon venen, bronchiler und pulmonaler Lymphdrüsen und des Bin gewebes um die Lungenwurzel. Es handelt sich um einen v schwommenen, in seinen Umrissen irregulären, in seiner Ausdehnu jedoch ungefähr konstanten Schatten, dessen Dichte mit der Röntg technik unglücklicherweise in normalen Grenzen wechselt. Grenzen des Hilusschattens wurde nach außen eine Linie bezeichn welche das innere Drittel der Lunge begrenzt. In 122 cm Absta variierten die Zahlen zwischen 5 und 7,5 cm. Rechts dehnt s der Hilusschatten von der Höhe des rechten Hauptbronchus bis gefähr zur Teilungsstelle des rechten Unterlappenbronchus, et entsprechend 2 Interspatien und einer Rippe. Links kann man obere Grenze des Hilus an der Kreuzungsstelle der Pulmonalarte mit dem linken Bronchus beginnend und bis zur Teilungsstelle linken Unterlappenbronchus angenommen werden. Die Stamm schatten, deren jeder einen Bronchusschatten enthält, erm lichen besonders im stereoskopischen Bild eine Abgrenzung der v schiedenen Lappen und Bronchienzweige. Die Struktur der Stam schatten vermag durch Fibrosis als Folge peribronchialer und pe vaskulärer Lymphangitis geändert zu werden. Mit den Jah treten die Stammschatten mehr hervor, indem sie zwar nicht wei werden, aber größere Dichte erlangen, welche besonders be Emphysem stärker in Erscheinung kommen. Stärkeres Hervortre der Stammschatten in den Spitzen wurde als krankhaft angeseh Der rechte Hauptbronchus ist beinahe eine Fortsetzung der Trach der rechte Oberlappenbronchus ist die erste Unterteilung, wel ungefähr in einem Winkel von 90 Grad abgeht. Da dieser Zw oberhalb der rechten Pulmonalarterie läuft, wird er auch eparterielle Bronchus genannt. Er teilt sich in spitzwinklig gehende, nach der Spitze des Oberlappens parallel zur Wirbelsä ziehende Zweige (Vertebralzweige), deren Verzweigungen in gewöhnlich klaren Stereoskopbildern sichtbar werden, und sekundäre Interspatienzweige, welche in der Höhe des 2. Zwisch rippenraumes abgehen und sich bis in den 3. Interkostalraum strecken. Unter dem rechten Stammbronchus ist der Teil rechten Bronchus zu verstehen, der zwischen dem Ursprung Oberlappen- und der Mittellappenbronchien liegt. Dieser Bronch teil wird von der Pulmonalarterie gekreuzt und ist als häufiger der Fremdkörper besonders wichtig. Der rechte Mittellapp bronchus geht aus dem Stammbronchus nach vorn, beträcht unterhalb des eparteriellen Bronchus. Im Planfilm erscheint er s kurz und wird vorteilhaft nur im Stereogramm gesehen. Er bes zwei Hauptzweige, einen nach unten und vorn, den anderen n aufwärts und seitlich. Der rechte Unterlappenbronchus ist ein s kurzer Teil des rechten Stammsystems zwischen dem Mittellapp bronchus und der Bifurkation der Zweige zu dem Unterlappen. E Klassifizierung der Unterlappenstämme konnte nicht vorgenom werden, da sie anatomisch und auf beiden Seiten zu sehr varii um identifizierbar zu sein. Stereogramme in posterioranteri Richtung, unterstützt von seitlichen Aufnahmen, sind weniger bei Tuberkulose als bei der Lokalisation von Abszessen und Fre körpern von größter Wichtigkeit. Der linke Bronchus ver die Trachea in spitzem Winkel und geht in langem, w schweifendem Bogen unter der Pulmonalarterie und dem Aort bogen durch. Der linke Oberlappenbronchus (hyparterie Bronchus) mit seinen Zweigen setzt, indem er zu dem Oberlap zieht, diesen Bogen fort. Die Aufteilung des hyparteriellen Bronc

t ganz ähnlich wie rechts. An der Verteilungsstelle, wo sich der ·parterielle Bronchus nach vorwärts, auswärts und abwärts endet, geht ein Bronchialzweig zur Lingula, der oft vom Herzen :rdeckt wird. Der linke Unterlappenbronchus ist länger als der chte, doch ähnlich lang, wie der rechte Stammbronchus. Zur Uebernstimmung bei Beschreibungen von Planfilmen des Thorax wurde e Lunge unterhalb der ersten Rippe in 3 Zonen eingeteilt, wovon e innere die Hilusgegend umfaßt, die Mittelzone enthält die :hatten der Hauptbronchien bis in ihre Aufteilungen, während die riphere Zone bis zur seitlichen Brustwand die letzten Verzweingen umschließt. Stereoskopisch muß man sich diese Zonen mehr Schichten denken. Hinsichtlich der Verkalkung der rüsen zeigte sich, daß beim Kinde in fast allen Röntgenogramn scharfe runde Schatten vorhanden waren, welche für verkalkte üsen gehalten werden konnten, die jedoch bei Drehung verhwanden, da es sich um orthographisch getroffene Gefäße handelte. it dieser Einschränkung ergibt die Röntgenuntersuchung sehr naue Resultate bei der Diagnose verkalkter Lymphdrüsen. Sie hmen mit den Jahren zu, und zwar stärker bei Kindern in Familien t offener Tuberkulose. Es wurde noch die Ansicht geäußert, daß erkalkung der Lymphdrüsen immer von Tuberkulose, nie von gendwelchen Entzündungen hervorgerufen werde. Die seitliche ntersuchung der normalen Brust ist als Basis der kennung pathologischer Zustände sehr wertvoll. Der Herzhatten hängt mit der vorden Brustwand in einer Ausdehnung von gefähr durchschnittlich 7 cm zusammen, die Extreme waren 2 bis cm. Der Kontakt war bei Männern etwas geringer als bei Frauen, as augenscheinlich mit der Ausbiegung des Sternums und der egung der Wirbelsäule zusammenhängt. Der Herzschatten wird ırch das obenauf liegende Zwerchfell in über 50 % der Fälle zu verdeckt. Von der Rückseite des Herzschattens ausgehend, zieht n feiner, doch deutlich wahrnehmbarer Schatten in leicht konvem Bogen zu dem obenauf liegenden Diaphragma oder bisweilen m linken Diaphragma. Diese vermutete Perikardialverbindung wies sich als von 2 dünnen Perikardialfalten ausgehend, deren :hatten verstärkt werden durch den Schatten der vena cava inf. d vielleicht auch durch Perikardialflüssigkeit. Er ist sowohl in der chten wie der linken Seitenansicht zu erkennen und tritt deutlicher i der Inspiration hervor, ohne jedoch im Expirium zu verhwinden. Der Kardiospinalraum zwischen der hinteren Grenze s Herzschattens und der Vorderansicht der Wirbelkörper ist rmalerweise immer klar, abgesehen von dem schwachen Schatten r absteigenden Aorta. Seine rechteckige Gestalt ist stark abngig von der Vergrößerung des rechten und linken Ventrikels ler perikardialen Ergüssen. Seine Breite nimmt mit der Tiefe der ust zu (Emphysematiker, Athleten). Das Verhältnis der Zwerchllwölbungen kann parallele Schatten hervorrufen, oder es kann ne Kreuzung seiner beiden Schatten in der Mitte der Brusttiefe ler etwas vor oder nach diesem Punkte bewirken. Normale und ormale Verhältnisse, z. B. verschiedengradige Ausdehnung des auches, Gasansammlung im Magenfundus, eine hohe lineale Flexur, eurale Adhäsionen oder Lebervergrößerung vermögen einen arken Einfluß auszuüben. Der vordere kostophrenische Sulkus ist bedeutend, der hintere tief. Die hintere Pleuraverwachsung ist –8 cm tiefer als die vordere bei dünnen Individuen und 4 cm efer bei starken Personen. Ergüsse, welche sich auf den hinteren stophrenischen Sulkus beschränken, vermögen sich der anteriorsterioren Untersuchung zu entziehen, woraus erneut die Wichtigit seitlicher Röntgenuntersuchung hervorgeht. Stenosen der rachea, des rechten und linken Bronchus werden am besten in itlicher Untersuchung beobachtet. Ebenso ist dabei auch die Eriterung der Aorta gut zu sehen. Der Abstand zwischen dem aufeigenden und dem absteigenden Teil des Aortenbogens nimmt im lter zu. Bei dem Vergleich des anteriorposterioren Röntgenogramms it dem seitlichen drängt sich auch das Unrichtige der Bezeichnung ransversalbogen der Aorta auf, richtiger sollte es heißen: Horintalbogen. Die seitliche Untersuchungsmethode wird öfter interbäre Pleuraverdickungen oder geringe Ergüsse offenbaren, welche r Untersuchung in anteriorposteriorer Richtung entgehen.

Infektiöse Osteomyelitis: Differentialdiagnose. Eitrige Osteoyelitis, welche sich in der üblichen Weise pathologisch manifestiert, acht für gewöhnlich ein zweifelloses Röntgenbild. Im destruktiven adium, welchem das proliferative folgt, wird es wahrscheinlich cht mit anderen Infektionen, Syphilis und Tuberkulose, besonders, enn sie mit gut ausgebildeter Sequesterbildung einhergeht, verechselt werden. Syphilis ist meist formativ, Tuberkulose mehr struktiv verbunden mit Knochenatrophie. Das chronische Stadium r Osteomyelitis, dessen Bild das des formativen Prozesses ist, ne Anzeigen einer Sequestration, kann leicht mit Syphilis verechselt werden. Die Differentialdiagnose hängt dann zum großen eil von der Anamnese und den Serumuntersuchungen ab. Die ltene Schafttuberkulose kann wahrscheinlich nur mit anderen Mitteln als dem Röntgenbild differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden. Ewings Tumor oder das Knochenendotheliom kann leicht mit Osteomyelitis verwechselt werden, da meist die Kriterien der Malignität vermißt werden. Die Anamnese ist ausschlaggebend. Die Frühstadien des periostalen Sarkoms können nicht immer unterschieden werden, da bei diesen Fällen Fieber, Schmerzen und Schwellung gleichfalls vorkommen. Auch das Zeichen der senkrechten Streifung hat nicht allzu großen Wert für Malignität, da es sowohl bei der akuten Osteomyelitis als auch der Syphilis gesehen wurde. Von den infantilen Dystrophien, dem Skorbut, sind die Frühzeichen im Röntgenogramm zu finden, so daß keine Schwierigkeiten entstehen. Knochenzysten sind leicht zu differenzieren, wenn das Eiterfieber beachtet wird. In Fällen von Osteomyelitis mit hämorrhagischem Inhalt in der rarefizierten Zone (Abszeß), ohne ausgesprochenen Sequester, als Folge einer weniger virulenten Infektion, ist die Diagnose bisweilen unmöglich und kann nur mit anderen Mitteln nach der Operation gestellt werden. Die generalisierte fibrozystische Osteitis ist weniger schwierig von der Osteomyelitis zu unterscheiden als von der Syphilis.

Eine wertvolle röntgenographische Hilfe bei der Diagnose intestinaler Obstruktion. Vermittelst einer Potter-Bucky-Blendenaufnahme des Bauches (30 : 40) gelang es, mit einem hohen Wahrscheinlichkeitsgrad die Seite des Ileus und dessen Sitz zu bestimmen, indem es vor dem Hindernis zu mehr oder weniger starker charakteristischer Gasansammlung kommt.

Einfluß der Röntgenstrahlen auf weiße Mäuse und ihre Nachkommen. Eine weniger intensive, menschliche Erythemdosis blieb auf die Eltern ohne sichtbaren Einfluß. Die Schwangerschaft verlängerte sich um 3—4 Tage. Die Jungen dieser Eltern zeigten jedoch durch 6 Generationen keine Veränderungen. Mit zunehmender Röntgendosis (starke menschliche Erythemdosis) trat beim Weibchen während der nächsten 5—6 Monate, beim Männchen für 2—3 Monate Sterilität ein. Ein solches Männchen, mit einem nichtbestrahlten Weibchen gepaart, zeugte Junge, welche in der 6. Generation keinen morphologischen Defekt erkennen ließen.

Kottmeier, Mainz.

Physical Therapy, X-Ray, Radium.

8., Nr. 5.

Statische Elektrizität. Die Anwendung der statischen Elektrizität zu Heilzwecken ist zu Unrecht lange Zeit vernachlässigt worden. Man kann mittels dieser Methode Wirkungen erreichen, die denen anderer elektrotherapeutischer Maßnahmen z. T. überlegen sind. Die heute benutzte Apparatur ist vom Typ der Holtzschen Maschine. Die statische Elektrizität kann als ein Strom von extrem hoher Spannung aufgefaßt werden (ca. 1 000 000 Volt) bei geringer Stromstärke. Sie wird namentlich in drei Formen angewandt: als statischer Wellenstrom (Mortonscher Strom), als statischer Funken und als Effluvien. Der positive Pol wirkt immer beruhigend, der negative erregend. Es ist dabei hervorzuheben, daß selbst bei unzweckmäßiger Anwendung niemals Schädigungen vorkommen und verhängnisvolle Unfälle wie bei anderen elektrischen Apparaten ausgeschlossen sind.

Zu den wichtigsten therapeutischen Effekten der statischen Elektrizität gehört die Dekongestion, die Beseitigung entzündlicher Infiltrate. Ueberraschend ist die Schnelligkeit, mit der die Wirkung oft einsetzt. Vorherige Anwendung von Licht oder Diathermie erweist sich zuweilen als vorteilhaft. Das Anwendungsgebiet ist außerordentlich groß: Entzündliche Prozesse aller Art, namentlich Myositis, Tendovaginitis, ferner Neuralgien, Dysmenorrhoe, Prostatitis und anderes mehr.

Heliotherapie bei Brustkrankheiten. Beim Pleuraempyem und Lungenabszeß sind Bestrahlungen mit natürlichem oder künstlichem Licht zweckmäßig. Man erreicht schon nach wenigen Sitzungen, daß die Sekretion nachläßt und vor allem der faulige Geruch verschwindet. Entsprechend bessert sich das Allgemeinbefinden. Namentlich ist auch die bessere Heilungstendenz mazerierter Wundränder von klinischer Bedeutung.

Ultraviolettbestrahlung in der Zahnheilkunde. Man verwendet bei Zahnerkrankungen vorwiegend die wassergekühlte Quecksilber-Quarzlampe. Bei Brennern modernen Typs sind die einzelnen Sitzungen sehr kurz: Man beginnt mit etwa 30 Sekunden und steigert von Mal zu Mal um etwa 10 Sekunden, wobei beachtet werden muß, daß die Toleranz bei den verschiedenen Patienten sehr ungleich ist.

Bei der Entscheidung, ob konservative oder operative Behandlung erkrankter Zähne vorzuziehen ist, sind Gesichtspunkte allgemein-medizinischer Natur oft ausschlaggebend. Nicht selten werden Zähne als Infektionsquelle angesehen bei Arthritiden, Neuralgien usw. Da entsteht die Frage, ob man verdächtige Zähne opfern soll. Verf. ist der Ansicht, daß man hierin oft zu weit geht. Die Bedeutung von Zahnextraktionen darf nicht unterschätzt werden. Insbesondere ist der Standpunkt, daß jeder pulpalose Zahn, auch wenn keine klinischen oder röntgenologischen Erkrankungszeichen bestehen, eine Bedrohung für die Gesundheit sei, sicherlich falsch. Ebensowenig stellt eine Abszeßhöhle, bei der schon Knochenneubildung festzustellen ist, einen Erkrankungsherd dar. Das Röntgenbild gibt über die vorliegenden Veränderungen am zuverlässigsten Auskunft, doch muß berücksichtigt werden, daß auch alte Prozesse sich noch röntgenologisch markieren.

In der Behandlung von Abszessen ist das ultraviolette Licht ein wertvoller Heilfaktor. Es wirkt nicht nur sterilisierend, sondern auch anregend auf die periapikale und peridentale Knochenregeneration. In der Behandlung des akuten Abszesses ist die erste Wirkung der ultravioletten eine Schmerzlinderung. Handelt es sich um einen apikalen Abszeß, so sind folgende Maßnahmen zu empfehlen: Drainage, Reinigung des Wurzelkanals, Einlegen eines Phenolstreifens für 24 bis 48 Stunden, Füllung des Wurzelkanals mit Euchapercha. Bei jeder Sitzung wird eine Ultraviolettbestrahlung direkt über der Abszeßhöhle vorgenommen. Auch beim peridentalen Abszeß ist eine entsprechende Kombination der chirurgischen Behandlung mit der Bestrahlung erforderlich. Bei den chronischen Abszessen ist die Therapie verschieden, je nach dem Stadium, in dem die Patienten zur Behandlung kommen. Ist keine Fistel vorhanden und sind die Kanäle vollständig verkalkt, so wird ohne weiteres die Bestrahlung vorgenommen. Die einzelnen Sitzungen müssen hier von etwas längerer Dauer sein (ca. eine Minute). Sind die Kanäle nicht vollständig verkalkt, so müssen sie in der üblichen Weise gefüllt werden, wobei aber darauf geachtet werden muß, daß der entzündliche Prozeß nicht aktiviert wird. Fisteln sind mit schwachen Bestrahlungen zu behandeln. Nach zwei bis vier Sitzungen pflegt sich die Fistel zu schließen. Sodann wird die Abszeßhöhle in der oben beschriebenen Weise behandelt. Zur postoperativen Nachbehandlung empfiehlt sich lange fortgesetzte Bestrahlung zwecks Förderung der Knochenregeneration.

Die Behandlung der Pyorrhoe erfordert große Geduld, ist aber auch bei veralteten Fällen noch von Erfolg. Der Bestrahlung muß eine gründliche Reinigung vorangehen. Das Spekulum des Quarzbrenners muß immer zwischen zwei Zähnen sowohl auf der lingualen als auch auf der bukkalen Seite aufgesetzt werden. Die Bestrahlung ist unter Anwendung leichten Druckes vorzunehmen. Dauer jeder einzelnen Einstellung: 1 Minute. Wöchentlich zwei Sitzungen, wobei jedesmal ein halber Gaumenbogen behandelt wird. Zweimaliger Bestrahlungsturnus. Medikamente werden dabei nicht angewandt, nur ein mildes Mundwasser ist gestattet.

Die Behandlung der S t o m a t i t i s muß sich nach der Aetiologie derselben richten. Beseitigung der Ursachen bzw. Behandlung der Grundkrankheiten ist in jedem Falle zunächst anzustreben. Auf Ultraviolettbestrahlung reagieren am besten die Formen, die infolge bakterieller Infektion entstanden sind. Die auf Grundlage von konstitutionellen Krankheiten oder infolge mangelhafter Zahnpflege entstandenen Stomatitiden hingegen sind durch Lichtbehandlung nicht immer deutlich zu beeinflussen.

Postoperative Bestrahlung ist von Nutzen als Prophylaktikum zur Verhütung von Infektionen, zur Vermeidung von Trismus und schließlich zur Beseitigung des Wundschmerzes.

K i r s c h m a n n.

Polski Przeglad Chirurgiczny.

6., Heft 1.

Die chirurgische Behandlung des Kropfes. Im Anschluß an 20 in ca. 11 Jahren an der chirurgischen Klinik zu Kraków gemacht Kropfoperationen bespricht der Verfasser seine Erfahrungen u Beobachtungen. Die Mortalität betrug 2,1%. In 85% der Fäl wurde eine Veränderung der Trachea festgestellt. Eine Röntge aufnahme in Vorder- und Seitenlage erachtet der Verfasser für une läßlich. Die Werte des Gasgrundumsatzes geben kein Bild von d Schwere des Falles. Die Struma adenomatosa sollte nicht vor de 30. Lebensjahre operiert werden. In den letzten Jahren wurde fa ausschließlich in örtlicher Infiltrationsanästhesie mit 1% Novoka ohne Zugabe von Adrenalin operiert und zwar beiderseits einzeit Die Thyroidea inferior wird nicht unterbunden, die Wunde wi ohne Drainage verschlossen. Lähmung der Rekurrens wurde in 3,7 der Fälle beobachtet; Tetanie, in den letzten Jahren häufiger b obachtet, was seine Erklärung in dem radikaleren Vorgehen find wurde in 0,3% der Fälle festgestellt. Bei starker Dyspnoe darf ma die Tracheotomie nicht bis zum letzten Augenblick verschiebe Rückfälle wurden in 2,9% der Fälle beobachtet, davon 0,5% wah und 2,4% falsche.

Die Verpflanzung der Sehne des langen Bizepskopfes bei hab tueller Luxation. Eine der Ursachen der habituellen Schultergelen luxation ist der Mangel einer direkten sehnigen oder Bändervereir gung der oberen Partie des Humerus mit dem Akromion. Von dies Erwägung ausgehend will der Verfasser, um die allzugroße Bewe lichkeit des Humeruskopfes einzuschränken, eine sehnige Verbi dung zwischen Humerus und Akromion herstellen. Zu diesem Zweck schneidet er die Sehne des langen Bizepskopfes an seiner Ansat stelle ab, zieht das jetzt freie Ende aus der Gelenkhöhle heraus u verpflanzt es in einen mit dem Meißel hergestellten Spalt des Akr mion an seinem Außenrande, wo er die Sehne mittels Seidenfäde fest mit der Umgebung verbindet. Die verpflanzte Sehne zieht d Humeruskopf im Moment der Spannung des Bizeps gegen das Akr mion und verhindert dadurch die Luxation. Die Nachbehandlun besteht in sechswöchentlicher Ruhigstellung des Schultergelenks u 2—3 monatlicher Massage und Gymnastik. Der Verfasser hat bish drei Fälle nach dieser Methode mit vollem Erfolge operiert (1 Ja Beobachtung).

L. P i ó r e k, Warszawa.

Polski Przeglad Radjologiczny.

2., Heft 1.

Zur Kasuistik der Veränderungen des Kardiateils des Magen An der Hand einschlägiger Fälle betont der Verfasser die Wichtigke der Durchleuchtung des Magendarmkanals in liegender Stellung, d vielfach Veränderungen des Kardiateils entdecken läßt, welche i aufrechter Stellung unsichtbar sind. So erklärt es sich auch, waru der Prozentsatz der röntgenologisch festgestellten Ulzera d Kardiateils so gering ist und die Statistiken so sehr auseinande gehen. Die spastischen Einkerbungen des Kardiateils ohne Ulkus nische sind reflektorischen Ursprungs und können Folgen von Ve änderungen in einem anderen Magenteil oder des Oesophagus sei Veränderungen der Magenwand oder langanhaltender Druck a die Magenwand können einen Kardiaspasmus hervorrufen, der sei Erklärung in der gemeinsamen Innervierung des unteren Oesophagus teils und des Magens findet. Diese Beobachtung steht der Behau tung von Schinz entgegen, der die Möglichkeit eines Kardiaspasmu durch Magenerkrankungen (Ulkus) ablehnt.

L. P i ó r e k, Warszawa.

Therapeutische Mitteilungen.

ie Adipositas und ihre Behandlung mit Inkretan.

Von
Dr. med. STEIN, prakt. Arzt, Hamm.

Begreiflicherweise haben sich die zur Behandlung kommenden Fälle von Adipositas in den Nachkriegsjahren bedeutend vermehrt, m die während des Krieges fortfallenden äußeren Verhältnisse, die e Veranlagung zur Fettsucht Vorschub leisten, sind nunmehr eder gegeben. Das erhöhte Interesse für die Adipositas und ihre handlung insbesondere mit Schilddrüsen-Präparaten hat Ausuck in einer Reihe von Publikationen gefunden. Die Mehrzahl ündet sich auf klinische Beobachtungen, während Erfahrungen aus r Praxis kaum mitgeteilt wurden. Vielleicht sind Versuche mit hilddrüsen-Präparaten in der ambulanten Praxis deshalb nicht in ößerem Umfang gemacht worden, weil die Ansicht vorherrscht, als unte diese Therapie nur bei gleichzeitiger klinischer Beobachtung rchgeführt werden.

Die theoretischen Vorbemerkungen sollen tunlichst beschränkt erden auf den Zusammenhang zwischen Thyreoidea und Entstehung r Fettsucht und dann über die Erfolge der Behandlung mit dem hilddrüsen-Präparat „Inkretan" (Hersteller: Chemische Fabrik omonta, Hamburg) berichtet werden.

Nach v. Noorden scheidet sich die Adipositas in zwei große uppen, die „exogen" und die „endogen" bedingte. Kisch spricht - analog dazu — von „konditionell" (Mästung, Trägheit) oder erwiegend „hormonal" bzw. „neuro-hormonal" veranlaßter Adisitas. Inwieweit diese beiden Formen in Wechselbeziehung zueinder treten, ist schwer eindeutig zu bestimmen; sicher scheinen in len Fällen die Uebergänge fließende zu sein und dann meistens in m Sinne, daß Störungen der inneren Sekretion (vor allem Thyreidea und Hypophyse usw.) die primäre Ursache abgeben.

Den Einfluß des Schilddrüsen-Hormons auf die Oxydationsvorgge hat man sich so vorzustellen, daß sie durch seine normale Wirng gefördert werden und dadurch Fettanreicherung verhindert wird genannte „Blasebalgwirkung"). Bei gestörter Schilddrüsenfunkn muß es zu den umgekehrten Verhältnissen kommen: Die Oxyionsvorgänge sind herabgesetzt und bedingen auf diese Weise verhrten Fettansatz.

Auch andere Drüsen mit innerer Sekretion vermögen den Energumsatz zu senken: Die Keimdrüsen (Testes, Ovarien), die Hypoysis cerebri, deren Minderwertigkeit zum Bilde der Dystrophia poso-genitalis führt (sie ist als gesonderte Form der Fettsucht n der Schilddrüsen-Therapie auszuschließen), und die Glandula pealis.

Wahrscheinlich ist auch bei diesen Formen der Fettsucht die pofunktion der Thyreoidea von ursächlicher Bedeutung, und zwar dem Sinne, daß die unzulängliche Tätigkeit der genannten Drüsen d Sekretion der Schilddrüse hemmt und daß erst auf diesem Umg die Oxydationsvorgänge im Körper gestört werden. (Nach n Noorden die „chemische Korrelation" der Drüsen mit innerer kretion.)

Als maßgebender Faktor bei der Entstehung der Fettsucht hat o (wenn man die leicht abzugrenzenden Formen ausschließt) die rung der Schilddrüsen-Funktion zu gelten. Diese Auffassung findet e Bestätigung in der sich mehr und mehr einbürgernden Behandg mit Schilddrüsenpräparaten und deren Erfolgen.

Sicherlich liegen die Verhältnisse verwickelter als aus den zen theoretischen Bemerkungen hervorgeht. In der ambulanten obachtung ist es nicht möglich, mit klinischen Untersuchungsthoden zu arbeiten. Es ist z. B. nicht möglich, den Energieumsatz weils festzustellen, da sich Energiezufuhr und -ausfuhr der Beobtung entziehen. In praxi kommt es mehr auf den Erfolg der Bendlung an als auf die Beantwortung der Frage wie man sich ihn einzelnen zu erklären hat. Der Praktiker muß sich klar sein über ikation und Kontraindikation seiner Therapie, muß deren Wirkung ernd überwachen und sich vor Schematisierung hüten.

Versuche, die in der Klinik mit „Entgasung" und „Entwässerung" d mit „Hunger-Durstkuren" gemacht werden, scheitern in der axis einmal an den mangelnden Mitteln und zum anderen an der Unmöglichkeit der Durchführung und an der Willensschwäche der Patienten.

Die ambulante Praxis muß auf einer Therapie aufbauen, die bei leichter Dosierbarkeit und wenig eingreifender Diätbeschränkung gute und dauerhafte Erfolge aufweist.

Erfahrungsgemäß suchen Fettleibige zumeist erst ärztlichen Rat, wenn ihnen entweder die Fettleibigkeit vermehrte Beschwerden verursacht (Atemnot, Herzbeschwerden usw.) oder wenn ihnen die Zunahme des Körpergewichts aus ästhetischen Gründen (Mode) unerwünscht ist. Häufig ist irgend eine „Entfettungskur" oder besser der Versuch zu einer solchen vorhergegangen. Es ist eine wichtige Aufgabe, auf diesem Gebiet Kurpfuschern und solchen Unternehmen, die in gewissenloser Weise ihre Mittel öffentlich empfehlen, entgegenzuarbeiten.

An Hand einer ausführlichen Anamnese und einer ausgiebigen Untersuchung läßt sich leicht die Art der Adipositas feststellen und der richtige Weg der Therapie erkennen. Bei der Vorgeschichte ist besonderer Wert zu legen auf: den Zeitpunkt der Entstehung, die Dauer des Bestehens und die Art des Fortschreitens der Fettsucht, die mögliche zeitweise Abnahme des Fettansatzes (Kriegszeit, schwere Erkrankung), Alter des Patienten (Klimakterium usw.), Beruf (Inaktivität), Ernährung (Ueberfütterung), familiäre Veranlagung (Adipositas in der Ascendenz usw.), Erscheinungen, die auf Störung der Schilddrüsenfunktion hinweisen (Myxödem, Morbus Basedow usw.), geregelte Darmtätigkeit, mangelhafte Flüssigkeitsausscheidung und auf eventuell voraufgegangene „Entfettungskuren". Die Untersuchung muß vornehmlich Erkrankungen des Kreislaufes (Herzfehler, Oedeme, Acites usw.) ausschließen, die Art des Fettansatzes berücksichtigen und Fettsuchtformen, die nicht auf einer Schädigung der Schilddrüsenfunktion beruhen, abtrennen.

In dem von der chemischen Fabrik Promonta, Hamburg, hergestellten „Inkretan" sind verschiedene Vorzüge vereinigt, die das Präparat als besonders geeignet zur Behandlung der Fettsucht erscheinen lassen. Jede Tablette enthält einen konstant eingestellten Schilddrüsenanteil mit 0,0002 g spezifisch gebundenem Jod. Das Mittel läßt sich also leicht dosieren und schützt somit vor unangenehmen Nebenerscheinungen, die bei Darreichung großer Dosen leicht auftreten können. Außer diesem Schilddrüsenanteil enthält das „Inkretan" Hypophysen-Vorderlappensubstanz, die bei den mit Schädigung der Hypophysentätigkeit kombinierten Fettsuchtformen zweifellos wirksam ist. Neben diesen beiden Bestandteilen ist im „Inkretan" noch Brom enthalten, das in seiner sedativen Wirkung oft erwünscht ist. Ein weiterer Vorzug, der allerdings nicht dem Mittel an sich zukommt, sind die von der Firma beigegebenen Kalorie-Tabellen, nach denen jeder Laie leicht die Kaloriemenge der Nahrungsstoffe erkennen kann. Erfahrungsgemäß richtet sich der Patient eher nach selbstauferlegten Beschränkungen als nach einem starren vom Arzt festgelegten Ernährungsplan.

Die von mir mit diesem Präparat erzielten Erfolge soll die kurze Beschreibung von fünf damit behandelten Fällen dartun:

Fall 1. Frl. A. H., 26 Jahre. Familienanamnese hinsichtlich Adipositas o. B. Seit etwa zwei Jahren Zunahme des Körpergewichts. Brüste, Bauch, Hüften, Waden usw. waren in gleicher Weise am zunehmenden Fettansatz beteiligt. Gelegentlich versuchte Abmagerungskuren mit Abführmitteln und Einschränkung der Kost waren nur von geringem vorübergehenden Erfolg. Während der beiden letzten Jahre nahm das Gewicht noch zu. Seit einem halben Jahr sistieren die menses.

Größe: 1,53 m. Gewicht: 70 kg. Bei der Durchuntersuchung wird kein pathologischer Befund erhoben. Blutdruck 110/85 R. R. Gleichmäßig starker Fettansatz an den oben beschriebenen Partieen.

Unter Darreichung von Agomensin und Injektion von Hypophysin treten die menses nach etwa 14 Tagen ein. Pat. ist in der Folge dreimal regelmäßig menstruiert. Trotz Einschränkung der Nahrungszufuhr, Bewegungstherapie usw. keine Gewichtsabnahme.

Beginn der Inkretan-Behandlung Ende April 1926. Körpergewicht 69,5 kg. Während der ersten drei Wochen dreimal täglich 1 Tablette Inkretan. Sonst wird nichts verordnet. Eine allgemeine Anweisung über Regelung der Diät wird gegeben und Meidung kalorienreicher Nahrung empfohlen. Außerdem körperliche Bewegung.

Am 22. Mai Gewicht: 69 kg. Keinerlei Nebenerscheinungen.

Ab 22. Mai weiter täglich 3 Tabletten. Da die Dosierung von Anfang an sehr niedrig gehalten war, wird keine Ruhepause eingelegt.

15. Juni Gewicht: 67 kg.

Vom 15. — 21. Juni kein Inkretan. Gewicht am 22. 6.: 65½ kg.

Vom 22. 6. ab viermal täglich 1 Tablette. Gewicht am 8. 7. 63 kg.

Inkretan 8 Tage abgesetzt.

Dann dreimal täglich 1 Tablette. Gewicht am 7. 8.: 60½ kg.

Bis Mitte Oktober werden mit kurzen Intervallen täglich 3 Tabletten verordnet. Gewicht am 12. 10.: 57½ kg..

Während der ganzen Behandlung traten keinerlei Nebenerscheinungen auf. Pat. fühlte sich dauernd wohl. Von Oktober 1926 bis März 1297 (also ein halbes Jahr lang) fand keine Behandlung statt. Das Gewicht hat sich annähernd auf dem Stand von Mitte Oktober gehalten und beträgt nunmehr 59 kg.

Fall 2. Herr K. Sp. 38 Jahre. (Beginn der Behandlung Februar 1926.). Der Vater war korpulent. Pat. war früher mager und neigte nicht zu Fettansatz. Während des Krieges nahm sein Gewicht unter hinsichtlich der Ernährung nicht ungünstigen Verhältnissen zu. Nach dem Kriege schritt die „Fettsucht" fort. Anscheinend wenig Bewegung und reichliche Flüssigkeitszufuhr. Seit 1924 nahm das Gewicht stetig zu, sodaß allmählich Beschwerden auftraten. Leichte Ermüdbarkeit, Kurzatmigkeit, Herzklopfen usw.

Größe 1,78 m, Gewicht: 99 kg. Herz mäßig verbreitert. Töne rein. Aktion regelmäßig. Blutdruck 130/95 mm. Hg. Im übrigen ergibt die Untersuchung auch keinen path. Befund.

Diätvorschriften ohne bestimmte Festsetzung der Kalorienmenge. Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr. Körperliche Arbeitsleistung erhöht. Darreichung von 4 Tabletten Inkretan 4 Wochen hindurch. Während der ersten beiden Wochen Gewichtsstillstand, dann 2 kg Gewichtsabnahme, so daß Pat. Ende März 97 kg wog. Keinerlei subjektive Beschwerden, kein abweichender Befund. Nach achttägiger Ruhepause 4 Tabletten pro die. Einlegung eines strengen Diättages in der Woche. Im folgenden Monat 3½ kg Gewichtsabnahme.

Gewicht am 28. 4.: 93½ kg. Blutdruck 115/80 mm. Hg. Es wird über eine gewisse Müdigkeit und „Schlappheit" geklagt, die aber keine besonderen Beschwerden verursacht. Pat. hat den Eindruck einer „bedeutend gebesserten Durcharbeitung des Körpers". Der Diättag wird fallen gelassen. Während der folgenden drei Monate, also bis Ende Juli, werden bei wöchentlich zweimaliger Beobachtung mit kurzen Unterbrechungen pro die 3 Tabletten genommen. Dabei sinkt das Gewicht gleichmäßig auf 83 kg am 27. Juli. Pat. reiste dann einige Wochen ins Hochgebirge. Keine Medikation. Anstrengungen wurden ohne Beschwerden gut vertragen. Anfang September betrug das Gewicht 81 kg. Jetzt, Ende März 1927, ist das Gewicht zwar wieder auf 84 kg gestiegen, jedoch hat die Gewichtskurve keinerlei Tendenz zu raschem Wiederanstieg gezeigt. Das Wohlbefinden ist nicht gestört gewesen.

Fall 3. Frau J. F., 42 Jahre. Schon als Kind „dick" gewesen. Beide Eltern korpulent. Entwicklungsdaten regelmäßig. Erstmalig menstruiert mit 14 Jahren. Heirat mit 23 Jahren. 3 Kinder. Das älteste neigt auch zu Fettansatz. Während des Krieges unter schlechten Ernährungsverhältnissen keine wesentliche Gewichtsabnahme. Seit 1923 stärkere Gewichtszunahme. Seit etwa einem halben Jahr Blutandrang zum Kopf, zeitweise Schwindelanfälle, verstärkte aber regelmäßige menses (beginnendes Klimakterium).

Größe: 1,62 m, Gewicht: 80 kg. Kein Organbefund. An beiden Unterschenkeln starke Varicen. Oedem der Füße. (Nieren o. B.). Blutdruck normal.

Beginn der Behandlung Dezember 1925.

Dosierung des Inkretan: In den ersten 4 Wochen 3 Tabletten pro Tag. Lockere Diätvorschriften, Süßigkeiten verboten. Gewicht am 10. Januar 1926: 79½ kg. Patientin klagt über Obstipation. Abends eine Tablette Istizin. Stuhl danach regelmäßig. Nach zehntägiger Pause 4 Tabletten täglich. Gewicht am 29. 2.: 77 kg. Keine Nebenerscheinungen. Subjektives Wohlbefinden. Istizin abgesetzt. Bis Ende Juni werden ohne Unterbrechung täglich 2 oder 3 Tabletten genommen. Gewicht am 25. Juni 66½ kg. Januar 1927 betrug das Gewicht wieder 73 kg. Pat. wollte sich einer erneuten Kur nicht unterziehen, weil sie gehört habe, „Tabletten seien schädlich".

Fall 4. Frau H. Fr., 55 Jahre. Eltern beide korpulent gewesen. Als Mädchen war Pat. „schlank". Heirat im Alter von 26 Jahren. 4 Kinder. Zwischen 30 und 40 Jahren begann sie stärker zu werden, behielt bis zum Beginn des Klimakteriums (Ende 40) annähernd das gleiche Gewicht, um in der Folge mehr zuzunehmen. Die menses sistieren seit dem 51 Jahre. Besondere Beschwerden hat das Klimakterium nicht verursacht.

Großee: 158 cm. Gewicht: 81 kg. Starke Fettauflagerungen am ganzen Körper, besonders an Hüften, Bauch und Oberschenkeln. Kein Ascitis. Rechter Unterschenkel starke Varikositäten, Fuß ödematös. Lunge: Leichtes Emphysem, sonst o. B. Herz: Grenzen mäßig verbreitert. Erster Ton über der Mitralis unrein. Tätigk regelmäßig. Kein Vitium. Blutdruck 145/110 mm. Hg. Nieren oh Befund.

Dreimal täglich 1 Tablette Inkretan. Diätvorschriften wie l den anderen Fällen. Beginn der Behandlung März 1926. Gewi am 10. März 82 kg. Keine Beschwerden. Weiterhin 3 Tablett täglich. Ende März ist das Ausgangsgewicht erreicht. Von ab wöchentlich 1—1½ kg Gewichtsabnahme. Gewicht En April 76 kg. In den Monaten Mai und Juni zweimalige Pa von 8 Tagen, sonst 3 Tabletten pro die. Gewicht Ende J 67½ kg. Medikation wie angegeben. Gewicht Anfang August 67 Dann erfolgt keine Gewichtsabnahme mehr. Absolutes Wo befinden. Ab September wird kein Inkretan gegeben. Im Febru betrug das Gewicht 68¾ kg. Pat. hatte keinerlei Beschwerd Untersuchungsbefund wie bei Beginn der Behandlung.

Fall 5. Herr P. D., 52 Jahre alt. Entstammt einer a gesprochen fettleibigen Familie. Als Kind nicht „dick" gewes Zunahme des Körpergewichts seit dem 20. Lebensjahre etwa. den Jahren zwischen 30 und 40 Durchschnittsgewicht von ca. 120 Während des Krieges Militärdienst (Garnison). Unter schlecht Ernährungsverhältnissen Gewichtsabnahme um schätzungswe 30 bis 40 Pfund. Nach dem Kriege wieder starke Gewich zunahme. Beklemmungsgefühle und Kurzatmigkeit stellten s bald ein in größerem Maß.

Größe: 186 cm. Gewicht: 137 kg. Enormes Fettpolster a ganzen Körper, besonders am Rumpf. Cor adiposum. Perkutoris ermittelte Herzgröße 24 cm. Töne rein. Aktion in der Ruhe reg mäßig, 80 Pulsschläge. Nach leichter Anstrengung (5 Kniebeug Pulsfrequenz = 110. Rückkehr zur Norm nach 4 Minuten. Bl druck 160/120 mm Hg. Leber nicht palpabel, perkutorisch v größert. Lunge: mäßiges Emphysem. Nieren o. B.

Beginn der Behandlung Juni 1925. Pat. lehnt zunächst medik mentöse Behandlung ab, weil er glaubt, bei Nahrungseinschränku und Minderung der Flüssigkeitszufuhr mager werden zu könn Zudem besteht Furcht vor Schädigung durch Medikamente. A stellung eines Diätplanes. Tägliche Nahrungszufuhr im Wert v ungefähr 1700 Kalorien, Flüssigkeitsbeschränkung auf ca. 1½ pro Tag. Bewegungstherapie. Aus sich nimmt Pat., wie später zugibt, wöchentlich 2 Schwitzbäder. Dabei innerhalb v Wochen Gewichtsabnahme von 1½ kg. Pat. klagt über quälen Druckgefühl in der Herzgegend (Herzangst) und fühlt sich ele Der Verzicht auf die gewohnte Nahrung ist ihm nicht mehr mögli Er erklärt sich nunmehr mit der Inkretantherapie einverstand Beginn derselben Mitte Juli. 4 Tabletten pro Tag. Di vorschriften gelockert. Schwitzbäder verboten. Bis Mitte Aug kein nennenswerter Erfolg. Außer den bei der ersten Unt suchung geklagten Beschwerden ist das Befinden gut. Blutdru 155/120 mm Hg. Herzaktion regelmäßig. Gewicht am 14. Aug 134 kg. Dreimal täglich 2 Tabletten. Wöchentlich wird Schmalkosttag eingelegt. Gewicht am 17. September 130 Pat. klagt über Kopfschmerz und Durchfall, fühlt sich dabei a verhältnismäßig wohl. 10 Tage kein Inkretan. Wohlbefind 3 Wochen lang 6 Tabletten pro die. Keine Beschwerden. Gewi am 19. Oktober 125½ kg. Blutdruck unverändert. Die Schm kosttage werden nicht vertragen. Sie fallen fort. Nach acht Tag wieder 6 Tabletten. Während 4 Wochen. Gewicht am 23. N vember 120½ kg. Wohlbefinden. Objektiv keine Störungen. Na achttägiger Pause 4 Tabletten pro Tag. Diese Behandlung w drei Monate durchgeführt mit entsprechenden Pausen. Da nimmt Pat. weitere 11 kg an Gewicht ab, und zwar pro Woc durchschnittlich ungefähr 1 kg., so daß das Gewicht am 14. Mä 1926 109½ kg betrug. Gelegentlich trat Herzklopfen ein. der objektive Befund keinen Anhalt für schädliche Folgen Therapie ergab, wurde die Behandlung fortgesetzt. Bis Dezem 1926 war keine wesentliche Gewichtszunahme zu verzeichn Das Gewicht betrug am 20. Dezember 113 kg. Pat. hatte s während der Zwischenzeit wohl befunden. Objektiv kein path logischer Befund.

Zusammenfassend läßt sich über die Wirkung des Inkre folgendes sagen: Daß die Gewichtsabnahme lediglich auf den Einf des Inkretan zurückzuführen sei, ist kaum anzunehmen. Man w in keinem Fall von Fettsucht auf eine gewisse Regelung der D und andere allgemeine Maßnahmen verzichten können. Sicher daß die Beschränkungen bei gleichzeitiger Darreichung von Inkre nur in einem Umfang auferlegt zu werden brauchen, der von Patienten leicht ertragen werden kann. Strenge Diätkuren lass sich in der Ambulanz deshalb nicht durchführen, weil die Krank sie während längerer, allein zum Ziel führender Zeit nicht dur zuführen vermögen. Schädliche Wirkungen wurden in keinem F beobachtet. Das subjektive Wohlbefinden war durchweg ungest In jedem Fall wurde eine gute, z. T. beträchtliche Gewichtsabnah erzielt, die außer in Fall 3 über einen längeren Zeitraum anhi

ie wieder steigende Gewichtskurve bei diesem Fall schien die olge einer absolut unvernünftigen Ernährungsweise zu sein. Die uhilfenahme einer anderen Medikation (außer bei Fall 3 Istizin) ar nicht notwendig. Die Dosierung bot in keinem Fall Schwierigeiten. Die Höchstgabe betrug 6 Inkretan-Tabletten am Tag. Es esteht kein Grund, die Inkretan-Therapie in der ambulanten Beandlung auszuschließen. Sie ist im Gegenteil ohne Bedenken nzuraten.

Gynormon in der Gynäkologie.

Von

Dr. med. WOLFGANG BARANOWSKY, Hahnenklee (Harz).

Ich habe in den letzten Jahren bei einer Reihe verschiedener hwerer Fälle von nervösen und ovariellen Störungen Gelegenheit habt, das Gynormon zu erproben.

Gynormon ist eine Injektion zur subkutanen Anwendung und entlt nach Angabe der Fabrik Dr. Ernst Laves, Hannover (Inh. rof. Dr. E. Laves) die wirksame Substanz schlachtfrischer Ovarien, holin und andere parasympathisch wirkende Stoffe.

Unter den stets günstigen Erfolgen, die ich erzielte, fiel ein Einlfall besonders ins Auge, den ich hier näher schildern möchte.

Frau A. Sch., 36 Jahre, Bankdirektorsfrau, zum zweiten Mal seit 8 Jahren verheiratet, aus erster Ehe eine jetzt 18jährige Tochter. Seit dieser Geburt keinen Partus und Abort mehr. Mensesbeginn mit 13½ Jahren, vor der Geburt immer regelmäßig und normal. Seit der vor 18 Jahren erfolgten Geburt Menses sehr unregelmäßig und verschieden stark. Intervalle von 8 bis 9 Wochen keine Seltenheit. Wohl im Zusammenhang mit dieser Dysfunktion immer stärker auftretende Nervosität und ausgesprochenes Gefühl des „Altseins". Libido stark herabgesetzt. Besucht neuerdings gerne Vorträge über das Thema „Jungwerden" usw. In diesem Zusammenhange fragt sie mich über meine Ansicht über das „Jungwerden". Allmählich erfahre ich obige Daten aus der Anamnese. Ihr und ihres zweiten Gatten sehnlichster Wunsch ist jetzt — schon seit Jahren bestehend — ein zweites Kind. Sie ist deswegen schon bei den verschiedensten Aerzten, darunter Kapazitäten, gewesen, die fast durchweg zur Operation geraten haben; ferner hat sie die verschiedensten Badekuren usw. versucht. Da ich ihren Zustand neben nervösen Störungen besonders auch auf ovarielle Dysfunktionen — und zwar lediglich sekretorischer Art — zurückführe, empfehle ich ihr eine Spritzkur mit Gynormon, was schließlich im Familienrat mit ihrem Manne akzeptiert wird.

Die Kur begann Mitte Dezember 1925:

Untersuchungsbefund: Schlanke kräftig gebaute Frau, mittlerer Ernährungszustand. Sichtbare Schleimhäute mäßig stark durchblutet, Haut ziemlich schlaff, welk, ungesunde Gesichtsfarbe. Status neurasthenicus.

Gynäkologischer Befund: Uterus anteflektiert, gut birnengroß. Adnexe ohne Befund. Also Genitalapparat anatomisch vollständig in Ordnung.

Therapie: 42 Amp. Gynormon in zuerst dreitägigem, nach ca. 3 Wochen zweitägigem Abstand, zuerst ½, sodann 1 Amp. Ende Januar achttägige Pause, in der zweiten Hälfte werden 5 Hypormon-Amp. zugegeben.

Erste Menses Ende Januar, nächste prompt 4 Wochen später, zum erstenmal seit fast 18 Jahren. Pat. fühlt sich außerordentlich wohl, bedeutend gebessertes Allgemeinbefinden. Nervosität hat völlig nachgelassen. Ihre Bekannten sind verwundert über ihr „jugendliches", frisches Aussehen. Die nächste Menses prompt alle 4 Wochen, schmerzlos, völlig normal verlaufend. Pat. fühlt sich wie „neugeboren".

Im Mai keine Menses. Pat. läßt mich holen. Ich warte mit Diagnose ab. Nach kurzer Zeit einwandfreie Feststellung von Gravidität (nach 18 Jahren!!).

Gravidität wird glänzend überstanden. März 1927 Partus: strammer Junge. Mutter fühlt sich sehr wohl. Auch jetzt noch ausgezeichnetes Allgemeinbefinden. Pat. ist tatsächlich wieder „jung" geworden.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß es sich in diesem Falle neben di rein ovariellen Störungen auch um nervöse Erkrankungen handte. Der Heilungsprozeß wird sich fraglos so abgespielt haben, dß Gynormon durch seinen Bestandteil an Cholin zunächst die nervsen bzw. melancholischen Zustände beseitigte, während dann im Aschluß daran die Beschwerden infolge der Zufuhr von Ovarienerakt, aktiviert durch Prähypophysen, verschwanden, die infolge d- Dysfunktion der Ovarien entstanden waren. Wer Gelegenheit gabt hat, häufiger Gynormon zu verwenden, wird beobachtet hben, daß Gynormon auch gerade bei manisch-melancholischen Aschzuständen, bei Melancholie und bei nervösen Störungen einen günstigen Einfluß ausübt. Interessant war es mir, dies auch in den Veröffentlichungen von David (Fortschritte der Medizin 1926, 5 und Psych.-Neurol. Wochenschrift 1926, 24) bestätigt zu finden.

Es wäre sehr zu begrüßen, wenn Gynormon bald ein größeres Verwendungsgebiet in der Therapie einnehmen würde.

Ueber das Lebertran-Trockenpräparat „Lebal".

Von

Dr. H. GROSSMANN, Kinderärztin in Berlin.

Mit dem Fortschritt unserer Kenntnisse über die Wichtigkeit der Vitamine als akzessorischer Nährstoffe für den Aufbau der Gewebe und den Stoffwechsel ist der Lebertran, der von altersher als Medikament besonders in der Kinderheilkunde geschätzt wurde, als eines der zuverlässigsten Heilmittel in seinem Werte immer mehr erkannt worden. Seine Heilkraft verdankt das Oleum jecoris aselli bekanntlich seinem Gehalt an Jodsalzen, und vor allem seinem außerordentlich hohen Gehalt an Vitaminen. Bei der Behandlung der Rachitis, Skrophulose, Tuberkulose und Spasmophilie ist es uns heute unentbehrlich und nicht ersetzbar.

Allerdings macht die Verabfolgung des Lebertrans in der Kinderpraxis nicht selten große Schwierigkeiten. Bei den meisten Kindern stellt sich nach längerem Einnehmen der öligen Flüssigkeit Widerwillen gegen den unangenehmen Geschmack ein, während bei sehr vielen Kindern, sowohl Säuglingen wie größeren Kindern, er überhaupt unmöglich zu verabreichen ist, da sich sofort Erbrechen nach dem Einnehmen einstellt. Fast stets ist die längere Behandlung eine Quälerei für das Kind.

Schon seit längerer Zeit bemühte man sich deshalb, den Lebertran in eine Form zu bringen, in der er den unangenehmen Geschmack verliert, ohne eine Schmälerung seiner wertvollen Bestandteile, besonders der Vitamine, zu erleiden. Wir besitzen heute in unserem Arzneischatz eine Reihe von zum Teil recht guten Emulsionspräparaten, die diesen Mangel zu beheben suchen. Im Laufe der letzten Jahre habe ich solche Emulsionen vielfach in der Praxis verordnet, jedoch auch hier nicht selten die gleichen Schwierigkeiten erlebt. Viele Kinder lehnten früher oder später das Medikament ab.

Ein wesentlicher Fortschritt bei dem Versuch, vollwertigen Lebertran in eine schmackhafte Form überzuführen, scheint mit dem Lebertran-Eiweißpräparat „Lebal" der Firma Picosan erreicht zu sein. Es handelt sich um ein Trockenpräparat, und zwar um ein weißes, sehr angenehm riechendes und schmeckendes Pulver, das entweder rein oder in Milch, Kakao oder Kaffee gegeben werden kann. Gut in Flüssigkeit verrührt, ist auch dieser Eigengeschmack des Medikaments kaum noch herauszuschmecken, und selbst kleinste Kinder nehmen es anstandslos. Ich habe mich an einer größeren Zahl besonders skrophulöser und rachitischer Kleinkinder davon überzeugt. Daß das Trockenpräparat dem Oleum jecoris an Heilwert gleichkommt, habe ich regelmäßig durch die Beobachtung, besonders auch des Gewichts der Kinder bestätigt gefunden. Man verordnet am besten 3 bis 4 Teelöffel des Pulvers täglich, zunächst 4 bis 5 Wochen hindurch.

Exakte tierexperimentelle Untersuchungen über den Wert des Mittels liegen zur Zeit noch nicht vor, jedoch werden gegenwärtig solche in einer Berliner Kinderklinik von anderer Seite vorgenommen. Ueber den chemischen Charakter des Lebal hat der Münchener Chemiker Prof. O. Loew sich in einem Gutachten geäußert. Er konnte in dem Pulver einen Gehalt von 33⅓% reinen säurefreien Lebertrans nachweisen. Den Jod- und vor allem den Vitamingehalt des Lebertrans fand er durch das Herstellungsverfahren nicht im mindesten beeinträchtigt. Ein anderer wesentlicher Vorteil des Präparates sei ganz besonders hervorgehoben: Das Pulver ist völlig trocken und nicht hygroskopisch und bietet Mikroorganismen keine Brutstätte. Auch chemische Umwandlungen erleidet das Präparat selbst nach längerer Zeit nicht, wie Loew an einer vor 20 Jahren hergestellten Probe nachweisen konnte. Damit bietet das Lebal vor sämtlichen flüssigen Präparaten einen sehr großen Vorteil. Besonders in den warmen Monaten ist der Lebertran einer raschen Zersetzung ausgesetzt. Wenn er nicht kühl aufbewahrt werden kann, wird er sehr schnell ranzig. Die ärmeren Volksschichten haben jedoch meist nicht die Möglichkeit, die Flaschen entsprechend kühl zu halten, und man sieht sich gezwungen, den Sommer hindurch mit der Lebertranmedikation ganz auszusetzen. Diesen Uebelstand vermeidet das Lebal völlig, da es unbeschränkt haltbar ist. Schädliche Nebenwirkungen auf die Verdauung usw. habe ich nicht beobachtet, während flüssiger Lebertran in den warmen Monaten oft Durchfälle erzeugt.

Meine Erfahrungen mit Lebal bei Säuglingen und größeren Kindern und auch bei einigen Erwachsenen, sind so ausgezeichnet, daß das Mittel nur wärmstens empfohlen werden kann. Es ist in jeder Beziehung auch den Emulsionen und anderen Ersatzpräparaten überlegen.

Ueber Bellinguol.

Ein Beitrag zur Behandlung des Diabetes mellitus.

Von

Dr. med. DIEBEL, Berlin-Friedenau.

In letzter Zeit ist die Aufmerksamkeit von Aerzten und Laien mehrmals auf Präparate gelenkt worden, die der Behandlung des Diabetes mellitus dienen sollen. Maßgebend für die Bestrebungen der Forscher war hierbei der Wunsch nach peroraler Darreichungsweise bei genügendem therapeutischen Erfolg. Es dürfte weniger bekannt sein, daß bereits seit einem Jahr von einigen Kollegen ein Präparat probeweise angewandt wird, welches berufen zu sein scheint, in der Diabetestherapie eine hervorragende Rolle zu spielen. Es handelt sich um das Präparat „Bellinguol"*), über dessen Wirkungsweise ich nach nunmehr zwölfmonatigen Erfahrungen im folgenden berichten möchte.

„Bellinguol" wird in Tablettenform hergestellt und enthält in der Hauptsache Sekrete tierischer Darmdrüsen, die nach einem besonderen Verfahren gewonnen und verarbeitet werden, sowie Substanz der tierischen Pankreas, ferner Leberzellenmasse und einen Zusatz von pflanzlichen Extrakten, die sich bei der Verarbeitung des Präparats als zweckmäßig erwiesen haben.

Die Anwendung erfolgt peroral in der Dosis von 3 mal 2 Tabletten pro Tag, die vor den drei Hauptmahlzeiten einzunehmen sind. Das Medikament wird durchweg gut vertragen, Giftwirkungen irgendwelcher Art wurden selbst bei Darreichung maximaler Dosen weder im Tierversuch noch beim Menschen jemals beobachtet. Selbstverständlich ist, wie bei jeder Diabetestherapie, die Beobachtung einer zweckmäßigen Diät, wenigstens zu Anfang der Kur, unbedingt erforderlich. Ich glaube, daß das Prinzip der anfänglichen Schonung und allmählichen Trainierung der Prankreas auch bei dieser Kur eine wichtige Rolle spielt.

Ich habe insgesamt 31 Fälle von Diabetes mellitus mit Bellinguol behandelt und genügend lange beobachtet. Drei von diesen waren für die Anwendung des Präparates ungeeignet bzw. nicht mehr geeignet (Gangrän der Zehen, vorgeschrittene Myodegeneratio cordis, hartnäckige gastrogene Diarrhoen). Von den übrigen 28 Fällen sind 6 soweit gekommen, daß man, praktisch genommen, von einer Heilung sprechen könnte; denn die Patienten, bei denen die einfache Diätbehandlung vorher nur einen unbefriedigenden Erfolg hatte, können sich nunmehr unter verhältnismäßig freier Diät bewegen. Sie vertragen die übliche gemischte Kost und bleiben trotzdem zuckerfrei oder vorübergehend bei ganz unwesentlicher Zuckerausscheidung. Es mag zweckdienlich sein, hier Auszüge aus zwei derartigen Krankengeschichten anzuführen.

Herr A. H., Berlin, 40 Jahre alt, Abteilungsvorsteher. In meiner Behandlung seit 12. 7. 26. War damals seit drei Jahren zuckerkrank und hatte mehrere Kuren in Mergentheim gebraucht. Trotz Einhaltens strenger Diät (100 g Brot und 20 g Kartoffeln pro Tag) dauernd etwa 1% Zucker. Unter Beibehaltung der bisherigen Diät wird Bellinguol gegeben. Nach 5 Tagen zuckerfrei. Hierauf dauernde Steigerung der Kohlehydrate bis auf 250 g Brot, dann ohne Diät. Ist bis heute bei täglich 6 Tabletten zuckerfrei. (24stündiger Sammelurin.) Bei der Dosis von nur 4 Tabletten pro Tag treten Spuren von Zucker auf. Gewichtszunahme.

Herr F. T., Berlin, 49 Jahre alt, Angestellter. In meiner Behandlung seit 21. 8. 26. Damals seit zwei Jahren zuckerkrank, hatte bereits neben diätetischer Behandlung zwei Insulinkuren wegen Auftretens diabetischer Ulcera an den Beinen durchgemacht, ohne jedoch dabei vollkommen zuckerfrei geworden zu sein. Letzte Untersuchung 5% Zucher. Behandlung mit Bellinguol. Nach neun Tagen war der 24stündige Sammelurin zuckerfrei. Allmähliche Steigerung der Diät. Patient ist bis heute zuckerfrei oder scheidet höchstens einmal Spuren aus, ohne sich jetzt einer Einschränkung der Diät zu unterziehen. Gewichtszunahme, körperliches Wohlbefinden.

Im einzelnen gestaltet sich meine Statistik folgendermaßen:

Fall 1—6: Wie eben erwähnt, zuckerfrei ohne Diät.

Fall 7—14: In der Toleranz erheblich gesteigert.

Fall 15—18: Sind schwere Diabetiker mit starker Azetonu Bei diesen gelang es zunächst, die Zuckerausscheidung her zusetzen. Meine Beobachtungen über die Beeinflussung Azetons sind noch nicht abgeschlossen. Es scheint mir, daß längerer Darreichung des Medikaments auch die Azetonurie beseitigen ist.

Fall 19—22: Sind Jugendliche im Alter von 2 bis 17 Jah sämtlich mit Azeton, z. T. mit mehrmaligen Komaanfällen. ihnen mußte in jedem Fall wegen erneut drohenden Komas wie zum Insulin gegriffen werden. Ueber Kinder ohne Azetonurie f mir wegen Mangel an Material die Erfahrung.

Fall 23—28: Waren ohne Erfolg. Es muß hier dahingest bleiben, ob nicht die — mir eingestandenen — Verstöße gegen vorgeschriebene Diät doch so weitgehend gewesen sind, daß Erfolg hierdurch vereitelt wurde.

Der Blutzuckerspiegel konnte in der ambulanten Praxis äußeren Gründen nicht durchgehend kontrolliert werden. In Fällen, in denen dies möglich war, ist er parallel mit der Harnzuck ausscheidung gesunken. Die Wirkung ist eine absolut mi allmählich, tritt in einzelnen schwereren Fällen erst nach läng Anwendung des Mittels ein. Eine Ueberdosierung ist nicht befürchten.

Das Präparat wurde, wie bereits erwähnt, durchgehend gut tragen. Auffällig ist bei allen Patienten, und dies ist sich lich ein beachtenswerter Vorzug des Bellingu eine mehr oder weniger starke Gewichtszunahme sowie eine gesprochene und von den Patienten immer wieder spontan bet Besserung des Allgemeinbefindens und Hebung der körperlichen geistigen Leistungsfähigkeit. Bei einem 32 jährigen Manne ke die bis dahin sistierende Libido sexualis in normalem Maße wie In einem Falle wurde ein Ekzema vulvae auf Grund einer Erhöh des Blutzuckerspiegels, das fast ½ Jahr lang allen Behandlu versuchen getrotzt hatte, in 2 Wochen zur Abheilung gebracht.

Wenn ich demnach rekapitulieren darf, so glaube ich, daß n meinen bisherigen Erfahrungen in dem Bellinguol ein beachte wertes Therapeutikum gefunden worden ist, welches imstande bei bequemer peroraler Darreichungsweise und ohne schädige Nebenwirkungen in leichten und mittelschweren Fällen den Diab mellitus praktisch zu beseitigen oder doch zum mindesten auf ein den Körper unschädliches Maß zu reduzieren und welches zudem Vorzug hat, bei den Patienten Gewichtszunahmen und körperlic Wohlbefinden hervorzurufen.

Mein Urteil über das Präparat stützt sich zunächst auf empirische Erfahrungen, nachdem vorher durch Tierversuche s völlige Ungiftigkeit einwandfrei festgestellt worden war. Wenn im Laufe der Zeit versuchte, eine Erklärung für die Wirkungsw des Bellinguol zu finden, so kann sich diese vorläufig nur im Rah der Theorie bewegen. Ich glaube, daß es sich um fermenta Vorgänge handelt, bei denen die in dem Präparat enthaltenen Da drüsensekrete die Hauptrolle, vielleicht im Sinne der Enterokin Wirkung, spielen. Einen ähnlichen, das Pankreashormon aktivie den Einfluß glaubt man ja auch dem Produkt der Leberzellen schreiben zu müssen. Die Annahme dieser „Aktivierungstheo läßt es verständlich erscheinen, daß

1. das Präparat bei völligem Schwund der Inselmasse wirku los sein muß, daß
2. bei den bisherigen Versuchen am gesunden (!) Tier selbst Darreichung hoher Dosen keine Senkung des Blutzuckerspie eintritt und daß
3. auch beim Menschen keine Ueberdosierung im Sinne e Hypoglykämie beobachtet wird. Denn ein Ueberschuß aktivierenden Proferments wird infolge der Selbstregulie des Organismus ungenützt wieder ausgeschieden.

Eine zweite Möglichkeit bestände eventuell darin, daß die Präparat beigegebene Inselsubstanz erst durch die Kombination den Darmdrüsensekreten ihre Wirkung erlangt; in jedem F glaube ich, den Schwerpunkt der Theorie auf einen pathologis Zustand des Darmes beim Diabetiker verlegen zu müssen.

Wie gesagt, sind dies theoretische Ueberlegungen, über die klinischen und Laboratoriumsversuche noch fortgesetzt wer müssen. Wenn ich, diese Mängel vorausgesetzt, trotzdem sc jetzt über meine Beobachtungen berichte, so tue ich es, weil davon überzeugt bin, daß das Präparat der Nachprüfung wert ist deshalb den Kollegen so früh wie möglich zugänglich gema werden muß.

---

*) Hersteller: Chem. Laboratorium J. Ch. Bellas, Berlin-Lichterfelde.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

rlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854

JMMER 31 BERLIN, DEN 5. AUGUST 1927 45. JAHRGANG

Originalien.

Aus der Universitäts-Kinderklinik in Breslau
(Dir.: Prof. Dr. Stolte).

ber die Behandlung von Herzkrankheiten im Kindesalter.

Von
Dr. WALTER SCHAEFER.

Wenn man es unternimmt, das Schicksal herzkranker Kinder verfolgen, und längere Zeit nach dem akuten Beginn des Leidens ch Umfragen und Nachuntersuchungen den weiteren Verlauf der nkheit festzustellen trachtet, so bietet sich dem Untersucher l ein meist recht trübes Ergebnis dar. Daß erworbene Vitien — von diesen ist im folgenden die Rede — im Kindesalter ganz heilen können, ist wohl beschrieben. John und Nobel sahen ar 26% Heilungen, und auch ich habe bei meinen Nachunternungen in einigen Fällen ein völliges Verschwinden der Sympe feststellen können. Aber dabei bleibt zu bedenken, daß sicher inem großen Teil der sog. „Heilungen" falsche Diagnosen vorn insofern, als es sich nicht um eine organische Klappenläsion, dern um relative, muskuläre Insuffizienzen gehandelt haben d. Und ferner kommt es oft genug vor, daß eine scheinbare ung sich in späteren Jahren noch zum Schlechten wendet. Wenn auch die Möglichkeit einer echten (anatomischen) Heilung, ziell von Mitralfehlern, bei der starken Regenerationstendenz des esalters zuzugeben ist, so ist dieser Ausgang doch so selten, in der Praxis nicht mit ihm gerechnet werden kann. Auch funktionelle Heilung, also eine volle Leistungsfähigkeit des zens bei noch nachweisbaren klinischen Zeichen der überdenen Erkrankung, ist nur einem verschwindenden Bruchteil Kinder beschieden. Etwas reichlicher ist die Zahl derer, die ler Lage sind, wenigstens einen leichten Beruf auszufüllen. Ein h größerer Teil der Patienten ist nur bei absoluter Ruhe und onung im Besitz einer ausreichenden Herzkraft und muß jeden such einer Betätigung mit einer Verschlimmerung büßen. Und chließlich fällt ein erschreckend hoher Prozentsatz der Kinder em Leiden zum Opfer, sei es, daß die akute Karditis unmittela zum Tode führt, sei es, daß das zunächst einigermaßen wiedergestellte Herz einer neuen Infektion erliegt oder an der Klippe Pubertät mit ihren an den Gesamtorganismus und speziell den islauf gestellten erhöhten Anforderungen scheitert. An der delberger Kinderklinik fand Breuer (Dissertation 1910) unter 6 Nachuntersuchungen 24mal Ausgang in Tod, was mit Hinzuehmung von 9 bereits in der Klinik an ihrem Herzleiden gestorbenen ndern eine Letalität von einem Drittel ergibt. Diese Zahl ist nach abe des Autors mit Rücksicht auf die zahlreichen Fehldiagnosen ir auf annähernd ½ heraufzusetzen. Bei meinen eigenen Nachchungen, die ich über das Schicksal von stationär behandelten zkranken Kindern der letzten Jahre anstellte, kam ich hinsichte der Sterblichkeit zu folgendem Ergebnis. Von 73 Kindern waren 9 nicht auffindbar oder gaben keine Antwort, 23 stellten sich Nachuntersuchung — auf deren Ergebnis will ich hier nicht ehen — und von 31 Patienten teilten die Eltern den inzwischen etretenen Tod mit. Todesursachen wurden nur neunmal angeen und zwar viermal „Herzfehler und Herzschwäche", einmal rzbeutelentzündung und Wassersucht", zweimal „Nierenentülung und Herzschwäche", einmal „Lungenkatarrh" und einmal erkulöse Hirnhautentzündung". Wir können jedoch von den übrigen 22 Fällen annehmen, daß der größte Teil ebenfalls an seinen Herzleiden zugrunde gegangen ist. Diese trostlosen Zahlen darf man nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse der Praxis übertragen. Sie sind zum großen Teil durch die Art des Materials bedingt, da naturgemäß nur die schwersten Fälle in klinische Behandlung kommen. Schon in der poliklinischen und besonders in der Privatpraxis dürften die Dinge — auch aus anderen, später noch zu besprechenden Gründen — günstiger liegen.

Immerhin sind unsere prognostischen Einblicke doch so trübe, daß wir uns die Frage vorlegen müssen: Gibt es eine Möglichkeit, das Auftreten von Herzaffektionen zu verhüten und dadurch ihren deletären Folgen vorzubeugen? Um diese Frage zu beantworten, müssen wir kurz auf die Entstehungsart der Herzfehler eingehen. Am häufigsten sind der Gelenkrheumatismus (nach Hecht bei mehr als der Hälfte aller Endokarditisfälle) und die Chorea minor (nach Hochsinger bei 15% aller kindlichen Endokarditiden) als Ursache anzuschuldigen. In zweiter Linie kommen alle akuten Infektionskrankheiten wie Scharlach, Masern, Diphtherie, Pneumonie, Streptokokken- bzw. Viridanssepsis als Ursache einer Endokarditis in Betracht. Auch Tuberkulose und Lues spielen eine Rolle. Größtes Gewicht ist auch auf latente septische Herde in den Tonsillen zu legen, und auch eine etwaige odontogene Infektion nicht zu übersehen.

Die Behandlung der Grundkrankheit bietet also die beste Möglichkeit einer wirksamen Prophylaxe. Wenn wir es auch nicht in der Hand haben, das Auftreten einer Herzaffektion mit Sicherheit zu verhüten, — auf die Bedeutung der prophylaktisch natürlich nicht zu beeinflussenden ererbten Disposition habe ich an anderer Stelle[1]) unlängst hingewiesen — so ist doch die Wahrscheinlichkeit, daß es geschieht, bei rechtzeitiger Bekämpfung der Grundkrankheit wesentlich geringer als sonst. Dabei ist aber die Art und Intensität der Behandlung von ausschlaggebender Wichtigkeit. Sehen wir doch häufig genug Fälle von Rheumatismus, die trotz oder unter ärztlicher Behandlung sich mit einem Vitium cordis komplizieren, was sicher zum großen Teil in allzu großer Zaghaftigkeit dieser Behandlung begründet ist. Die in Frage kommende Bekämpfung des Gelenkrheumatismus ist die Salicyltherapie mit massiven Dosen. Wir müssen uns von dem nicht nur in Laienkreisen weit verbreiteten Vorurteil frei machen, daß Salicyl das Herz schädige. Die Verhältnisse liegen doch hier anders. Der Gelenkrheumatismus führt bekanntlich meist — selbstverständlich auch und erst recht ohne Behandlung — zu einer Endokarditis, und da seine Behandlung gewöhnlich mit Salicyl erfolgt, wird diesem Mittel — ganz zu Unrecht — die Schuld beigemessen. Daher das scheinbare Bedingungsverhältnis zwischen Salicylbehandlung und Auftreten eines Herzfehlers, das in Wirklichkeit einem rein äußerlich-zeitlichen, nicht einem innerlich-ursächlichen Zusammenhange entspricht. Wie groß müssen nun die Salicyldosen sein, um Aussicht auf einen Erfolg zu gewähren? Und wie gewinnen wir einen Maßstab, um die Größe der Gaben mit den Besonderheiten des kindlichen Organismus in Einklang zu bringen? Da mag als grober Anhaltspunkt das Alter des Kindes dienen. Wir geben etwa ⅓ bis ½ so viel Gramm Salicyl, am besten in Form von Aspirin, wie das Kind Jahre zählt. Wir haben hierbei die Möglichkeit, die Dosen je nach dem Entwicklungs- und

[1]) Mschr. f. Kdh., Bd. 34, H. 1.

Kräftezustand des Patienten und nach der Schwere des Krankheitsbildes innerhalb der angegebenen Grenzen zu variieren. Wir würden also einem neunjährigen kräftigen Kinde 3 bis 4,5 g Aspirin, d. h. 6 bis 9 Tabletten pro Tag geben, eine Dosis, die erschreckend hoch erscheint, aber zum Erfolg unbedingt notwendig ist und bei geeigneter Darreichungsart auch meist gut vertragen wird. Wir verabreichen die erforderliche Tagesmenge in vier gleichen Portionen, auf drei Stunden zusammengedrängt. Das Kind erhält also beispielsweise um 8, um 9, um 10 und um 11 Uhr vormittags seine Einzeldosen, am besten in reichlich Zuckerwasser. Die ersten beiden Portionen werden in der Regel anstandslos vertragen, nach der dritten stellen sich zuweilen leichte Intoxikationserscheinungen ein, die sich in „großer", durch die Acidose bedingter Atmung, evtl. auch in Erbrechen durch Reizung der Magenschleimhaut äußern. Der Arzt wird also seinen Besuch bei dem Kranken zweckmäßigerweise, um bei obigem Beispiel zu bleiben, in die Zeit zwischen 10 und 11 Uhr verlegen müssen, um diese Erscheinungen nicht zu übersehen und ihnen entgegenwirken zu können. Eine kleine Menge Natr. bicarbonicum genügt, um die Acidose zum Verschwinden zu bringen. Man kann dann unbedenklich auch die vierte Portion unter Weitergabe von Alkali beizubringen versuchen. Kommt es zu Zeichen stärkerer Intoxikation, wie Schwindel, Ohrensausen, Bradykardie, zuweilen auch Tachykardie, so sind wir freilich zum Aussetzen des Mittels genötigt. In solchen Fällen können wir häufig noch mit Melubrin zum Ziele gelangen. Wir verordnen es in gleicher Dosis wie das Aspirin, nur gleichmäßig über den Tag verteilt. Drei Tage lang bleiben wir bei den hohen Dosen, um eine „Stoßwirkung" des Salicyls zu erreichen, dann setzen wir die Medikation noch eine Woche lang mit Tagesmengen von 1 g fort. Auf die Chorea entfaltet das Salicyl leider keine spezifische Wirkung. Wir haben aber hier im Nirvanol ein Mittel, das die choreatischen Störungen zuverlässig beseitigt und, wie wir nach unseren bisherigen Erfahrungen den Eindruck haben, anscheinend Rezidive verhütet. Auf die Technik der Nirvanoldarreichung kann ich hier nicht eingehen. Ebenso würde es zu weit führen, die Therapie der akuten Infektionskrankheiten, die eine Herzaffektion im Gefolge haben können, näher zu besprechen; es sei nur auf die Serumbehandlung mit großen Dosen bei der Diphterie, beim Scharlach und bei Streptokokkensepsis sowie auf die spezifische Luestherapie nachdrücklichst hingewiesen. Bei Kindern mit rezidivierenden Anginen, die zu einer Herzaffektion prädisponieren, ist eine rechtzeitige Tonsillektomie anzustreben. Wie prompt selbst eine verspätete Tonsillektomie auf die infektiösen Erscheinungen zu wirken vermag, möge folgender Fall belegen.

Kind H. St., 6 Jahre alt. Früher Keuchhusten, Varizellen und Mumps. Sommer 1923 zwei Anginen, im Herbst eine Otitis media. Anfang Dezember 1923 fieberhafte Angina, in deren Verlauf perikardiales Reiben auftrat, das bei mittlerem Fieber sechs Tage anhielt. Dann unter hohem Fieberanstieg Auftreten eines perikardialen Exsudates, das in den nächsten vier Wochen allmählich zurückging, wobei aber das Fieber andauerte. Im Januar 1924 zwei neue Schübe von Angina, dabei deutliches Ansteigen des Perikardialergusses. Am 6. Februar 1924 Ausschälung beider Gaumenmandeln und Entfernung der Rachenmandel trotz des hohen Fiebers (da eine Sepsis ja schon sowieso vorlag); danach schnelle, gänzliche Entfieberung. Bei dem Jungen mußte später noch eine Kardiolyse vorgenommen werden, die für zwei Jahre weitgehende Besserung brachte, den schließlich infolge der schweren „Umklammerung" des Herzens eintretenden Exitus aber nicht verhindern konnte.

Ist es nun doch zu einer Endokarditis gekommen, so ergeben sich hierbei folgende therapeutische Gesichtspunkte. Wir müssen scheiden zwischen der Behandlung der infektiösen Komponente, die im Fieber ihren klinischen Ausdruck findet, und der Bekämpfung der Herzinsuffizienz. Gegen die entzündlichen Erscheinungen empfiehlt sich zunächst immer ein Versuch mit der Salicyltherapie entsprechend dem oben geschilderten Vorgehen, auch wenn keine Gelenkschwellungen gleichzeitig bestehen. In vielen Fällen erreicht man damit den gewünschten Erfolg, der sich in einem schnellen Sinken des Fiebers kundtut. In salicyl- bzw. melubrinrefraktären Fällen (meist Endokarditiden nichtrheumatischer Aetiologie) helfen mitunter intravenöse Injektionen von Atophanyl. In einigen Fällen schließlich sahen wir von einer Trypaflavinbehandlung einen prompten Erfolg, so daß dieses Mittel bei Versagen anderer Behandlungsmethoden warm empfohlen werden kann. Auch hier sind es wieder die großen Dosen, von denen die Wirkung abhängt. Wir verw[...] nach den Angaben von Mark und Olesker[2]) pro dosi [...] Trypaflavin pro kg Körpergewicht, in 20 ccm Wasser gelö[...] intravenösen Injektion, die täglich oder jeden zweiten Tag [...] holt werden kann. Unangenehme Nebenerscheinungen tret[...] streng intravenöser (zur Vermeidung von Thrombophlebitis [...] ganz langsamer Einspritzung nicht auf. Die meist nach einer Stunde sich entwickelnde Gelbfärbung der Haut verursacht [...] Störung des Allgemeinbefindens und bildet sich in etwa zwei [...] völlig zurück. Zu warnen ist bei trypaflavinbehandelten K[...] vor starker Sonnenbestrahlung, da wir dabei gelegentlich da[...] treten von Insolationsschäden beobachtet haben. Zur Illust[...] der Trypaflavinwirkung möchte ich nur einen Fall von Pank[...] anführen.

Ch. A., 12jähriges Mädchen. Gewicht 30 kg. Seit zw[...] naten Kopfschmerzen, Mattigkeit, Schwindelgefühl. Vo[...] Tagen hohes Fieber und schweres Krankheitsgefühl. Ein[...] lenkerkrankung wurde nie beobachtet. Die [...] suchung ergibt hochgradige Dyspnoe und Cyanose, ein nac[...] Seiten vergrößertes Herz, das zu einer Kompression der [...] Partien der linken Lunge geführt hat (Schallverkürzung, [...] schwächtes, verschärftes Atemgeräusch), ein systolisches u[...] stolisches Geräusch über allen Ostien, Akzentuation des [...] Pulmonaltones, geringe Leberstauung. Temperatur 39,3 [...] Durch hohe Aspirindosen (5 g pro die!) gelingt es zunäch[...] hohe Fieber auf subfebrile Werte zu senken. Dann aber [...] plötzlicher Anstieg, den wir durch erneute massive Dos[...] Aspirin, Melubrin und Natr. salicylicum (bis zur Azidose!) [...] durch Kollargol-Klysmen vergeblich zu bekämpfen suchten. [...] dieser Behandlung entwickelte sich sogar eine Perikardi[...] typischem Reiben und Lokomotivgeräusch. Deshalb Ueb[...] zu intravenösen Trypaflavininjektionen in steigenden Dos[...] 0,3 g jeden 2. Tag. Dabei allmähliches Heruntergehen der [...] kurve, die, zuerst noch durch gelegentliche Zacken unterb[...] sich schließlich auf konstanten Normalwerten hält. Gleic[...] wird die Herzinsuffizienz, die sich gegenüber oralen Di[...] gaben refraktär verhält, durch eine Strophanthin-Traubenz[...] kur (s. u.) beseitigt. Die Rekonvaleszenz wird durch [...] säurebäder unterstützt, die das nunmehr zu normaler [...] zurückgekehrte Herz weiter kräftigen. Nach 9 Wochen[...] aufenthalt erfolgt die Entlassung in bestem Allgemeinzusta[...]

Auch von lokaler Kälteapplikation auf die Herzgegend (Ei[...] wird man, wenn sie angenehm empfunden wird, mit Vorteil Ge[...] machen. Die häufig erheblichen Schmerzen, besonders b[...] teiligung ds Perikards, sind außerdem mit sedativen und n[...] schen Mitteln zu bekämpfen, wobei das Morphium mit [...] schmerzstillenden und gleichzeitig das Herz schonenden Wirk[...] nicht zu entbehren ist.

Damit haben wir bereits einen wichtigen Faktor in d[...] handlung der Herzinsuffizienz erwähnt. Absolute [...] ist eine Grundbedingung, und zwar sowohl körperliche (Be[...] wie auch psychische (evtl. Isolierung). Ihre große Bedeutun[...] schon daraus ersichtlich, daß Zustände von akuter, speziell [...] von durch Ueberanstrengung hervorgerufener Herzinsuffizien[...] bei strenger Bettruhe ohne jede andere Behandlung sch[...] können. Häufig genug wird man aber gerade bei akutem V[...] der Herzkraft und des Kreislaufes zu medikamentösen [...] greifen müssen. Zu diesem Zwecke kommen nicht so s[...] Digitalispräparate in Betracht (abgesehen vom Strophanthi[...] vielmehr die eigentlichen Kreislaufmittel wie Koffein, K[...] (speziell die wasserlöslichen Präparate wie Cardiazol, Hexeton[...] Strychnin, evtl. Adrenalin, die einzeln oder in Kombination[...] Erzielung einer schnellen Wirkung u. U. intravenös, injiziert [...] müssen. Auch ein ausgiebiger Aderlaß kann eine plötzliche W[...] zum Besseren herbeiführen. Bei der Beurteilung der jew[...] Situation ist daran zu denken, daß beim Kinde nicht immer Z[...] und Dyspnoe vorhanden sein müssen, sondern daß plötzlic[...] setzende Blässe und Erbrechen die einzigen Hinweise auf d[...] stehen einer akuten Herzinsuffizienz geben können.

Etwas eingehender müssen wir uns mit der Behandlu[...] mehr subakuten und chronischen Herzinsuffizienz befassen, [...] sich vor allem im Gefolge der Herzklappenfehler entwickel[...] sehen, wie in solchen Fällen beim Kinde besonders die Dil[...] des Herzens, der kleine, schnelle Puls und die Stauungsle[...] Vordergrunde stehen, während Oedeme, Stauungsbronchiti[...] Stauungsharn an Häufigkeit zurücktreten. Unser therapeu[...]

[2]) D. med. Wschr. 1923, S. 17.

estreben muß dahin gehen, durch Entlastung und Kräftigung des erzens diese Symptome zu beseitigen. Von allergrößter Wichtig-eit ist es, daß wir versuchen, die Größe des Herzens, die oft enug den exzessiven Grad des „Cor bovinum“ erreicht, möglichst chnell in ihre normalen Grenzen zurückzubringen. Denn je länger er Zustand der Dilatation besteht, desto ungünstiger werden die ussichten, daß es gelingt. Gerade in den ersten Stadien ihrer ntstehung aber bietet die Herzerweiterung ein dankbares Objekt nserer therapeutischen Maßnahmen. Diese bestehen, wie schon rwähnt, einerseits in möglichster Schonung und Entlastung des erzens, anderseits in der Anwendung von Herzmitteln. Die Ent-stung hat sich sowohl auf Nahrungsmittel wie auf die Flüssigkeits-ufuhr zu erstrecken. Eine übermäßige und allzu reichliche Er-ährung erschwert den Kreislauf, besonders bei schon bestehender tauung im Pfortadergebiet, ganz erheblich und verbietet sich auch eistens durch die Appetitlosigkeit der Patienten von selbst. Die ntlastung durch Nahrungsentziehung darf jedoch, besonders bei otwendiger längerer Dauer, nicht die Ernährung gefährden. Vird doch die hohe Bedeutung des Ernährungsfaktors bei Infekten erade dem Kinderarzt immer wieder vor Augen geführt. Die leicht ssimilierbaren Kohlehydrate in Form von Zuckerlösungen dienen in nerkannter Weise der Entlastung des Stoffwechsels und des erzens, und, wie wir noch darlegen werden, machen wir von ihrer inverleibung auf parenteralem Wege ausgiebigen Gebrauch. Be-onders der Traubenzucker in konzentrierten Lösungen ist es, der ei intravenöser Injektion nicht nur infolge seiner osmotischen Virkung den Kreislauf erleichtert, sondern auch dem Herzmuskel irekt Brennstoff zuführt. Aber als reines Kohlehydrat ist er nicht nstande, der Körperzelle, speziell des wachsenden Organismus, le zur Ernährung und Abwehr der Infektion nötigen Bausteine uzuführen, und bedarf dazu der Ergänzung durch andere Nährstoffe, on allem des Eiweißes und der Lipoide. Wir haben diesen Mangel schweren Fällen von Herzinsuffizienz bei Endokarditis dadurch uszugleichen gesucht, daß wir den Kindern pro Tag bis zu 7 Eigelb erabreichten, und glauben, den ihnen bei länger dauernder ein-eitiger Kost drohenden Nährschaden dadurch abgewendet und ihre esistenz erhöht zu haben. Ebenso ist auch bei Herzkranken ein ngerer Vitaminmangel zu vermeiden und durch entsprechende ugaben auszugleichen. Was von der schädlichen Wirkung über-ichlicher Ernährung gesagt wurde, gilt von der Flüssigkeitszufuhr erhöhtem Maße. Auch sie ist auf das allernotwendigste Maß zu eschränken. Wir entsprechen dieser Forderung am besten durch erordnung sog. „Karell-Tage“, von denen dem Patienten u. U. zwei s drei hintereinander zugemutet werden müssen. An solchen agen erhält der Kranke als einzige Nahrung etwa 800 ccm Milch 4 Portionen à 200 ccm. Die meisten herzkranken Kinder ver-agen diese Maßnahme sehr gut, nur wenige haben unter stärkerem ungergefühl zu leiden. In solchen Fällen kann man vom zweiten age ab zu Mittag 1 bis 2 Zwiebäcke gestatten oder die Kur in orm der ähnlich wirkenden und besser sättigenden Mendelschen rei-Obsttage fortsetzen. Nach 1 bis 2 Karell-Tagen sehen wir äufig bereits ein deutliches Einrücken der Herzgrenzen und ein nsteigen der Diurese. Das letztere kann man bei hartnäckigen edemen und Aszites auch durch Diuretica zu erreichen versuchen, on denen sich uns das nur bei gesunder Niere erlaubte Novasurol intramuskulären Injektionen besonders bewährt hat. Vor Schwitz-rozeduren jeglicher Art muß bei Herzkranken nachdrücklichst ge-arnt werden. — Neben den eben genannten Maßnahmen, die das erz entlasten und ihm überflüssige Arbeit ersparen sollen, fällt is die Aufgabe zu, die hierdurch bereits angebahnte natürliche rholung der Herzkraft durch speziell auf den Herzmuskel und das aguszentrum wirkende Medikamente zu unterstützen und zu be-hleunigen. Eine energische Digitalisbehandlung ist also i ausgesprochener Herzinsuffizienz unumgänglich notwendig. Ob ir das Mittel in Form eines Infuses der titrierten Digitalisblätter rwenden oder uns eines der vielen im Handel befindlichen Präpa-te bedienen, ist von untergeordneter Bedeutung, wenn auch das ärkere Hervortreten dieses oder jenes Drogenanteiles in den nzelnen Präparaten eine besondere Indikation rechtfertigt. Wesent-h dagegen ist auch hier wieder die Frage der Dosierung. Nicht i starres Schema, das jedem Lebensalter seine bestimmte Menge teilt, ist hier am Platze, sondern ein der Schwere der Herz-suffizienz und dem Alter angepaßtes individualisierendes Vor-hen, wobei die baldige Erreichung der vollen Digitaliswirkung s zu erstrebende Ziel darstellt. Wir müssen also Dosen geben, auf die der Herzmuskel auch wirklich anspricht, da zu kleine Gaben auch bei längerer Darreichung immer wieder ausgeschieden werden, ehe das Mittel seine kumulative Wirkung entfalten kann. Denn die Digitalis muß sich erst im Herzmuskel bis zu dem zu ihrer Wirkung erforderlichen Konzentrationsgrade anreichern. Einem zehnjährigen Kinde verordnen wir also etwa dreimal 20 Tropfen Digipuratum oder Digalen pro Tag und setzen die Medikation so lange fort, bis die erwünschte Wirkung (Einrücken der Herzgrenzen, Senkung der Pulsfrequenz, Ansteigen der Diurese, Schwinden der Stauungserscheinungen) erreicht ist, wobei wir uns nicht scheuen, u. U. der Intoxikationsgrenze nahezukommen. Wir haben Kindern, wenn es nötig war, sogar bis dreimal 30, ja dreimal 40 Tropfen Digalen pro Tag zugemutet. Natürlich muß man den Zustand des Kindes mehrmals täglich genauestens kontrollieren und schon bei deutlichem Sinken der Pulsfrequenz, womöglich ehe es zu Bradykardie oder gar Bigeminie des Pulses kommt, sofort das Mittel absetzen. Die Intoxikationserscheinungen pflegen dann schnell zu schwinden, während der therapeutische Effekt die Medikation nicht nur überdauert, sondern in gut ansprechenden Fällen bestehen bleibt. Kommt es uns darauf an, die Digitaliswirkung möglichst schnell herbeizuführen, wird durch die orale Darreichung der Magen gereizt oder erscheint uns infolge starker „hepatischer Stauung“ eine ungestörte Resorption vom Magendarmkanal aus nicht genügend gewährleistet, so bedienen wir uns der intramusku-lären, in dringenden Fällen der intravenösen Injektion des Mittels, was wir bei schwerer Herzinsuffizienz auch zur Einleitung der oral fortzusetzenden Digitalisbehandlung empfehlen können. Auch bei parenteraler Anwendung muß sich das Mittel erst im Herzmuskel anreichern, ehe wir eine Wirkung erwarten können, was allerdings infolge der beschleunigten Resorption schneller vonstatten geht als bei oraler Zufuhr. Wollen wir dagegen eine sofortige Wirkung erzielen, speziell bei beginnendem Lungenödem infolge Versagens des linken Herzens, so ist Strophanthin das Mittel der Wahl, weil seine Wirkung von seiner Konzentration im Blute abhängt. Wir spritzen jeden oder vorsichtiger jeden zweiten Tag, langsam ansteigend, 1 — 2 — 3, falls dies nicht ausreicht, bis höchstens 5 dmg intravenös, wobei sich uns die Kombination mit 10 ccm einer 20 % Traubenzuckerlösung in Mischspritze bestens bewährt hat. Durch die Verdünnung ist gleichzeitig eine langsamere und vorsichtigere Einverleibung gewährleistet, die außerdem durch „tropfenweises“ Injizieren noch besonders anzustreben ist. Niemals darf mit einer Strophanthinbehandlung begonnen werden, wenn unmittelbar vorher Digitalis gegeben wurde. Dieses muß in solchen Fällen erst drei bis vier Tage ausgesetzt werden, um die gefährlichen Folgen einer zu plötzlichen Kumulationswirkung zu vermeiden. Man braucht jedoch während dieser Zeit nicht auf jede Beeinflussung des Herzens zu verzichten, sondern wir verwenden ausgiebig Kampferinjektionen (etwa zweimal täglich 5 ccm Ol. camphorat. forte) bis zum Beginn der Strophanthintherapie. Ueberhaupt ist der Kampfer, auch in oraler Darreichung (Cardiazol. liquid. bzw. Cardiazoltabletten, Hexetonperlen, Kampfer-Gelatinetten usw.) vorzüglich geeignet, die Therapie mit den eigentlichen Herzmitteln zu unterstützen. In digitalisrefraktären Fällen machen wir auch mit Vorteil von Scillaren (in Tabletten à 0,2 g oder in Ampullen zur Injektion) Gebrauch, dem auch eine gute diuretische Wirkung zukommt. Wir können es besonders für ambulante Behandlung empfehlen, da eine Kumulation kaum zu fürchten ist.

Nicht allzu selten begegnen dem Kinderarzt Fälle mit stark erweitertem Herzen, die jeder Digitalistherapie oder anderen Herzmitteln hartnäckig trotzen. Dabei ist der Puls relativ kräftig, regelmäßig und nicht besonders beschleunigt, es bestehen auch kaum Oedeme, während die Leber eine erhebliche Vergrößerung aufweist. Dieses Mißverhältnis zwischen der riesengroßen Herzfigur mit Leberstauung und den geringen sonstigen Insuffizienzerscheinungen muß immer den Verdacht auf eine adhäsive Perikarditis wachrufen und zu genauer Untersuchung auf andere Symptome dieser Krankheit (systol. Einziehungen, Pulsus paradoxus usw.) veranlassen. Bestätigt sich diese Vermutung, so sind natürlich Herzmittel zwecklos, da sie die durch Verwachsung mit der Brustwand bestimmte Herzgröße nicht zu beeinflussen vermögen. Hier haben wir mit Diureticis, besonders mit Theophyllin, auf indirektem Wege eine Entlastung des Herzens und symptomatische Milderung der Krankheitserscheinungen erreichen können. Das einzige Mittel, den Zustand ätiologisch anzugehen, ist die Brauersche Kardiolyse,

eine Operation, die wir, wie ich ausführlich beschrieben habe[3]), in der Klinik wiederholt mit befriedigendem, teilweise sehr schönem Erfolge zur Durchführung gebracht haben.

Ist nach Ueberstehen einer Endokarditis das Stadium der Herzinsuffizienz überwunden, sind also Herzgröße und Puls bereits zur Norm zurückgekehrt und die Stauungserscheinungen beseitigt, so tun wir gut, auch bei subjektivem Wohlbefinden des Kindes seinem Herzen noch nicht allzu viel Leistungen zuzumuten. Vielmehr bedarf das Herz in der Folgezeit einer längeren, u. U. jahrelang fortgesetzten Schonung, um wieder seine volle Leistungsfähigkeit zu erlangen. Solche Kinder müssen noch sehr viel liegen, sie sind vom Turnunterricht, evtl. vom Schulbesuch überhaupt, für längere Dauer zu befreien und von jeder Anstrengung fernzuhalten. Wird dies lange genug durchgeführt, dann sehen wir mitunter auch schwerer geschädigte Herzen wieder so leistungstüchtig werden wie gesunde. So konnte ich bei einem Mädchen, das wegen schwerer Pankarditis mit Ascites zweimal in der Klinik gelegen hatte, bei der nach 6½ Jahren erfolgten Nachuntersuchung erfahren, daß das Kind sich nicht nur im Haushalt betätigt, sondern auch mühelos Treppen steigt, tanzt und sogar Schlittschuhe läuft. Dieser Erfolg ist hier zum großen Teil dem günstigen sozialen Milieu und dem Verständnis der Eltern des Kindes gutzuschreiben. Dem Kinde wurde jedes Treppensteigen erspart, es wurde herauf und hinunter getragen, ja, der Vater ließ sogar einen Balkon an sein Haus anbauen, um seiner Tochter den Aufenthalt in frischer Luft zu ermöglichen. Solche Fürsorge ist allerdings meist nur bei besser gestellten Patienten der Privatpraxis anzutreffen, während in der in Mietskasernen wohnenden poliklinischen Klientel die Verhältnisse viel weniger erfreulich liegen. (Unsere deletär ausgehenden Fälle wohnten fast alle im 3. oder 4. Stock!) Aber sollte nicht dasselbe auch bei Unbemittelten durch Bau von Heimen erreicht werden können, in denen Kinder nach überstandener Herzkrankheit längere Zeit verbleiben könnten und wo durch entsprechende Einrichtungen (Fahrstuhl, Liegehallen) und sachgemäße Behandlung ihren Bedürfnissen Rechnung getragen würde? Ein Anfang damit scheint nach Zeitungsmeldungen in dem Bau einer Heilstätte für herzkranke Kinder in der Nähe Dresdens bereits gemacht zu sein. Bei der Häufigkeit der Herzkrankheiten im Kindesalter wird sich dieser Weg sicher als lohnend und für die Volksgesundheit segensreich erweisen.

[3]) Jahrb. f. Kdh., Bd. 110, S. 142.

Laufende medizinische Literatur.

Medizinische Klinik.

Nr. 24, 17. Juni 1927.

Niere und Coma diabeticum. Snapper stellt aus vielen klinischen Erfahrungen fest, daß das Coma diabeticum oft von einer Niereninsuffizienz besonderer Art begleitet wird. Der Abbau der Ketokörper geschieht in den Nieren und in den Extremitäten, wahrscheinlich teilweise in den Muskeln. Die Nieren sind also nicht nur Exkretionsorgane, sondern es finden in ihnen auch wichtige Oxydationen statt. Verf. hat ferner festgestellt, daß beim azidotischen Tiere die Produktion der Ketokörper in der Leber erhöht ist. Die Muttersubstanz für diese erhöhte Ketokörperproduktion wird in dem Material gefunden, welches wir in der fettig degenerierten Leber deponiert finden. Das Koma kann entstehen durch übermäßige Produktion von Ketokörpern. Dann bleiben selbst bei normaler Verbrennung in den Nieren und Muskeln soviel Ketokörper übrig, daß das Coma entsteht; diese Fälle hält Snapper für günstig für die Insulin-Behandlung. Fernerhin kann das Koma entstehen, wenn nur eine mäßige Ueberproduktion von Ketokörpern in der Leber besteht, wo aber gleichzeitig degenerierte Nieren und Muskeln so stark ge- litten haben, daß die Verbrennung der Ketokörper gefährdet wir und diese Fälle bieten nach Snapper eine schlechte Prognose für d Insulin-Behandlung, da der Tod meist nach kurzer Zeit dur Nieren- oder Herzinsuffizienz eintritt. Die Azidose entsteht also vielen Fällen aus einer Kombination von Ueberproduktion von Ket körpern in der Leber mit einer Degeneration der parenchymatös Organe.

Ueber milchlose Kost darmempfindlicher Säuglinge in d Praxis. Jeder Arzt richtet sich bei der Behandlung akuter Ernä rungsstörungen im Säuglingsalter nach einem gewissen Schema. A allgemein anerkannt jedoch kann man folgende Leitsätze bezeichne Leerstellung des Darmes durch Teegabe für 8 bis 24 Stunden, vi leicht vorher noch ein Laxans (Rizinusöl, aber kein Kalomel), h nach Schleimdarreichung, am besten konzentrierter Reisschle Nach etwa 3 Tagen kann man bei normalem Stuhlgang mit der Mil anfangen und steigert von teelöffelweiser Gabe bis halb und ha Es gelingt, wie Ochsenius festgestellt hat, heutzutage absolut sich ohne Menschenverluste, Säuglinge auch für längere Zeit milchfrei ernähren; denn wir sehen in der gemischten Kost für darmempfi liche Kinder einen vollwertigen Ersatz für die Milch. Es bed kaum der Ernährung, daß, sobald es möglich ist, die Milch wie zur Ernährung herangezogen wird. Man findet bei diesen schwer nährbaren Kindern eine konstitutionelle Minderwertigkeit, spez von Seiten des Nervensystems.

Völlige Resorption von Frucht und Plazenta nach kriminell Abort infolge eitriger Einschmelzung innerhalb der Gebärmutt Wenn wir heute über die Zahl der kriminellen Aborte noch ni klar informiert sind, so liegt das eben daran, daß die meisten Fä komplikationslos und afebril verlaufen. Die beiden typischen Ko plikationen, welche wir kennen, sind die lymphogene Parametr und Peritonitis infolge weiterwandernder Endometritis; zu die Gruppe tritt manchmal auch die seltenere Adnexentzündung hin Die zweite Gruppe ist vaskuläre phlebitische Thrombose, wobei die Bakterämie den Ausgangspunkt der tödlichen Blutvergift bildet. Verf. beschreibt einen Fall von völliger Resorption Frucht und Plazenta infolge eitriger Einschmelzung innerhalb Uterus. Die Tatsache der eitrigen Entzündung des Fruchtsac wird gestützt durch die Schmerzen, welche die Patientin bekomn hat. Wir haben also den seltenen Fall der intrauterinen Absz bildung; es ist dies eine ganz ungewöhnliche Lokalisation und normer Verlauf puerperaler Wundinfektion. Bis auf ein klei Stück tiefsitzender oder Nebenplazenta oberhalb des inneren Mut mundes wurde sowohl die Plazenta wie die gesamte Fruchtblase 3 Monaten in den Abszeß eitrig eingeschmolzen und sämtliche T des Fötus purulent erweicht und aufgelöst.

Nr. 25, 24. Juni 1927.

Zur Diagnose der Eineiigkeit oder Zweieiigkeit der Zwilli Wenn wir uns heute mit der Eineiigkeit oder Zweieiigkeit der Z linge beschäftigen, so tun wir das, weil die von Siemens geschaf Zwillingspathologie wegen der Bedeutung der Eineiigkeit in der erbungslehre von besonderer Wichtigkeit ist. Siemens hat 12-Punkte-Diagnose ausgearbeitet, und zwar teilt er diese in Gruppen. Die erste umfaßt jene Stigmata, die bei eineiigen Z lingen fast ausnahmslos volle Uebereinstimmung aufweisen, bei z eiigen fast nie. Die zweite Gruppe umfaßt Sommersprossen, Te angiektasien, Follikelverhornungen und Zungenfurche und in dritten Gruppe endlich führt er die Gesichtsbildung, Ohrform, H bildung und Körperbau auf. Wagner hat nun die Siemens Zwölfpunkte-Diagnose sehr erschüttert. Während S. behauptet, bei eineiigen Zwillingen die Uebereinstimmung in allen 12 Pun nachzuweisen sei, während zweieiige Zwillinge große Untersch aufweisen. Wagners Nachuntersuchungen nun haben ergeben, bei dem zweieiigen Zwillingspaar, welches er untersuchte, fast ständige Uebereinstimmung bestand, während bei allen drei eiigen zum Teil zahlreiche und zum Teil fundamentale Differe nachzuweisen waren. Die vorliegende Arbeit zeigt, daß von 12 Punkten für eine Aehnlichkeitsdiagnose beim Neugeborenen sehr viel übrig bleibt, während Siemens wiederholt betont, da sich bei seinem 12-Punkte-Schema nur um eine Mindestforde handelt.

Syphilis und Metasyphilis. Trotzdem man weiß, daß fast bei len klinisch erkennbaren paraluetischen Störungen die Diagnose „ues" gestellt werden kann auf Grund von serologischen, zytogischen und chemischen Analysen, konnten wir bis heute noch nicht ststellen, welche Rolle die Lues bei dem Entstehen der Metalues pielt; wir wissen, daß Pat. mit Tabes und Paralyse Träger spezischer Spirochäten sind. Die Paraluesfälle erwiesen sich als refrakir trotz spezifischer Behandlung. Erst als man den Angriffspunkt im rganismus anstatt in den Parasiten suchte, erreichte man bessere rgebnisse. In fast 50% der Fälle von Paralyse brachte die künstche Malariainfektion Remissionen. Wenn nun die Anwesenheit etischer Parasiten im Organismus der Hauptfaktor sein soll bei er Entstehung parasyphilitischer, konstitutioneller Erkrankungen, so üßte man annehmen, daß diese Art Erkrankungen nach ihrer Heing auch keine Parasiten im Organismus zurückläßt. Wir stellen ier fest, daß eine klinische Heilung möglich ist und trotzdem bleibt er geheilte Organismus mit Lues infektiert. Daraus ersehen wir ie Wahrscheinlichkeit, daß die Lues beim Entstehen der Paralues ohl nicht als einzige Bedingung zu betrachten ist.

Klinische Untersuchungen über das Bitterwasser Hunyadi Janos i Tablettenform. Es ist bekannt, daß Bitterwässer milde Abführiittel sind, welche ohne Krämpfe und Anstrengung reichlichen, üssig-breiigen Stuhl bewirken, und dieser Effekt kommt im Dünnıd Dickdarm zustande. Man hat nun versucht, das in der ganzen Velt bekannte Bitterwasser Hunyadi Janos in Tablettenform zu ringen, und die Bemühungen sind auch tatsächlich von Erfolg beleitet gewesen; denn man nimmt ja natürlich nicht den Brunnen in abletten, sondern man löst die Tabletten erst auf. Wenn auch ieser Ersatz vom balneologischen Gesichtspunkt aus dem natürchen Wasser nicht äquivalent ist, so ist er in der Praxis eine gute ertretung. Es ist nicht unwesentlich, darauf hinzuweisen, daß die ösung vor dem natürlichen Wasser den Vorzug eines besseren ieschmacks hat und in sozialer Hinsicht liegt der Vorteil auf der irtschaftlichen Seite. Ferner soll nicht unerwähnt bleiben, daß man iit den Tabletten verschiedene Konzentrationen herstellen kann, was ei dem Originalbrunnen natürlich nicht möglich ist.

Die Bedeutung der Haut- und Geschlechtskrankheiten für den chularzt. Wenn man bedenkt, wie wichtig die Tätigkeit des Schulrztes für die allgemeine Volksgesundheit ist, so weiß man, daß es icht zum geringsten die Haut- und Geschlechtskrankheiten sind, von eren rechtzeitiger und richtiger Erkennung viel für das Kind selbst nd auch seine Umgebung abhängt. Bei jeder klinischen Schulisite findet der Schularzt sicher eine große Anzahl irgendwelcher lauterkrankungen sowohl infektiöser wie auch nichtinfektiöser Natur. uschke und Langer weisen aber hauptsächlich in der vorliegenden rbeit auf die Geschlechtskrankheiten unter den Kindern hin. Es ist ft genug darauf hingewiesen worden, daß die Geschlechtskrankeiten der Kinder wesentlich zugenommen haben, und es ist erfreuch, aus der Arbeit zu entnehmen, daß Verf. feststellen konnten, daß ı den letzten Monaten die Erkrankungsziffern erheblich gesunken ind. Es kommt für die Hauterkrankungen nicht so sehr in Frage, daß ofort die richtige Diagnose gestellt wird; es kommt auch nicht darauf n, daß überhaupt eine Diagnose gestellt wird, sondern das Wesentchste ist, das kranke Kind mit Hautaffektionen oder mit Erscheiungen, welche auf Geschlechtskrankheiten schließen lassen, einem 'acharzt zu überweisen, und durch das harmonische Zusammenrbeiten des Schularztes mit dem Facharzt wird im Interesse der 'olkshygiene viel Gutes geschaffen werden, und durch rechtzeitige 'rophylaxe wird man imstande sein, manche sonst sich rasch vereitende Erkrankungen im Keime zu ersticken.

H o f b a u e r , Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 29. 15. Juli 1927.

Zur Therapie der Incontinentia urinae des Weibes. Bei einer großen Anzahl der Fälle sind die gewöhnlichen Maßnahmen ausreichend, und es erübrigen sich hierbei die operativen Eingriffe. Verfasser behandelt die Frauen vorerst mit Sitzbädern, die so heiß sein müssen, wie sie nur irgend vertragen werden. Dem Wasser werden 3—5 Pfund Staßfurter oder Seesalz zugesetzt, und gleichzeitig wird während des Badens ein Badespekulum in die Vagina eingeführt, so daß das heiße Salzwasser in die Scheide hineinläuft. Die Zeit beträgt 10—15 Minuten; der Erfolg ist oft befriedigend, der Schließapparat scheint durch diese Bäder so angeregt zu werden, daß er besser als vorher, zuweilen ausreichend funktioniert. Oft hält aber die Wirkung nicht vor. Nach verschieden langen Zeiten kommen die Patienten häufig wieder mit Klagen, daß sich das Leiden wieder eingestellt hat. Mit dem faradischen Strom und mit elektrischer Vibrationsmassage erreicht man ähnliches; aber auch hier traten sehr oft Rezidive auf, und bei manchen Fällen versagten die Mittel gänzlich. Verfasser versuchte zuerst dem Uebel ohne Operation zu steuern. Er machte zunächst einen Versuch mit der auch von anderen erprobten Einspritzung von Paraffin in den Sphincter vesicae. Der Erfolg war in zwiefacher Hinsicht unbefriedigend. Einmal wurde ein dichter Blasenschluß nur auf kurze Zeit erzielt, außerdem floß nach und nach etwas Paraffin in die Blase. Dieses inkrustierte sich und wurde zu einem Paraffinstein, der nur mit großen Schwierigkeiten entfernt werden konnte, damals wußte man noch nicht, daß man Paraffin in der Blase durch Benzin lösen und auch durch Heißwasserspülungen hinausbefördern kann. Daher verwirft Casper das Paraffinverfahren. Verfasser kam dann auf den Gedanken, ähnlich wie durch Ligaturraffung, den Schließmuskel durch Kauterisation zu verengern.

Seit kurzem gibt es ein Instrumentarium, mit dem man vermöge eines prograden Prismas an dem Sphinkter mit Präzision manipulieren kann. Verfasser empfiehlt das Lewinsche, da er damit jetzt erfolgreich für den gedachten Zweck arbeitet. Man stellt sich mit ihm den Sphinkter ein und führt durch eine Rinne mit Albarranschem Hebel eine Diathermiesonde ein. Deren metallener Kopf wird zu beiden Seiten und unten, also an drei Stellen, nacheinander fest angedrückt und ein Hochfrequenzstrom durchgeleitet, so stark, daß Gasblasen aufsteigen, also eine ausgiebige Koagulation des Gewebes erfolgt. Da man die Stellen, an denen man koaguliert, genau sehen kann, so sind Verbrennungen an anderen Teilen der Blase nicht zu besorgen und mit Sicherheit zu vermeiden.

Verfasser empfiehlt das Verfahren zur Nachahmung, obwohl es noch weiteren Untersuchungen und Beobachtungen vorbehalten bleibt, zu ergründen, wie oft es sich bewähren wird, ob Versager vorkommen und ob Rezidive auftreten werden. Das Verfahren ist ohne jedes Risiko, es bietet bei einigermaßen guter Technik keine Gefahren, wird ohne Narkose, entweder nach lokaler Kokainisierung der Blase oder in Sakralanästhesie, ausgeführt und kann, wenn Rezidive auftreten, ohne Nachteil wiederholt werden. Wenn bei Loslösung des Koagulationsschorfes Blutungen auftreten, sind sie nicht besorgniserregend, da sie von selbst wieder zum Stehen kommen.

Zur Frage der Anginen von atypischem Verlauf. Es handelt sich um den fieberhaften Erkrankungsfall einer 30jährigen Frau, der zunächst nur Allgemeinsymptome bietet. Nach 8 Tagen entwickelt sich eine Mandelentzündung mit kaum nennenswerter Lymphdrüsenschwellung und mäßiger Milzvergrößerung. Die Angina sieht zunächst harmlos aus, erweist sich aber später auf der linken Seite als hartnäckig nekrotisierend. Es entwickeln sich Herpes labialis, eine kleine Nekrose an der Venenpunktionsstelle, ein Ulkus im Rektum, rechtsseitiger Lungenkatarrh mit Verdacht auf Bronchopneumonie, eine Beinvenenthrombose und schließlich starker Haarausfall. Die Fieberdauer beträgt, abgesehen von einzelnen kleinen Zacken später, 37 Tage bei vorzugsweise kontinuierlichen oder schwach remittierendem Verlauf mit vereinzelten Schüttelfrösten im Anfang. Hämatologisch ist die Fieberperiode der nicht anämischen Patientin begleitet von einer Leukopenie mit relativer Lymphozythose, zum Teil plasmazellulären Charakters. Der niedrigste Gesamtleukozytenwert im Blut ist 2900 Zellen im Kubikmillimeter. Auf der Höhe der Krankheit besteht vorübergehend vollständiger Granulozytenschwund. Blutplättchen waren stets reichlich vorhanden, Zeichen einer hämorrhagischen Diathese wurden vermißt. Es wird erwähnt, daß zu Beginn der anginösen Erkrankung vorübergehend eine Urtikaria auftrat, deren Entstehung jedoch auf medikamentöse Einflüsse zurückgeführt werden kann. Die Behandlung war rein symptomatisch und beschränkte sich medikamentös auf milde Anwendung von Narkotika und Antipyretika. Ausgang in Heilung.

Es ergibt sich aus dem geschilderten Fall eine mannigfache Uebereinstimmung mit dem vom Verfasser als Agranulozytose bezeichneten Krankheitszustand; er unterscheidet sich durch das Fehlen des Ikterus, den protahierten Verlauf und den Ausgang in Heilung. Es wird besonders auf die anamnestische Angabe einer anginafreien fieberhaften Eingangsperiode der Krankheit hingewiesen. Diese Verlaufsart harmoniert mit der von Schultz ausgesprochenen Vermutung,

daß bei der Agranulozytose die Angina Manifestationsort des Krankheitsgeschehens ist, aber nicht primäre Eingangspforte der mutmaßlichen Erreger zu sein braucht. Der Fall unterscheidet sich von septisch-pyämischen Anginen, die ebenfalls mit Leukopenie einhergehen können, durch das Fehlen der hämorrhagischen Diathese und die mangelnde Tendenz zu Lungen- und sonstigen pyämischen Metastasen. Dies ist praktisch wichtig, da Indikationen für chirurgische Eingriffe wie Jugularis-Unterbindung und dergl., die bei den septisch-pyämischen Fällen von vitaler Bedeutung sein können, hier fortfallen.

Ueber Mikro-Blutzuckerbestimmung. Es wird eine Methode zur Mikrobestimmung des Blutzuckers beschrieben, die eine sehr bequeme und genaue Abmessung des Blutes ermöglicht und auch für andere Bestandteile des Blutes anwendbar erscheint. Die gleichfalls beschriebene Mikrobürette und einige andere technische Modifikationen kürzen die Bestimmungszeit nicht unwesentlich ab und erleichtern das ganze Verfahren der Mikrozuckerbestimmung.

Arnold Hirsch, Berlin.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 29., 16. Juli 1927.

Der Einfluß mütterlicher Thalliumvergiftung auf die Nachkommenschaft. Eine tödliche Thalliumvergiftung eines Muttertieres während der Laktation bedingt keine tödliche Vergiftung der säugenden Jungen. Es geht eine bestimmte Menge des Giftes jedoch in die Milch und auf die Jungen über. Dieses Gift ist in der Milch lediglich in toxischen, aber nicht in letalen Dosen enthalten, so daß die Nachkommenschaft in ihrer vitalen Existenz nicht gefährdet wird. Das Gift, das die Mutter mit der Nahrung aufnimmt, und das in seiner absoluten Menge sicher genügen würde, um die Mutter und sämtliche Junge zu töten, wird vom mütterlichen Organismus unter eigener Lebensgefahr zurückgehalten und gelangt in der Milch nur in verdünnten Mengen zur Ausscheidung.

Ferner lehrt das beschriebene Tierexperiment, daß durch die Laktation während der ersten vier Lebenstage genügend Thalliummengen von der vergifteten Mutter auf die säugenden Jungen übergehen, so daß die normale Entwicklung des Haarkleides ausbleibt und die jungen Tiere schwere Wachstumsstörungen aufweisen. 28 Tage wurden die Tiere im ganzen gesäugt, vier Tage von der eigenen Mutter und 24 Tage von einem fremden Muttertier. Obwohl sie 24 Tage nicht gifthaltige Milch von einem gesunden, kräftigen Muttertier zu sich nahmen, so genügte doch die gifthaltige Milch, die in den ersten vier Lebenstagen aufgenommen wurde, um ihre schädigende Wirkung während der nächsten Entwicklungszeit voll zu entfalten.

Man kann diese Tierexperimente nur mit großem Vorbehalte auf die Biologie des Menschen übertragen; man sollte aber die Erfahrungen des Tierexperimentes am Krankenbett mit verwerten, zumal wenn es gilt, die Frage zu entscheiden: wäre eine Schädigung der Kranken durch diese oder jenes Mittel in dieser oder jener Konzentration möglich? In diesem Sinne kann aus dem Tierexperiment eine entsprechende Nutzanwendung gezogen werden. Er zeigte, daß ein Gift, welches im mütterlichen Organismus in tödlicher Konzentration vorhanden ist, in der Milch nur in starker Verdünnung zur Ausscheidung gelangt. Andererseits lehrt das Tierexperiment, daß erhebliche und sehr nachhaltige Schädigungen der Nachkommenschaft durch höher konzentrierte gifthaltige Muttermilch möglich ist, und mahnt, in zweifelhaften Fällen vorsichtig zu sein.

Ueber Zisternenpunktion im Kindesalter. Die Zisternenpunktion kann bei genügeder Uebung auch bei Säuglingen gefahrlos ausgeführt werden. Bei akuten Atemzentrumlähmungen ist die lebensrettende Wirkung des intrazisternal gegebenen Lobelins unzweifelhaft f stellbar. Zwar ist der Tausch der Lumbalpunktion mit der Zistern punktion im Kindesalter nicht in dem Maße indiziert wie bei wachsenen, dennoch können Fälle vorkommen, in denen man auf Zisternenpunktion angewiesen ist.

Die Chemotherapie des Mäusekarzinoms durch Fermentg Verfasser faßt die Ergebnisse seiner chemotherapeuthischen Versu mit Cyankali dahingehend zusammen, daß das Cyankali als elekt Tumorgift die Malignität der Ehrlichschen Karzinome gutartig beeinflussen, das Leben der tumorkranken Tiere wesentlich zu längern und die Tumoren rezidivfrei zu heilen imstande ist.

Arnold Hirsch, Berli

Die Medizinische Welt.

Nr. 22, 2. Juli 1927.

Neue Wege zur Erforschung ansteckender Krankheiten. Die der gegenwärtigen Grippeepidemie im Regierungsbezirk Strals gemachten Beobachtungen haben nach Meinung des Verfas ergeben, daß die Empfänglichkeit des Menschen für die Ansteck abhängt von dem Zustand des Körpers in dem Zeitpunkt, in welc er von der Krankheit ergriffen wird. Im Zustand der Ermüdung der Mensch von der Grippe befallen. Durch Ermüdung werden scheinend dem Körper Kräfte entzogen, welche dem nichtermüd Körper zur Verfügung stehen. Durch den Mangel an natürlic Abwehrkräften, welche durch Ermüdung verbraucht sind, ist Körper den Wirkungen angreifender Krankheitserreger gegen gefährdet. Als Beweisführung bringt Verfasser folgende Beobach gen und Feststellungen: In acht, vom Verfasser genau nachgeprü Fällen trat die Grippeerkrankung unmittelbar im Anschluß an körperliche Ermüdung auf. Zu einem entsprechenden Versuch stel sich dem Verfasser zwei gleichalterige Freundinnen zur Verfüg Beide lebten gemeinsam in Stralsund in guten Verhältnissen; niem im Haushalt war vorher grippekrank. Beide waren durch häufi Besuch von Menschenansammlungen in geschlossenen Räumen e Ansteckung mit der Grippe ausgesetzt. Am Versuchstage waren b frei von jeglichen Krankheitszeichen; die eine von beiden leis im Laufe des ganzen Tages eine ihr ungewohnte körperliche Ar während die andere den Tag ihrer Gewohnheit entsprechend brachte. Abends besuchten beide ein Lichtspieltheater. Die ermü Freundin erkrankte am nächsten Tage an einer schweren Gri Zur weiteren Beweisführung bespricht Verfasser die täglichen gänge an Grippekranken nach der Statistik der Allgemeinen O krankenkasse. Die Krankheitsmeldungen waren am zahlreichster Beginn einer Woche; zum Wochenende flauten sie ab. Erklärt diese Erscheinung durch das Tanzen am Sonnabend und Sonn In den Volksschulen weisen die höchsten Fehlziffern die Tage Schulschließung auf, was durch die Ermüdung der Kinder im laufe des Unterrichts erklärt wird. Im Gegensatz dazu hat Schließung der Berufsschulen die Grippeerkrankung der Fortbildu schüler nicht beeinflußt, was ja verständlich ist, wenn man beri sichtigt, daß die Fortbildungsschüler außer ihren Lehrarbeiten n in den Stunden, in welchen sie sonst am Unterricht teilnahmen, sich dabei körperlich ausruhen konnten, arbeiten. Interessant weiterhin, daß das Gefängnis in Stralsund frei von Grippe geblie ist, was Verfasser darauf zurückführt, daß die Gefangenen nicht Arbeiten herangezogen werden, welche das Maß ihrer Leistu fähigkeit überschreiten.

Gehirn und Geschlechtsdrüse. Sexualverhalten von Kriegsk verletzten. Es wird darauf hingewiesen, daß nach Hirnverletzun anscheinend „direkte" Sexualhemmungen beobachtet werden und

-fahrenen Arzte in geeigneten Fällen psychotherapeutische Zugriffs-öglichkeiten geben, die für die Gesamtbehandlung von erheblicher edeutung sein können, indem die dadurch bewirkte Sicherung, rmutigung, Klärung und Stützung der Persönlichkeit des Kranken cier gemeinsamer Heilarbeit die Wege bahnt. Die große Mehrzahl er ärztefeindlich und rentenkämpferisch eingestellten Unfallneurotiker :haltet für diese Ueberlegungen natürlich aus.

Medikamentöse Therapie der konstitutionellen arteriellen Hyper-nie. Die konstitutionelle arterielle Hypertonie muß von der echten alignen Sklerose der Nieren unterschieden werden. Die hyper-nischen Krankheitszustände auf konstitutioneller Basis und ohne reparablen Nierenschaden können therapeutisch gut beeinflußt erden. Es kommt bei der Behandlung nicht nur auf die Blutdruck-nkung an. Die Jagd auf den hohen Blutdruck führt allzu häufig ir Ausbildung einer Blutdruckhypochondrie. Maßgebend für die eurteilung des Heilerfolges ist in erster Linie die Besserung des llgemeinzustandes, das Verschwinden der subjektiven Beschwerden, sbesondere von Kopfdruck, Schwindel usw. Die Senkung des Blut-ucks ist hierfür nur ein wichtiger Hinweis. — Unter den Sedativa id Narkotika haben sich das Brom in großen Dosen, das Abasin, dalin und Luminal recht gut bewährt. Alle diese Mittel bewirken ne Herabsetzung der allgemeinen nervösen Erregbarkeit und ver-indern die Krampfbereitschaft im Gefäßnervensystem. Die Abkömm-ige der Barbitursäure wirken überdies noch zentral lähmend, vor lem auf das Vasomotorenzentrum. Sehr zweckmäßig ist das heominal (0,03 Luminal und 0,3 Theobrominum purum). Bei ärkerem Hervortreten von depressiven Erscheinungen oder von rregungszuständen sind regelrechte Opiumkuren empfehlenswert. an gibt das Opium zur Verdeckung des Geruchs und Geschmacks it Tinct. Valerian. und Spir. Menth. pip. Alle diese Mittel müssen onsequent einige Wochen lang genommen werden. — Der blutdruck-nkende Effekt der Nitrite beruht auf einer Gefäßerweiterung; ihr ngriffspunkt ist ein vorwiegend zentraler. Am schnellsten und nergischsten wirken Amylnitrit und Nitroglyzerin; die Wirkung ingt aber sehr rasch ab. Längere Wirkungsdauer, aber auch ein el weniger starker und sicherer Effekt kommt dem Erythroltetra-trat zu. Besser bewährt hat sich das Natriumnitrit. Aus den räparaten wären Vasotonin, Aortalgin und Nitroscleran zu nennen. ehr zweckmäßig ist oftmals die Kombination des Nitroscleran mit nem Mittel aus der ersten Gruppe, etwa mit dem Luminal oder dem pium. — Die Antispasmodika wie das Atropin, das Papaverin, der onobromkampfer und das Spasmyl wirken auf die glatte Muskulatur er Verdauungsorgane ungleich stärker als auf diejenige der Gefäße. - Den Nitriten in ihrer Wirkung nahestehend sind die Theobromin-erivate. Sie wirken gleichfalls gefäßerweiternd, setzen aber den lutdruck viel weniger stark und nur sehr langsam herab. Dagegen ird ihnen eine größere Dauerwirkung zugeschrieben; ihr Angriffs-inkt ist ein vorwiegend peripherischer. Viel verwandt wird das iuretin und das Jodkalziumdiuretin. Die Wirkung des Yohimbins t sehr flüchtig. — Der unspezifischen Reizkörpertherapie ist kaum n wesentlicher Heilwert für die Hypertoniebehandlung zuzuerkennen, a die blutdrucksenkende Wirkung sehr flüchtig ist und häufig mit ner subjektiven Verschlimmerung des Zustandes einhergeht. Zu en unspezifischen Mitteln sind auch das Depressin und das Sulfartan ı rechnen. — Die Rolle der Organe mit innerer Sekretion in der athogenese der konstitutionellen arteriellen Hypertonie ist noch nstritten. Mehrfach beschrieben sind Blutdrucksenkungen nach Ge-rauch von Keimdrüsenpräparaten (z. B. Rejuven), im großen und anzen ist aber der bessernde Einfluß von Organpräparaten auf ypertonische Zustände noch unsicher und recht wenig überzeugend. en Organpräparaten zuzurechnen sind auch das Telatuten und das nimasa. Es muß bei diesen Mitteln an eine unspezifische Reiz-irkung gedacht werden, da in ihnen Eiweißkörper enthalten sind. — ine pharmakologische Erklärung der Jodwirkung ist bis jetzt noch icht erbracht worden. Bekannt ist nur die Verminderung der Blut-iskosität. Von Jodpräparaten sind das Desencin und das Aortalgin ı erwähnen; das letzte enthält auch ein Nitrit. Es ist zu empfehlen, as Jod für die Intervalle zwischen den eigentlichen Hypertonie-uren zu reservieren und es als ein Unterstützungsmittel zu be-achten, ohne sich allzuviel von seiner Wirkung zu versprechen. em Jod in seiner Wirkung nahe scheint das Rhodan zu stehen. eine blutdrucksenkende Wirkung soll mit einer Entquellung der efäßmembranen im Zusammenhang stehen, wobei das Rhodan der uellenden Einwirkung des Cholesterins entgegenwirken soll. Im andel sind zwei Präparate, das Rhodapurin und das Rhodalzid. — ie Wirkung der Mistel (Viscum album), des Knoblauchs, der Lupine nd des Hopfens ist bisher unbekannt. — Aus Mineralsalzen und lektrolyten ist die intravenöse Kalkzufuhr zu erwähnen. Eine rklärung für die Wirkung des Kalks finden wir darin, daß bei ypertonikern der Blutkalkspiegel ganz allgemein vermindert ist. on mineralischen Abführmitteln muß das Magnesiumsuperoxyd ge-annt werden. Viel schwächer als die intravenöse Kalkzufuhr wirkt ie orale Verabfolgung von Kalksalzen. Aehnlich dem Kalk wirken ypertonische Traubenzuckerinjektionen. L. Gordon.

Reichsgesundheitsblatt.

2. Jahrgang, Nr. 20, 18. Mai 1927.

* Regelung des Hebammenwesens im Deutschen Reiche. Hesse.

Regelung des Hebammenwesens im Deutschen Reiche. Eine reichsgesetzliche Regelung des gesamten Hebammenwesens tut dringend not. Dr. Michaelis, Bitterfeld.

Zeitschrift für Medizinalbeamte und Krankenhausärzte.

40./49. Jahrg., Nr. 10, 15. Mai 1927.

* Forensische Bedeutung der Blutgruppenfrage. Georg Straßmann.
Vorbildung der Medizinalbeamten. M. Döllner.

Forensische Bedeutung der Blutgruppenfrage. Straßmann gibt einen kurzen, klaren Ueberblick über die Blutgruppenfrage und kommt zu dem Schluß, daß durch diese Untersuchung nur festgestellt werden kann, ob der in Anspruch genommene Mann der Vater des Kindes sein kann oder ob seine Vaterschaft auszuschließen ist. Letzteres ist dann der Fall, wenn das Kind zur Gruppe A, B oder AB gehört, die Mutter keine dieser Blutkörpercheneigenschaften A, B oder AB aufweist und auch der angebliche Vater zu keiner dieser Gruppen gehört. Besitzt der Vater eine der dominant vererbbaren Eigenschaften, die sich auch bei dem Kinde finden, so ist damit natürlich nicht bewiesen, daß er der Vater des Kindes sein muß, wohl aber, daß er der Vater sein kann. Und da oben der Nachweis obliegt, daß er der Vater nicht sein kann, so ist dieser Nachweis in solchen Fällen auf Grund der Blutgruppenuntersuchung als mißlungen anzusehen, ebenso wie in allen Fällen, wo Mutter und Kind zu derselben Blutgruppe gehören oder die Mutter zu der Gruppe 4 AB. Dr. Michaelis, Bitterfeld.

Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten.

107., Heft 2.

* Vitalität der Scharlachstreptokokken. H. M. v. Jettmar.
Anaerobe Flora des menschlichen Darms unter besonderer Berücksichtigung des Bazillus Fraenkel. W. Gusartschick.
Typische Erkrankung des großen Netzes nach intraperitonealer Infektion mit Tuberkelbazillen. P. Schmidt-Weyland.
Spätwirkung des Alkoholgenusses auf den Grundumsatz. M. Zahn.
* Enterale und parenteale Immunisierung gegen bazilläre Dysenterie. L. Otten und L. Kirchner.
* Beziehungen zwischen reticulo-endothelialem System und chemotherapetuischer Wirkung. C. W. Jungeblut.
Das Einzell-Kulturverfahren mit der Objektträgerwanne. W. Levinthal.
Aktive Immunisierung per os gegen Pneumokokken. R. Kimura.
Toxicität und trypanozide Wirkung von Antimonverbindungen. G. Bock.
Wirkung chemotherapeutischer Stoffe auf Spirochäten und Trypanosomen in vitro. P. Papamarku.
Aktive Immunisierung von in Natr. taurocholicum gelösten Pneumokokken. H. Meyer.
Versuche, bei Meerschweinchen durch Vorbehandlung mit abgetöteten Tuberkelbazillen Tuberkulinempfindlichkeit und Immunität zu erzeugen. B. Lange, R. Freund und E. Jochimsen.
Immunisierungsversuche gegen Lyrsa an Mäusen. P. Schmidt-Weyland.
* Eindringen von Infektionserregern in die Lymphdrüsen und der Blutkreislauf nach intrakutaner Injektion. A. Schmidt-Ott.
* Rolle des Reticulo-Endothels beim chemotherapeutischen Heilungsvorgange. A. Feldt und A. Schott.
Infektionsversuche mit einzelnen „tierischen" Streptokokken. E. Marx.
Infektionsversuche mit einzelnen „tierischen" Milzbrandbazillen. G. Z. Martos.

Scharlachstreptokokken. Die Arbeit beschäftigt sich mit der Vitalität der Scharlachstreptokokken. Die genannten Keime sind gegen Austrocknung und Sonnenstrahlung sehr widerstandsfähig. Daraus wird auf die Uebertragungsmöglichkeit des Scharlachs durch trockenen, flugfähigen Staub geschlossen.

Enterale und parenterale Immunisierung gegen Dysenterie. Die bekannten experimentellen Untersuchungen Besredkas werden als unvollständig abgelehnt. Das hauptsächlichste Argument Besredkas, das Sinken und Verschwinden von Antikörpern im Blut nach mehrmaliger oraler Immunisierung, konnte von anderen Autoren nicht bestätigt werden. Kaninchen können durch abgetötete Bazillen gegen Dysenterie enteral immunisiert werden. Jedoch verdient die subkutane Immunisierung bei Massenimpfungen den Vorzug, da die Dosierung per os ungenau ist.

Eindringen von Infektionserregern in Lymphdrüsen und Blutbahn nach intrakutaner Infektion. Trypanosomen, Rekurrenzspirochäten und Rotlaufbazillen sind nach sehr kurzer Zeit nach der kutanen Injektion in den regionären Lymphdrüsen nachweisbar. Trypano-

somen wurden schon 2 Minuten nach serotaler Infektion in den Inguinaldrüsen des Kaninchens nachgewiesen. Bei der serotalen Trypanosomeninfektion tritt die Infektiosität des Blutes später auf als die der Inguinaldrüsen, aber früher als die der Toplital-, Asillar- und Bronchialdrüsen. Größe, Beweglichkeit und Virulenz des Erregers sind für die Schnelligkeit des Eindringens in die Lymphdrüsen nicht entscheidend. Für das Weiterwandern ins Blut spielen Virulenz und Erregermenge die Hauptrolle. Die Begriffsumgrenzung der lokalisierten Infektion und der Allgemeininfektion bedarf nach dem Verf. insofern der Präzisierung, als das alleinige Vorkommen einer lokalisierten Infektion bei virulenten Erregern fraglich ist.

Retikulo-Endothel und chemotherapeutischer Heilungsvorgang. Aus den mitgeteilten Versuchen (Behandlung von entmilzten und „blockierten" Mäusen, die mit Rekurrensspirochäten, Naganatrypanosomen und Streptokokken infiziert waren, mit verschiedenen chemotherapeutischen Mitteln) geht hervor, eine wie überragende Rolle das Retikulo-Endothel beim Zustandekommen der chemotherapeutischen Heilwirkung spielt. Das R. E. ist nicht nur eine Stätte der Antikörperbildung und der Phagozytose, sondern auch die Heilwirkung der Chemotherapeutika ist an die Unversehrtheit dieses Zellsystems geknüpft. Henning, Leipzig.

Strahlentherapie.

25., Heft 3.

Lymphogranulomatose und Radiumbestrahlung. Bezüglich der Pathogenese der Lymphogranulomatose weist D. darauf hin, daß Durchnässung und Erkältung ein Anlaß zum Ausbruch der Erkrankung darstellen kann, wenigstens zum Auftreten manifester Erscheinungen. Alkoholgenuß kann gelegentlich auch provozierend auf die Drüsenschwellung wirken, es ist auch nicht zu leugnen, daß ein Trauma Veranlassung zum Auftreten von Drüsenschwellungen geben kann. In allen diesen Fällen handelt es sich immer nur um die Aktivierung eines schon längere Zeit unbemerkt bestehenden latenten Prozesses. Wenn auch in den meisten Fällen die ersten sichtbaren Drüsenschwellungen am Halse, im Nacken und in der Oberschlüsselbeingrube auftreten, so kommt es doch nicht selten vor, daß die initialen Krankheitserscheinungen im Abdomen oder Mediastinum sich finden. In einzelnen Fällen kommen auch andere Lokalisationen vor. Ein Milztumor wurde nur in etwa 30% der Fälle beobachtet. Bezüglich der Diagnose ist bemerkenswert, daß die histologische Untersuchung nicht selten im Stich läßt. Für die Differentialdiagnose gegenüber tuberkulösen Lymphdrüsenschwellungen kann der rasche Rückgang verwertet werden, welchen die lymphogranulomatösen Tumoren nach der Strahlenbehandlung zeigen. Die Behandlung der Ly, mit radioaktiven Substanzen wird in der Literatur nicht einheitlich beurteilt. Von der Röntgenbestrahlung wissen wir, daß sie das Leben der Kranken verlängert, aber eine Dauerheilung nicht zu bringen vermag. Während die erstmalige Röntgenbestrahlung fast immer einen eklatanten Erfolg zeitigt, werden die Rezidive immer strahlenresistenter. In solchen Fällen kann nur die Radiumbestrahlung noch Erfolg haben. D. bestrahlte 22 Patienten, bei welchen Röntgenbestrahlung vorausgegangen war, die Tumoren sich aber entweder von Anfang an refraktär verhielten oder im Laufe der Behandlung resistent wurden. Des weiteren wurde eine Reihe von Fällen behandlt, bei denen nach vorausgegangener Operation Rezidive aufgetreten waren. Die Behandlung erfolgte mit Apparaten zu 16—99 mg Radiumelement mit 1,5 mm Bleifilter, welche über den Krankheitsherden für 6—12 Stunden angebracht wurden. Pa zwischen den Teilbestrahlungen 14—36 Stunden. Jede einzelne S dauerte 1—4 Wochen und wurde je nach Bedarf einige Mor wiederholt. Die in einer Serie verabreichten Strahlenmen schwanken je nach der Ausbreitung und dem Sitz der Erkrank zwischen 6000 und 30 000 mg Radiumelementstunden. Durch äußere Radiumbestrahlung wurden zunächst die Lymphdrüs schwellungen samt den periadentischen Oedemen sehr gün beeinflußt, insbesondere gehen auch röntgenunempfindliche Tun massen vollständig oder doch fast völlig zurück. Auch die Fol erscheinungen verschwinden, d. h. je nach der Lokalisation Schmerzen, Venenerweiterungen, Aszites, Atemnot, Zyanose, R husten. Verf. beobachtete weder reaktive Drüsenschwellungen n Bindegewebsschrumpfungen in den Tumoren. Bei zwei mit Röntg strahlen vorbehandelten Fällen traten allerdings narbige Veränder gen der Haut und Muskulatur auf. Die infolge Radiumbestrahl zurückgegangenen Lymphpakete rezidivierten entweder gar n oder doch nicht bis zur ursprünglichen Größe. Im Knochen (Stern lokalisierte Geschwulstmassen konnten beseitigt werden, ohne dreijähriger Beobachtungszeit zu rezidivieren. Auf das Fieber die Radiumbestrahlung einen besonders günstigen Einfluß. Die V änderungen des Blutbildes werden ebenfalls weitgehend reduzi Das rote Blutbild kehrt meistens völlig zur Norm zurück und a im weißen Blutbild macht sich die Heilungstendenz deutlich merkbar. Die Gesamtleukozytenzahl geht stets zurück, nament in den Fällen, in denen sie besonders erhöht war. Schließlich ma sich der günstige Effekt des Radiums in der Zunahme des Kör gewichts bemerkbar. Sonach kommt D. zu dem Schluß, daß Gammastrahlen eine kräftigere Wirkung haben als die Röntg strahlen.

Die Röntgenbehandlung der Kehlkopftuberkulose. Die Wirk der Röntgenstrahlen bei Kehlkopftuberkulose besteht in der I leitung eines Zellzerfalls, wodurch Zellprodukte und Gifte freiwer Es erfolgt eine örtliche Reaktion des Gewebes: Wucherung Bindegewebes, Anregung der Vernarbung. Hierdurch erklärt die günstige Wirkung der Bestrahlung bei der produktiven Fo Liegt abr ein Prozeß mit Neigung zu Zellzerfall vor (exsuda Form), so kann infolge der Röntgenbestrahlung ein explosi Zellenabbau erfolgen, wodurch große Giftmengen freiwerden, den Körper schädigen und die Heilungsvorgänge hemmen. Fer sind bei den durch Röntgenstrahlen bewirkten Heilungen fermenta und autolytische Prozesse anzunehmen, die in Form einer Allgem reaktion in Erscheinung treten. Außerdem aber kommt noch aktivierende Strahlenwirkung auf die Epitheloidzellen in Betra sei es primär, sei es sekundär als Rückwirkung des Zerfalls Lymphozyten und Monozyten.

Verf. betont die Bedeutung der Röntgentherapie namentlich die ambulante Praxis. Am besten geeignet sind die langsam p gredienten, stationären und zur Latenz neigenden produkti Formen. Die akut progredienten und die exsudativen Fälle, so die Mischformen sind aber von der Behandlung auszuschließen. A der Zustand der Lunge und der Allgemeinbefund muß sinngemäß die Indikationsstellung berücksichtigt werden. Längere Beobacht ist erforderlich, um die Eigenarten jedes einzelnen Falles zu erfas Die Ausführung der Bestrahlung geschieht heute nur noch auf kutanem Wege. Bei Verwendung der heute üblichen harten Stral muß man sich vor Ueberdosierung hüten. Auch müssen die einzel Sitzungen in genügend langen Intervallen vorgenommen wer Technik des Verfassers: Zwei seitliche Felder, je 30% der HED u 0,5 Zn. + 3 Al. Filter. 25—30 cm Fokus-Haut-Distanz, 180 KV.

Ungewöhnlicher Befund bei röntgenbestrahlten Kaninch ovarien. Die Eierstöcke eines Kaninchens im Alter von 9 Woc wurden mit einer Dosis von 4 H bestrahlt. (0,2 Zn + I Al-Filter). I wesentliche Beeinflussung des Sexualhabitus war nicht festzustel Nach einer im Alter von 4 Monaten erneut vorgenommenen Besti lung aber zeigte das Tier Zeichen einer ungewöhnlichen star Brünstigkeit, die um etwa 3 Wochen verfrüht auftraten. Auch tra nach Deckung mit einem infertilen Hasen Erscheinungen der Sch trächtigkeit auf. Das histologische Bild des z. T. exzidierten Ov ergab eine starke Sekretion in den Zwischenzellen und einige ge Körper, die den Eindruck von Corpora lutea graviditatis mach Es ist anzunehmen, daß von diesen Hormone in das Blut des Ti abgegeben wurden, die zu den genannten Erscheinungen führten. ist aber nicht notwendig, diese Vorgänge durch eine Reizwirkung Röntgenstrahlen zu erklären. Es dürfte sich vielmehr um eine komp satorische Regeneration der unversehrt gebliebenen Teile des Ke epithels handeln, wie sie auch nach anderen Eingriffen zu be achten ist.

Die Behandlung der extrapulmonalen Tuberkulose an der Nord Zur Durchführung der Freiluft- und Heliotherapie ist die See g besonders gut geeignet. Es gilt aber, auf die speziellen Verhältni Rücksicht zu nehmen. Die starke Luftbewegung erfordert eine

ndere Bauart der Häuser, die in manchen Einzelheiten von der üblien abweichend ist. Auf den Menschen wirkt der Wind u. a. im ıne einer Wärmeentziehung. Die Regulation der Körpertemperatur aber von großem Einfluß auf den ganzen Körperhaushalt. Ein eites Moment, das bei der Durchführung der Thalassotherapie n Bedeutung ist, ist der Einfluß der Seenähe. Schon in 100 Meter tfernung vom Strande sind die wirksamen Potenzen stark herabsetzt. Wir haben in diesem Umstand ein Mittel, die klimatischen ıflüsse individuell zu dosieren. Bei Beginn der Kur wird der unttelbare Strandaufenthalt mitunter schlecht vertragen; die Kinder rden teils müde, apathisch, teils zeigen sie im Gegenteil starke regung. Daher ist eine sorgfältige Akklimatisation erforderlich.

Die für Freiluftkuren eingerichteten Liegehallen müssen zweitig ausgebaut sein, um je nach der Windrichtung benutzt zu rden. Für Fenster und Dach sind ultraviolettstrahlendurchlässige offe zu verwenden. Gleichzeitig mit der Freiluft- und Sonnenhandlung müssen orthopädische Maßnahmen durchgeführt werden. i befriedigendem Allgemeinbefinden kann man kalte Seebäder verdnen, auch wenn Erkrankungen der oberen Extremitäten vorliegen. i schwächeren Kindern und natürlich allgemein bei Winterkuren ıß man sich mit warmen Seebädern begnügen, die ebenfalls stoffchselanregend wirken. Sind Badeprozeduren überhaupt nicht durchführen, so nimmt man Abreibungen vor. Kombination mit Quarzht- und Röntgenbestrahlungen wie auch Tuberkulinbehandlung ın fallweise nützlich sein. Von einer gleichzeitigen Reizkörperrapie hingegen wird man nur in seltenen Fällen Gebrauch machen. ; Medikamente werden nur Lebertran, Kalk und Arsen verwandt. l ist überflüssig, bei Lungenerscheinungen kontraindiziert. Die it muß darauf eingestellt sein, daß der Stoffwechsel erheblich geigert und der Ansatz außerordentlich vergrößert ist. Es handelt h aber nicht um einfachen Fettansatz. Ein solcher würde namentli bei chronischer Bronchitis und bei Asthma direkt unerwünscht n. Es werden daher wenig Kohlehydrate, Flüssigkeit und Kochz verabfolgt, um den Körper wasserarm zu halten. Eiweiß, Fett, müse, roher Obst dagegen ist zu bevorzugen. Bezüglich der ıreszeit, die für die Thalassotherapie besonders günstig ist, bet Verf. den hervorragenden Erfolg der Winterkuren. Auch der rbst ist in jeder Beziehung zur Durchführung einer Kur an der eresküste geeignet, während der Frühling zwar auch gute therautische Erfolge bringt, aber wegen der meist unfreundlichen tterung weniger angenehm ist. Im Sommer erweist sich die Verickung an die See nicht in demselben Maße als notwendig, weil n dann überall Freiluftbehandlung mit Erfolg durchführen kann.

Von den biologischen Wirkungen der Freiluftbehandlung an der S sind folgende Einzelheiten zu beachten. Der Stoffwechsel ist Seeklima gesteigert, der Kalorienverbrauch ist erheblich größer, . Körperwachstum erfolgt schneller. Ferner konnte eine stärkere ention von Calzium, Phosphor und Schwefel nachgewiesen werden. Kapillarreaktion der Haut ist erheblich besser als bei Großdtkindern, somit auch die Widerstandsfähigkeit gegenüber Abılungen. Die Atmung ist verlangsamt und vertieft. Sehr häufig, onders bei Anämischen, kann auch eine Vermehrung der roten tkörperchen und eine Steigerung des Hämoglobingehalts festgestlt werden. Eine deutliche Beeinflussung zeigt auch das vegetative vensystem und das endokrine System. Die Gesamtheit der Verlerungen rechtfertigen den Begriff „Umstimmung“ des Organismus.

Die Indikationen der Thalassotherapie sind in der Hauptsache gende: 1. Tuberkulose der Haut: Lupus vulgaris, oberflächliche Htgeschwüre, Skrofuloderma ulcerosum u. a. 2. Drüsentuberkulose vohl die Kopf- und Halsdrüsen als auch die bronchopulmonalen Disengruppen reagieren außerordentlich günstig. Damit schwinden ah die Folgeerscheinungen, so bei vergrößertem Hiluslymphknoten d quälende Reizhusten. Die schnelle Verkleinerung der gewollenen Drüsen erklärt sich durch das Schwinden perifokaler iltrate (Periadenitis). 3. Tuberkulose der Knochen und Gelenke. E reagieren auch veraltete Fälle mit ausgedehnten Veränderungen, Fteln usw. noch recht günstig. Eine vorübergehende Steigerung d Absonderung (Herdreaktion) ist dabei ein günstiges Zeichen. 4. Bauchfelltuberkulose. Die Seebehandlung kommt nur im chronischen Stadium in Betracht. Fälle mit Fieber über 38° sind ungeeignet. 5. Hoden- und Nebenhodentuberkulose. Die Erfolge sind auffend gut. Ausgeschlossen werden müssen aber Komplikationen mit Bsen- und Darmtbc., fortgeschrittener Lungentbc. u. a.

Wir verfügen in Deutschland nur über zwei Nordseehospitäler, Sdenburg und Wyk, mit zusammen 300 Betten. Welcher Wertsätzung sich aber die Thalassotherapie im Auslande erfreut, zeigt d Beispiel der Musterheilstätten in Berck, die zusammen über 1000 Betten verfügen, darunter das Hôpitale maritime der Stadt Pis mit 1100 Betten.

Ueber künstlich vergrößerte Durchlässigkeit der tierischen und mschlichen Haut für den langwelligen Teil des Spektrums. Versuche, die Haut zwecks Vergrößerung der Strahlendurchlässigkeit m ungiftigen Farbstoffen zu durchfärben, fielen negativ aus. Auch Injektionen mit physiologischer Kochsalzlösung hatten keinen Erfolg. Dagegen gelang es, durch oberflächliches Auftragen einer dünnen Oelschicht die Durchlässigkeit zu vergrößern und zwar am besten für das Gebiet der ultraroten Strahlen. Am wirksamsten ist das Auftragen von Glycerin. Die Erklärung ist in der Beseitigung der trüben Schichten der äußersten Cutis zu suchen.

Uber die Durchlässigkeit ungefärbter Gläser für ultraviolette Strahlen in ihrer hygienischen Bedeutung. Für die Bewohner der mittleren und kälteren Zonen, die einen großen Teil ihres Lebens hinter geschlossenen Fenstern verbringen, ist die Durchlässigkeit des Fensterglases für die verschiedenen Strahlen des Sonnenspektrums von großer hygienischer Bedeutung. Die biologischen Wirkungen der ultravioletten Strahlen insbesondere sind hinlänglich bekannt. Die gewöhnlichen Fenstergläser lassen nun Strahlen nur bis 325 $\mu\mu$ passieren. Die Absorption beginnt also gerade bei den Strahlen, die als biologisch besonders aktiv zu gelten haben, z. B. in bezug auf Heilung und Verhütung von Rachitis. Glassorten mit geringem spezifischen Gewicht, sowie besonders Spezialmarken (Vitaglas, Schottische Gläser u. a.) lassen eine nicht unbeträchtliche Menge ultravioletter Strahlen hindurch. Bei allen Verglasungen, die bei Schulen, Kinderspitälern, Höhensanatorien usw. verwandt werden, sollte man solchen Gläsern unbedingt den Vorzug geben.

Kirschmann.

Zeitschrift für Tuberkulose.

47. Heft 5.

Schwere Kindertuberkulose und die Beziehung zwischen der Tuberkulose der Kinder und der späteren chronischen Lungentuberkulose. Der Schulbesuch wirkt auf tuberkulös erkrankte Kinder entschieden verschlimmernd ein, so daß man die Schule am besten mit der Kinderheilstätte verbindet. Die Infektionskrankheiten können den ungünstigen Ausgang der Kindertuberkulose beschleunigen. Bei Kindern aus tuberkulösen Familien kommen die prognostisch günstigen zirrhotischen Formen häufig vor, so daß die erblich belasteten Kranken eher besser gestellt sind, als Kranke aus anscheinend tuberkulosefreiem Hause. Mit der Ausbildung der Lungen- und Drüsenherde (Primär- und Reinfekt) ist für die überwiegende Mehrzahl der Kinder die Tuberkulose zu einem guten Ende gekommen. Der Unterschied zwischen primärem Lungenherd und Reinfekt ist kein klarer. Die ersten Erscheinungen der kindlichen Lungentuberkulose spielen sich vorwiegend als Infiltrate ab. Für die beginnende Ausbreitung der Tuberkulose auf die Lunge kommt dem Blut- und Lymphwege die hauptsächliche Bedeutung zu. Beim Schulkind ist die von der Spitze nach abwärts vnrlaufende Ausbreitung und die zirrhotische kavernöse Tuberkulose gar nicht selten, so daß nach Verlauf und Qualität kein wesentlicher Unterschied zwischen der Tuberkulose des Schulkindes und der Erwachsenen besteht. Die Entwicklungsjahre, namentlich die praemenstruellen, verschlimmern die Kindertuberkulose. Es tritt die exsudative Tuberkulose an die Stille der zirrhotischen: genau wie Grippe und Wochenbett die zirrhotische in eine exsudative Tuberkulose umwandeln.

Prognose der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter. Die überwiegende Mehrzahl der chirurgischen Tuberkulosen des Kindesalters kommt bei geeigneter Behandlung und Ueberwachung zu völliger Ausheilung. Doch ist das Wort „Heilung“ erst nach 4 Jahren mit einiger Sicherheit auszusprechen, da die meisten Rezidive in den ersten beiden Jahren nach der Entlassung auftreten. Die Mortalität von 7,7% entspricht durchaus der Schwere des Krankheitsbildes, zumal bei jeder Tuberkulose mit der unberechenbaren Disseminierung zu rechnen ist. Nach den einzelnen Gebieten betrachtet sind, was Heilung anlangt, am günstigsten die Tuberkulosen der kurzen und flachen Knochen, der Röhrenknochen und der kleinen Gelenke anzusehen. Wegen der größeren Möglichkeit der Ruhestellung und Entlastung bieten die Tuberkulosen der oberen Extremität bessere Heilresultate als die der unteren. Als die relativ ungünstigste Form der tuberkulösen Erkrankung ist die tuberkulöse Toxitis zu bezeichnen. Je früher die sachgemäße Behandlung der chirurgischen Tuberkulose einsetzt, desto besser sind die Ergebnisse. Schon heute können die Erfolge der konservativen Therapie als durchaus befriedigend bezeichnet werden.

Manuelle Behandlung der Tuberkulose. Durch Petrissage des Rückens wird die Blutzufuhr zu den Lungen vermehrt und mittels manueller Vibrationen auf dem Brustkorb die Lymphstauung beseitigt. Der beschleunigte Blut- und Lymphstrom verbessert die Ernährungsverhältnisse in den Lungen, so daß eine sichere Grundlage für die Heilung der Tuberkulose gegeben wird. ? Ref.). Durch leichtere geeignete heilgymnastische Uebungen wird der Körper allmählich gekräftigt und der Patient arbeitsfähig. Von 200 Patienten mit Lungentuberkulose wurden alle im I. und II. Stadium geheilt und arbeitsfähig, von denen im III. Stadium 32% so gebessert, daß sie leichtere Arbeiten verrichten konnten.

Insulinmastkur bei beginnender und bei stationärer Lungentuberkulose. Für die Insulinmastkur sind die mehr fibrösen und stationären, nicht zu hohem Fieber neigenden Fälle auszuwählen. Die Insulindosis sollte nur tastend unter Berücksichtigung der Insulinempfindlichkeit des Kranken gewählt werden. Bei Empfindlichen kann man mit wenigen Einheiten auch sehr viel erreichen. Da bei Tuberkulose mit einer Schwäche des chromaffinen Systems zu rechnen ist, so wird hier größere Insulinempfindlichkeit angetroffen als sonst bei Gesunden, weshalb die Dosierung besonders vorsichtig sein muß. Herdreaktionen, wie sie Proteinkörper hervorrufen, sind nicht zu befürchten, da das Insulin kein Eiweißkörper ist. Für die Insulinbehandlung kommen nur solche Kranke in Frage, bei denen man mit klimatischer Behandlung, Liege- und Mastkur allein keine genügende Gewichtszunahme erzielen kann.

47., Heft 6.

Spätverkäsungen von Lymphdrüsen und über die Rankesche Stadieneinteilung. Auf Grund seiner Beobachtungen und Erfahrungen schlägt Beitzke vor, die Rankesche Einteilung in drei Stadien aufzugeben und von einer Primär- und einer Reinfektionsperiode zu sprechen.

Akzidentelle Herzgeräusche infolge von Tuberkulose. Durch Druck tuberkulöser Lymphome oder größerer Kalkherde auf die großen Gefäße kann es zu Stauungserscheinungen und unter anderem zum Bilde einer supravalvulären Aortenstenose kommen. Infolge tuberkulöser Schrumpfungsprozesse wird auf das Herz eine Zugkraft ausgeübt und dieses namentlich nach rechts stärker verlagert. An dem verlagerten Herzen entstehen auf mechanischem Wege veränderte Herztöne und akzidentelle Geräusche, die zur Verwechslung mit Klappenfehlern führen können. Durch eine Phrenikusexairese kann die Lageveränderung bis zu einem gewissen Grade korrigiert und evtl. damit zusammenhängende Beschwerden gebessert werden. Es ist hiermit eine weitere Indikation zur Exairese als selbständige Operation gegeben.

Gersonsche Diät bei Lungentuberkulose. Der Mineralstoffwechsel ist in seinen Beziehungen zur Tuberkulose noch wenig geklärt, ebenso die Frage, ob saure oder alkalische Diät einen Einfluß auf den Verlauf der Phthise hat. Die theoretischen und experimentellen Unterlagen für die Gersonsche Diät sind noch sehr problematisch. Was die praktische Seite angeht, so hätten sich die schönen Erfolge der Münchener Klinik gleichfalls mit gewöhnlicher fett-, eiweiß- und vitaminreicher Kost erzielen lassen. Nach den Erfahrungen des Verf. ist die Gersonsche Diät in ihrer heutigen Zusammensetzung für die Behandlung von Lungentuberkulösen abzulehnen, da von 13 so behandelten Patienten nicht ein einziger über das übliche Maß hinaus gebessert wurde.

Behandlung der Untergewichtigkeit bei Lungentuberkulose mit Insulin. Anfängliche, auffallende Gewichtszunahme bei fortgeschrittenen Lungentuberkulosen waren von kurzer Dauer. Die Gewichtskurve zeigte nach steilem Anstieg gegen Ende der Insulinbehandlung oft bis zum Anfangsgewicht gehenden Abfall. Die Beobachtung, daß fortgeschrittene Phthisen mit schlechtem Turgor und offensichtlicher Wasserverarmung des Körpers mit sprunghaftem und auffallend steilem Gewichtsanstieg, solche mit geringem Prozeß und gutem Turgor wenig oder gar nicht reagierten, zwingt zu der Annahme, daß die Wirkung des Insulins beim Tuberkulösen im wesentlichen auf Wasserretention beruht. Gewichtszunahme trotz fehlenden Appetits und geringer Nahrungsaufnahme bei einer Reihe der behandelten Fälle sprach in dem gleichen Sinne. Auf Grund seiner Beobachtungen an 16 Fällen hält Verf. die Insulinmastkur für keine Bereicherung unserer Tuberkulosetherapie.

48., Heft 1.

Meine Tuberkulose-Forschungen aus den letzten Jahren. aktive Immunisierung mit Hilfe des Tuberkelbazillenpulvers — V phthisin — ruft bei Tieren sowohl die sogenannte exsudative fibröse Diathese als auch Immunitätsveränderungen hervor. exsudative Diathese tritt im ersten Immunitätsstadium nach ei Primär-Infektion ein und spielt die Rolle einer vorbereitenden K stitution. Im nächsten Immunitätsstadium entwickelt sich die fibr Diathese nach Sata. Ein Teil, der mittels des genannten sp fischen Mittels immunisierten Tiere geht sehr rasch infolge ei serösen Pleuritis und Peritonitis zugrunde, wenn sich die Tiere dem Stadium der exsudativen Diathese befinden, während übrigen nach vielen Monaten allmählich unter dem typischen B der menschlichen Phthise sterben. Die in bestimmten Interva wiederholte Impfung mit lebenden Tuberkelbazillen in minim Menge übt dieselbe Wirkung auf eine spätere Infektion lebenden Bazillen in größerer Menge aus, wie die aktive Immu sierung mittels des Tuberkulosegiftes. Aus alledem geht her daß die Super- und Reinfektion bei der menschlichen Tuberkul insbesondere bei der Ausbildung der typischen Phthise eine gr Rolle spielt. Frühzeitige wiederholte, schwache Infektionen mit m malen Mengen von Tuberkelbazillen würden also eine wichtige dingung für die Entwicklung der menschlichen Phthise im späte Lebensalter sein.

Kann Tuberkulose durch Malariabehandlung beeinflußt werd Die Tuberkulose wird durch Malariabehandlung sicher beeinfl die Behandlung ist nicht mit einer Reiztherapie zu vergleichen. Erfolg der Malariabehandlung beruht entweder auf einer toxisc Wirkung der Malariaplasmodien oder die Malariatoxine par sieren die Toxine der Tuberkulose und erhöhen so die Widersta fähigkeit des Körpers gegen die letzteren.

Urochromogen, Diazo, Blutbild und Blutsenkung bei der Lun tuberkulose. Die 4 genannten Proben sind in ihrer Gesamtheit, n aber die Urochromogenprobe allein, wertvolle prognostische H mittel bei der Beurteilung der Lungentuberkulose. H. Zwer

---

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.

65., Juni 1927.

Festschrift für Paul Flechsig.

Prüfung der Funktionsweise des autonomen Nervensystems. darf nur mit kritischer Vorsicht die pharmakologische Analyse Entscheidung von Innervationsfragen auf dem Gebiete des autono Nervensystems heranziehen. Versuche des Verf. zeigen, daß unter ganz bestimmten Voraussetzungen die bisherige Klassifik von Stoffen, wie Atropin und Ergotamin, zutreffend sind; diese F stellung mindert ihre Bedeutung für die Analyse feinerer Innervati fragen.

Periodische Schlafzustände nach Encephalitis epidemica. chronischen Stadium der Encephalitis epidemica traten in liegenden Fällen Schlafzustände von 2—3tägiger Dauer auf; zwischen diesen Anfällen liegenden Intervalle, in denen Pat. e leichten Parkinsonismus zeigt, sind meist von gleicher Dauer die Schlafzustände. In diesen Intervallen schläft Pat. nachts und beschäftigt sich tagsüber fleißig. Die Schlafzustände sind r

ßig mit einer erheblichen Pulsverlangsamung vorhanden, während den Intervallen die Pulszahl über die Norm ansteigt. Die Pulskurve gibt so ein anschauliches Bild der periodisch auftretenden Schlafzustände. Atropin und Hyoscin konnten die Schlafzustände nicht beeinflussen, auch nicht den Parkinsonismus.

Reizkörpertherapie. Die Wirkungen der Reizkörper auf den Organismus können sein: direkt, u. z. synergisch in adsoptiver Bindung mit Hormonen oder chemischen Stoffen; reversibel fördernd oder reversibel lähmend auf den isolierten Herzmuskel, auf die Haut, Subkutis, Muskel, allein oder an andere Stoffe adsorbiert oder indirekt.

Tiefenpsychologie und strafrechtliche Willensfreiheit. Verf. gibt zu, von der Freudschen Tiefenpsychologie viel Anregung erfahren zu haben; ein befriedigendes Ergebnis hinsichtlich der Entscheidung der Frage der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit habe sich ihm aber nicht ergeben. Keine andere Psychologie betont die Unfreiheit des Willens so scharf wie die Freudsche Lehre, die das U n b e w u ß t e als das Wesentliche der menschlichen Seele bezeichnet, das Unbewußte, in dem all die Regungen schlummern, die das Handeln der Menschen determinierend beeinflussen und durch ihr gelegentliches unmotiviertes Eintreten in das Bewußtsein den Menschen zum Verbrecher machen. Hiernach gäbe es keine Freiheit des Willens und jeder Mensch müßte als unverantwortlich vor dem Strafgesetz gelten. Ferner steht nach Freudscher Theorie die Verbrechensverübung in Zusammenhang mit einem früher erlittenen psychischen Trauma. Der Nachweis eines solchen wird vom psychoanalytisch geschulten Gutachter der Feststellung der Unzurechnungsfähigkeit gleichgesetzt. Hiergegen ist zu sagen, daß nicht die Tatsache eines früher erlittenen psychischen Traumas allein Unzurechnungsfähigkeit bedinge, wenn nicht sonstige Anzeichen einer schweren Neurose die Annahme vorübergehender pathologischer Bewußtseinszustände zur Zeit der Tat rechtfertigen. Meist hat auch der Rechtsbrecher schon vor der Einwirkung des angeblichen psychischen Traumas ausgesprochen dissoziale Neigungen gezeigt, wenn er auch vielleicht aus äußeren Gründen bis dahin noch nicht kriminell geworden war. Die Wirkung der Freudschen Tiefenpsychologie auf die Verbrecherwelt selbst ist sehr zu befürchten; der Rechtsbrecher wird sich als Opfer einer früheren sexuellen Schädigung hinstellen. Man sollte es deshalb grundsätzlich unterlassen, bei Rechtsbrechern mit Hilfe der psychoanalytischen Methode nach früheren psychischen Traumen zu forschen. Die kritiklose Anwendung der Freudschen Lehre bedingt Gefahren im Gerichtssaal, die verhängnisvoll werden müssen.

Aphasiesysteme. Als das Hauptresultat seiner Untersuchungen betrachtet Verf. den Nachweis, daß in der Hirnrinde kleine, fast minimale, in der Zukunft vielleicht noch weiter zerteilbare Zellterritorien existieren, welche eine spezifische Struktur haben und spezifische psychische Funktionen vermitteln, ebenso wie es analoge, kleine physiologische Rindenflächen von spezifischer Struktur und mit spezifischen Funktionen für das Sehen und Hören gibt. „Damit ist die Landkartenartige Zerteilung der Hirnrinde nachgewiesen. Ob sich über diesen psychischen Zellgebieten andere, noch höher organisierte finden, die noch höhere psychische Funktionen besitzen oder vermitteln, ist nach meiner Meinung noch nicht genau erwiesen, aber nicht unwahrscheinlich. Sie liegen wahrscheinlich im Stirnhirn."

Striopallidäre und bulbäre Symptome bei Basedow. Mitteilung eines Falles. Etwa ein Halbes Jahr nach Beginn des Basedow traten Symptome auf, die auf eine organische Affektion zentral-nervöser Mechanismen zu beziehen sind: Sprachbehinderung, Schluckstörung, Amimie, Asynergismen, Bewegungsarmut, Tremor, Salbengesicht, Speichelfluß, beiderseitige Fazialisschwäche. Thyreoidektomie. Besserung des Basedow sowie der striopallidären und bulbären Symptome für Monate. Dann wieder Verschlimmerung. Erneute Operation. Wiederum Besserung aller Symptome, u. z. für Monate. Die enzephalopathischen Symptome werden als Folgen der Basedowintoxikation angesehen (Encephalopathia thyreotoxica).

Autotoxische Teilbedingungen psychiatrischer Erkrankungen. Die quantitative Bestimmung des Gehalts weiblichen Sexualhormons (Thelykinin) wurde im Blut von 10 Dementia praecox-Fällen, meist um die Zeit des Follikelsprungs ausgeführt. Hyperfunktion der endokrinen Keimdrüse ist danach auszuschließen; eine — wenn auch vielleicht nur sekundäre — Hypofunktion wird nicht unwahrscheinlich.

Angioarchitektonik der Großhirnrinde. Das Gefäßsystem des Gehirns stellt mit großer Wahrscheinlichkeit ein Kontinuum dar, d. h., wenn man der Fiktion Raum gibt, daß ein rotes Blutkörperchen Eigenbewegung besäße, so müßte es ihm möglich sein, aus dem Occipithirn auf viel verschlungenen Bahnen zum Stirnhirn zu gelangen.

Picksche Krankheit. Dem prägnanten klinischen Syndrom der Pickschen Krankheit entspricht ein gut umrissenes morphologisches Gesamtbild. Die Picksche Krankheit tritt als neue Demenzform zu den drei bisher bekannten genuinen Demenzen des höheren Lebensalters, Alzheimersche Krankheit, arteriosklerotische Demenz, senile Demenz.

Spätform der zerebellaren Heredoataxie. Fall von zerebellarer Form der Heredoataxie. Krankheitsbeginn mit 40—45 Jahren; progressiv zunehmende Ataxie von zerebellarem Charakter mit Erhaltenbleiben der Sehnenreflexe; zunehmende Sprachstörung von zerebellarem Charakter, allmähliche Abnahme der geistigen Leitungsfähigkeit, Störungen der Augenbewegungen, Parästhesien in oberen und unteren Gliedmaßen. Familiär-hereditäres Auftreten des Leidens. Ungewöhnlich ist der späte Beginn der Krankheit; es handelt sich aber hierbei um eine familiäre Eigentümlichkeit, ferner ist bemerkenswert die Verbindung der Ataxie mit Augenbewegungsstörungen, das Vorhandensein von Parästhesien, die zunehmende Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit. Die zerebellare Ataxie folgte in der Familie dem dominanten Vererbungstypus.

Huntingtonfamilie. Verf. teilt Stammbaum und fünf Krankengeschichten einer Familie mit Huntingtonscher Chorea mit, in der neben ausgesprochenen Fällen von Chorea typische Fälle mit mehr oder weniger stark ausgesprochenen Symptomen von Wilsonismus bzw. Parkinsonismus nachzuweisen waren.

Kurt M e n d e l - Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

202., 5./6. Heft.

Narkoseversuche mit intravenöser Darreichung von Barbitursäurederivaten. In dem Bestreben, die schädigenden Wirkungen der Aethernarkose auf die Luftwege zu vermeiden, sind seit langem Betäubungsversuche mit Derivaten des Alkohols, der Alkaloide und der Barbitursäure ausgeführt worden, ohne daß sie allerdings bisher zu einem einwandfreien Erfolge geführt hätten; denn alle derartigen Präparate konnten bezüglich der Gefahrlosigkeit nicht mit der Aethernarkose konkurrieren und hatten wegen der langsamen Ausscheidung aus dem Organismus einen oft sehr ausgedehnten Nachschlaf zur Folge.

Aussicht auf einen Fortschritt eröffnete sich erst, als Barbitursäurederivate geschaffen wurden, die bei einer relativ großen Ungiftigkeit im Körper durch oxydativen Abbau rasch aufgespalten und dadurch unwirksam wurden. Das bekannteste derartige Präparat ist das Schlafmittel Noktal (I. D. Riedel A.-G.). Ein naher Verwandter von ihm ist das in injizierbarer Form nach einem besonderen Verfahren stabilierte Pernokton.

Mit diesem Mittel wurden zunächst ausgedehnte Narkoseversuche am Kaninchen ausgeführt, die eine ausgezeichnete Schlafwirkung, eine etwa 10fache Narkosebreite und relativ kurze Narkosedauer erkennen ließen. Schädigende Einflüsse auf die Herztätigkeit, die Atmung und die Organe konnten nicht festgestellt werden. Der Tod erfolgt bei Ueberdosierung durch Atemlähmung.

Nach den guten Ergebnissen beim Tier wurden vorsichtige Narkoseversuche auch beim Menschen vorgenommen, und nach deren Gelingen wurde folgendes Narkoseverfahren als praktisch brauchbar erkannt.

Eine halbe Stunde vor der Operation bekommt der Patient 0,01 g Morphium plus 0,001 g Atropin oder 0,003—0,005 g Skopolamin. 10 Minuten vor dem Hautschnitt erfolgt die Pernohton-Injektion langsam während 1 bis 2 Minuten in die Ellbogengegend. Die Dosierung berücksichtigt in erster Linie das Gewicht, dann den Allgemeinzustand des Patienten. Im Durchschnitt sind etwa 4 ccm der 10% Pernoktonlösung für 50 kg Körpergewicht zur Erzielung eines tiefen Dämmerschlafes erforderlich. Zur Ausführung größerer Eingriffe genügt die Schlaftiefe jedoch nicht, doch ist sie mit geringen Aetherbeigaben schnell herbeizuführen. Eine höhere Pernoktondosierung empfiehlt sich, besonders bei älteren Leuten, nicht, da sich sonst der Nachschlaf zu lange ausdehnt. Bei der angegebenen Dosierung sind die Patienten meist nach 4 Stunden wieder erwacht. Vorteile der Pernokton-Narkose sind die Annehmlichkeiten für den Patienten vor und nach der Narkose, ruhiges Einschlafen, Fehlen

des postnarkotischen Erbrechens sowie die gegenüber der reinen Aethernarkose zu erzielende Aetherersparnis von ca. 75%. Nachteilig wird die verlängerte Schlafdauer und das Vorkommen von leichten Erregungszuständen bei großen postoperativen Wundschmerzen vor dem Erwachen empfunden.

Der Ileus nach dem Material des I. Rigaschen Stadtkrankenhauses. Verf. teilt die Resultate von 374 wegen Ileus Operierten mit. 178 gleich 48% konnten gerettet werden, während 196 gleich 52% starben. Mit seiner Mortalitätsziffer steht er ungefähr auf derselben Stufe wie die Statistiken anderer größerer Kliniken. Die Sterblichkeit hängt, abgesehen von der Operationstechnik und den angewandten Methoden von dem Zustand des Kranken und von der Dauer der Erkrankung selbst ab. Je früher die Kranken operiert werden, desto eher sind sie zu retten. Verf. rät deshalb unbedingt zur Frühoperation. Die kostbare Zeit soll nicht durch Abwarten verloren werden.

Diagnose der Pankreasbeteiligung beim Icterus catarrhalis und bei der Cholelithiasis durch die quantitative Bestimmung der Diastase. Beim Icterus catarrhalis und bei der Cholelithiasis läßt sich durch die quantitative Bestimmung der Diastase mit Sicherheit eine Beteiligung der Pankreas feststellen. Wohl ist beim Ikterus mit einer geringen Erhöhung der Normalwerte (infolge der aktivierenden Kraft der Galle) zu rechnen, bei einer Mitbeteiligung des Pankreas jedoch sind die Werte im Blut und Urin auf ein Vielfaches erhöht. Hat man bei Kranken Verdacht, daß eine länger dauernde Schädigung des Pankreas besteht, so ist der Hauptwert auf die Bestimmung der Diastase im Stuhl zu legen. Der Ausfall der Diastasebestimmung hängt von dem Grade des nicht mehr funktionierenden Pankreasgewebes ab. Die Diastase wird mehr oder minder völlig in dem Stuhle fehlen.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 25.

Ergebnisse nach neueren Hallux-valgus-Operationsmethoden. Operation nach Alsberg: In Lokalanästhesie aperiostale Auslösung der Grundphalanx der großen Zehe und Abmeißelung der medialen und dorsalen Exostosenteile des Capit. metatarsi I. unter Entfernung des Schleimbeutels. 1 Hautnaht; 48stündige Drainage; Schiene. Heilungsdauer 10—14 Tage. Das eigentliche Fußskelett wird völlig geschont. Sehr bald beschwerdefreier Gang. — Einige Fälle mit Röntgenbildern.

Zur Operation der Gastroptose. Die schlechtesten Resultate zeitige Gastroenterostomie für günstige Entleerungsbedingungen des haben die Operationsmethoden, die nicht durch eine gleich-Magens Sorge tragen, z. B. die Perthessche Operation. Am aussichtsreichsten sind die Verfahren von Bircher, Helferich und Göbell.

Unsere Erfahrungen mit dem v. Petzschen Magen-Darmnähapparat. Man hat mehrfach versucht, die Asepsis bei Magen-Darmoperationen durch Hilfsinstrumente zu erhöhen, die einen raschen und sorgfältigen Verschluß der Magen-Darmwunden ermöglichen. Zweijährige Erfahrung mit dem Petzschen Nähapparat. Der Apparat ist sehr dauerhaft und äußerst einfach in der Anwendung. Wesentliche Verkürzung der Operationsdauer. Die dicht haltenden, gut blutstillenden Klammern gehen per vias naturales ab.

Zur Beseitigung der ausgeatmeten Narkosegase. Die Aetherdämpfe werden durch Kohlepatronen (Carboserin granulat., Leverkusen) chemisch absorbiert. Die Patronen kommen in einen Absaugapparat, der dicht über der Narkosemaske angebracht ist, oder beim Roth-Dräger-Apparat auf das Ausatmungsventil. Bis 80% des verbrauchten Gases wurde in der Kohle wiedergefunden.

Zur Verhütung des Narkosekaters. Carboserin, in Tabletten eingenommen, bindet im Magendarmkanal einen großen Teil des Narkotikums. Für eine ½stündige Narkose braucht man 3 bis 4 Tabletten. Die Patienten sind frei von Kopfschmerz und „Kater". Uebelsein und Erbrechen ist seltener. Auch bei Magen-Da[rm]operationen werden die Beschwerden verringert.

Verbesserung der intravenösen Infusion. Mit der üblic[hen] Quetschklemmethode ist eine genaue Regulierung nicht mögl[ich]. Es wird eine Stromuhr angegeben in Form einer kleinen Turb[ine] deren Schaufelrad sichtbar in den Stromkreis derart eingescha[ltet] ist, daß es auf jede Druckschwankung reagiert. Aus der U[m]drehungszahl ist die Einflußgeschwindigkeit abzulesen. Der Appa[rat] ist auskochbar. Beschreibung der Handhabung.

Nr. 26.

Zur operativen Behandlung des Calcaneusspornes. Fast s[tets] kommt man beim Calcaneussporn mit konservativen Maßnah[men] aus: individuell gearbeitete Einlagen, dazu Fußbäder, Heiß[luft]-Packungen, Umschläge usw. Nur vereinzelte Fälle trotzen di[e] Behandlung. Verf. sah Fälle, die von anderer Seite operiert, a[ber] nicht geheilt waren. Der Sporn wird wohl gewöhnlich n[icht] radikal genug entfernt. Notwendig ist gründliche, übersichtli[che] Freilegung der plantaren Fläche des Calcaneus von einem gro[ßen] Klappschnitt aus. Schleimbeutel und Schwielenbildungen wer[den] gründlich entfernt, die ganze hintere plantare Fläche des Calca[neus] mit dem Meißel abgetragen. Drei Fälle wurden völlig beschwer[de]frei.

Ein Beitrag zur klinischen Bedeutung des akzessorisc[hen] Pankreas des Magens und zur Frage der sogenannten Brunnersc[hen] Adenome. Bei einem Patienten mit Magenbeschwerden fand [sich] bei der Operation ein kleines Gewächs in der Magenwand, z. T. aus typischem Pankreasgewebe bestand (Nebenpankreas). der Nachbarschaft ein Brunnersches Adenom. Das Nebeneinan[der] spricht für die embryonale Genese dieser Gewebsanomalie.

Tumor in abdomine. Diagnostischer Irrtum. Zunehmende [An]schwellung des Leibes bei einer 54jährigen Frau. Es wird Tumor in abdomine angenommen. Erst im Laufe der Beobach[tung] zeigt sich, daß es sich um ein Myxödem handelt.

Walter Grossmann, Berli[n]

Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie.

139., Heft 2.

Sklerose des Pankreas nach Unterbindung des Ausführu[ngs]ganges und die Transplantation des sklerotischen Gewebes. [In] der Behandlung des Diabetes mellitus mit Insulin schlug K[...] Injektionen mit Ductus thoracicus-Lymphe vor. Er behauptet, die Wirkung dabei langsamer eintritt und länger anhält. Man untersuchte in Experimenten am Hund die Möglichkeit einer A[uto]insulintherapie durch Abschnürung der Pars uncinata des Hu[nde]pankreas. Nach diesem Eingriff entsteht eine erhöhte Kohlehy[drat]toleranz der Tiere, die wohl durch Hyperinsulinämie zu erkl[ären] ist. Diese Versuche stützen sich auf die Entdeckung von Ba[nting] und Best, daß die Gewinnung von Insulin aus dem Tierpank[reas] erst gelingt, wenn das sekretorische Pankreasparenchym, de[ssen] Trypsin insulinzerstörende Eigenschaften hat, durch Unterbin[dung] des Ausführungsganges der Drüse zum Schwund gebracht [ist]. Dieselbe Grundidee liegt in dem Vorschlag von Natter, Pr[...] und Wagner, den Diabetes chirurgisch durch Transplant[ation] von Pankreas, dessen Parenchym atrophisch, dessen Inselap[parat] aber funktionstüchtig ist, zu behandeln. Um die Aussichten so[lcher] Transplantationsbehandlung zu klären, wurden vom Verf. (J[...]) Versuche am Kaninchen unternommen. An 17 Tieren wurde [zu]nächst die Wirkung der Unterbindung des Ausführungsganges [am] Pankreas festgestellt: In den ersten Monaten zunehmende Skl[erose] mit geringer chronischer Entzündung. Vom dritten Monat [an] geringere Sklerose, Substitution des Bindegewebes durch [...]

,throphie des Drüsenparenchyms. Wucherung der kleinen und ıittleren Ausführungsgänge, wobei es zu inselähnlichen Zellomplexen kommt. Nachweis der Identität dieser Komplexe mit en Inseln durch färberische Methoden. Neben diesen neuebildeten Inseln deutliches Erhaltenbleiben der alten Inseln. Es urde das Pankreas in verschieden langer Zeit nach Unterbindung es Ganges zur Transplantation benutzt: 1 Monat, 2 Monate, 4, 5, 6 bis 8 Monate später. Das stets gut einheilende Translantat — auto- und homocoplastisch verpflanzt — wurde dann benfalls zu verschiedenen Zeitpunkten nach dem Eingriff histogisch untersucht. Es ergab sich, daß — wie schon erwähnt — ie Einheilung der Transplantate stets gelang und der histologische au noch 81 Tage nach der Verpflanzung völlig der nicht translantierten Kontrolle entsprach. Die Versuche, Pankreas mit trophischem Drüsengewebe zu überpflanzen, sind also zur vollommensten Zufriedenheit gelungen, da die Nekrose des sezernieenden Drüsenparenchyms, die beim normalen Pankreas die Translantation so stört, hier fortfällt. Das Ergebnis der Experimente ißt die Hoffnung aufkommen, daß — geeignete Bedingungen vorusgesetzt — so differenziertes Gewebe, wie das hormonliefernde, nit Erfolg zu überpflanzen ist.

Walter Grossmann, Berlin.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 28, 9. Juli 1927.

Therapie der Eklampsie. Möglichst frühzeitiges Erfassen der klamptisch Gefährdeten und Präeklamptischen ist die beste Prohylaxe gegen die Eklampsie. In diesem Frühstudium gelingt es äufig, durch diätetische Maßnahmen, vor allem kochsalzfree Kost, nd erst bei dem Versagen, wenn sich Oligurie und zerebrale Symtome einstellen, durch Aderlaß und möglichste Beschleunigung der Entbindung, den Ausbruch der eigentlichen eklamptischen Krämpfe u unterbinden. — Bei der Behandlung eklamptisch erkrankter Frauen am Ende der Schwangerschaft ist die Schnellentbindung urch Kaiserschnitt die Methode der Wahl. Sind im Anfang der Eröffnungsperiode die Geburtswege zu einer Entbindung per vias natuales noch wenig vorbereitet, so ist gleichfalls der Kaiserschnitt inziert. Nur bei weiter vorgeschrittener Eröffnung des Muttermundes arf, solange keine Verschlechterung des Zustandes eintritt, gewartet verden, bis die Entbindung von der Scheide aus möglich ist. Die Entbindung ist dann, ebenso wie in allen Fällen von Eklampsie in er Austreibungsperiode, tunlichst beschleunigt durchzuführen. Unter Einhaltung dieser Richtlinien ist es dem Verf. gelungen, eine Geamtmortalität von nur 1,7% zu erreichen, wobei noch besonders u bemerken ist, daß die letzten 69 eklamptisch erkrankten Frauen ämtlich der Heilung zugeführt werden konnten. In der medikanentösen Therapie der Eklampsie hat sich Luminal als Antiepileptikum vor Morphium und Chloralhydrat bestens bewährt. Aderlaß von 1000—1500 ccm ist besonders dann zu empfehlen, wenn die klamptischen Anfälle nach der Entbindung nicht sistieren oder erst och derselben auftreten.

Wert der Kinnpalpation für die Geburtsleitung. Die Feststellung er Lage des kindlichen Kinnes bei der äußeren Untersuchung der Gebärenden erweist sich als eine nützliche Methode bei der Geurtsleitung. Durch Betastung des weichen und dünnen unteren Uterusabschnittes kann man leicht bei Schädellagen die runde Wölung der kindlichen Stirn und die leistenartige Kante des kindlichen Unterkieferrandes tasten. Läßt man die tastenden Fingerspitzen von er Stelle des Stirnvorsprungs langsam und unter leichtem Druck ach oben gleiten, so gelangt man einige Fingerbreiten höher an iner Seite des Unterleibs an einen zweiten Vorsprung, der die Form einer Knochenleiste hat. So erhält man am einfachsten und chnellsten Aufklärung über Lage, Haltung, Stellung und Einstellung es kindlichen Kopfes.

Alkoholtherapie der puerperalen Sepsis. Die Behandlung der Puerperalsepsis mit großen Gaben Alkohol per os, wie sie neuerings wieder von Küstner empfohlen wurde, wurde vom Verf. in ahlreichen Fällen mit gutem Erfolg angewandt. Sobald sich bei er Wöchnerin Zeichen einer Infektion (Pulsbeschleunigung, Tempeatursteigerung) bemerkbar machen, wird Alkohol in großen, allmählich steigenden Mengen in Form von Portwein, Maderia, Malaga, Kognak, letzterer auch verdünnt und mit Eigelb verrührt, verabreicht. 1 Flasche Portwein, ¼ Flasche Kognak und mehr pro Tag sind zur Erlangung genügender Wirksamkeit der Alkoholtherapie erforderlich. Eine eklatante Wirkung läßt sich oft bei pyämischen Schüttelfrösten feststellen, welche unter reichlichen Schweißausbrüchen allmählich oder auch plötzlich an Intensität abnehmen, wobei die Krankheit eine günstige Wendung zu nehmen pflegt. Besteht ausgesprochener Widerwillen gegen den Alkohol per os, so daß derselbe erbrochen wird, so ist rektale Verabreichung durch Klysma anzuraten. Einen Schaden von dieser Behandlung hat Verf. niemals gesehen.

Nr. 29.

Ist die Hysterographie eine ungefährliche Untersuchungsmethode? In den letzten Wochen mehren sich die Mitteilungen von Fällen, bei welchen im Anschluß an eine Tubendurchblasung nach Sellheim oder eine Auffüllung des Uterus und der Tuben mit Kontrastmitteln mehr oder minder bedenkliche Reizungen und Schäden aufgetreten sind. Es mag sein, daß bei völlig normalem Genitale und entsprechend guter Technik des Operateurs die genannten Untersuchungsmethoden gefahrlos sind. Es ist jedoch unmöglich, latente Keime im Cervikalkanal, im Cavum uteri, in den Tuben und, wie z. B. nach durchgemachter Pelveoperitonitis, im Bereich der Adnexe auszuschließen. Und gerade in Fällen, die für die Tubendurchblasung und Hystero-Salpingographie in Betracht kommen, liegen häufig Folgezustände früherer entzündlicher Prozesse vor. Durch die sonst harmlosen Untersuchungsmethoden können dann sehr leicht schlummernde Bakterienherde reaktioniert werden. Verf. will deshalb das Indikationsgebiet der genannten Untersuchungsmethoden scharf umgrenzt wissen und tritt den oft reichlich optimistischen Auffassungen von der völligen Harmlosigkeit und Gefahrlosigkeit derselben entgegen.

Pathologie der Nabelschnur. Zu den ätiologischen Momenten, die zum Absterben der Frucht in der Schwangerschaft und unter der Geburt führen, gehören auch Veränderungen der Nabelschnur. Häufig sind als Ursache für leichte und schwere Grade der Asphyxie, ja sogar für den Tod des Kindes intra partum, Nabelschnur-Umschlingungen anzusprechen. Neben oft mehrfachen Nabelschnurumschlingungen um den Hals, die zur Erdrosselung des Kindes führen können — Verf. berichtet über Fälle von vier- und fünffacher Umschlingung —, kommen Torsionen der Nabelschnur hier in Betracht, welche die Nabelschnur in ganzer Länge betreffen oder mehr zirkumskripter Art sein können und so hochgradig werden können, daß sie eine völlige Unwegsamkeit der Nabelschnurgefässe und damit das Absterben der Frucht in utero bedingen. Verf. führt in dem von ihm beobachteten Fall den Nachweis, daß die zirkumskripten hochgradigen Torsionen nicht etwa erst nach dem Tod des Kindes in utero entstanden sind, sondern daß die genannten Torsionen das Primäre und der Fruchttod die notwendige Folge waren.

Sogenannte intrauterin erworbene Ophthalmoblennorrhoe. Seit der gesetzlichen Einführung der Blennorrhoe-Prophylaxe hat das Problem der Ophthalmoblennorrhoe einen gewissen Abschluß gefunden. Die Tatsache, daß auch bei Kaiserschnittkindern, die also die kokkenhaltigen Geburtswege garnicht passiert haben, sich Gonokokken im Conjunktivsack vorfinden können, weist darauf hin, daß die Infektion bereits im Uterus stattfindet. Besprechung der verschiedenen Wege der Infektionen. Für die Praxis ergibt sich daraus die notwendige Folgerung, daß auch die Kaiserschnittkinder von der Prophylaxe erfaßt werden müssen und daß bei jeder Conjunktivitis, die bei diesen Kindern innerhalb der acht ersten Lebenstage auftritt, an eine gonorrhoische Ophthalmoblennorrhoe gedacht werden muß. Verf. wirft die berechtigte Frage auf: ob es nicht mit Rücksicht auf die Gefährdung des kindlichen Augenlichtes empfehlenswert wäre, die Kinder tripperkranken Mütter nicht allein einer einmaligen Prophylaxe zu unterziehen, sondern dieselben vielmehr einige Zeit lang prophylaktisch zu behandeln? Von irgend einer Schädigung eines womöglich infizierten Auges durch eine solche prophylaktische Behandlung kann nach Ansicht des Verf. keine Rede sein.

Schwab, Hamburg.

Dermatologische Zeitschrift.

50., H. 5, Juli 1927.

Zur Kenntnis selten auftretender Hauterscheinungen im Verlaufe antiluetischer Kuren. Im allgemeinen zeigen die frühzeitig bei Salvarsankuren auftretenden Hautreizungen einen milderen Verlauf als die erst nach Beendigung der Kur einsetzenden; auch die Form des Ausschlages läßt prognostische Schlüsse zu, indem Ausschläge vom Charakter eines Erythema exsudativum multiforme günstiger zu verlaufen pflegen. Indessen trifft beides, wie ein hier beschriebener Fall zeigt, nicht immer zu. In einem zweiten (kombiniert behandelten Falle) traten eigenartige pyämische Prozesse an der Haut auf.

Degenerationsformen der Gonokokken. Schon mehrfach sind, besonders bei älteren, auch häufig rezidivierten gonorrhoischen Prozessen Gonokokkenformen gefunden worden, die sich von der gewöhnlichen dadurch unterscheiden, daß sie größer oder kleiner, oder anstatt semmelförmig rundlich sind, oder grampositiv erscheinen. Es handelt sich dabei um Degenerations- oder Mutationsformen. Von einer rezidivierenden Gonorrhoe werden hier sehr große, typisch, auch intrazellulär gelagerte, semmelförmige, gramnegative Diplokokken beschrieben (Mastdiplokokken), für deren Entstehung ein Quellungszustand infolge Verschlechterung des Nährbodens angenommen wird.

Ueber die Häufigkeit des Nachweises von Spirochaeta pallida in der Lumbalflüssigkeit von Syphilitikern. Nach der Uranyl-Silber-Hydrochinin-Methode wurden Schnitte des koagulierten Liquors von 131 Syphilitikern verschiedener Stadien untersucht. Dabei ergaben sich positive Resultate in 8 Fällen (bei L. II recens 16,66 %, L. latens 4,88 %, Paralyse 8,33 %, L. cerebri 8,33 %). Die Spirochaeten können also schon im Beginne der Syphilis-Infektion in den Lumbalsack übertreten. In allen Fällen fanden sich ausgesprochene Liquorveränderungen. Endezelluläre Parasiten und Degenerationsformen wurden niemals gesehen. Ernst Levin, Berlin.

Zeitschrift für Urologie.

21., H. 7.

Transitorische Azotämie bei Nieren- resp. Harnleitersteinkolik. Ein differentialdiagnostischer Beitrag. Der Verfasser hat beobachtet, daß der Harnstoffgehalt des Blutes während der Nierensteinkolik erhöht ist, um bald nach dem Anfall wieder normale Werte zu erreichen. Die Frage, ob es sich um eine reflektorische Azotämie handelt oder um eine transitorische Funktionsstörung, bleibt zunächst offen. Praktisch kann die Bestimmung des Harnstoffs im Blute bei der Differentialdiagnose zwischen einem Ureterstein der rechten Seite und Appendizitis von Bedeutung sein, da ein erhöhter Wert für Steinkolik spräche. E. Lehmann, Hamburg.

Zahnärztliche Rundschau.

Nr. 27, 3. Juli 1927.

L. Gordon.

Acta Medica Scandinavica.

66., Heft 3, 30. April 1927.

Ueber den Kalkgehalt bei Diabetes mellitus. Der Blutkalkgeha[lt] ist bei der pankreatogenen Diabeteskrankheit höher als norma[l]. Der Mittelwert des Blut-Ca-Gehaltes war in Fällen pankreatogen[er] Diabeteskrankheit 12,1, während der Mittelwert bei Gesunden 11 ist. Durch Insulininjektionen wird der Blut-Ca-Gehalt b[ei] Diabetikern gesenkt. Insulin ruft bei Diabetespatienten eine E[r]höhung der Ca-Ausscheidung mit dem Urin hervor. Bei Belastung[s]proben mit 1 g $CaCl_2$, in 10prozentiger Lösung intravenös injizier[t], steigt die prozentuelle Urin-Ca-Ausscheidung bei Diabetiker[n] weniger als normal. Gleichzeitig ist die Wasserausscheidung b[ei] Diabetikern größer als bei Asthmatikern. Die totale Ca-Au[s]scheidung durch den Urin während der Versuchszeit wird dadurc[h] für die beiden erwähnten Krankheiten ungefähr gleich groß.

Untersuchungen über das Verhältnis zwischen Kalium- un[d] Kalzium-Gehalt der Blutserum- und der probatorischen Adrenali[n]reaktion. Es ist bei K-Bestimmungen im Blutserum von allergrößte[r] Bedeutung, daß das Serum schnellstens abgesondert wird, d[a] dessen K-Gehalt sonst durch Diffusion aus den roten Blutkörperche[n] bedeutend erhöht werden kann.

Die K/Ca-Quote des Blutserums hat keine nachweisbare ei[n]deutige Bedeutung für die subkutane oder intravenöse Adrenali[n]reaktion im Sinne Kylins.

Durch eine vorbereitende intravenöse Injektion von 1 g CaC[l₂] wird die depressive oder verzögert-pressorische subkutane Adrenalinblutdruckreaktion infolge einer Aenderung des periphere[n] Milieus in pressorischer Richtung geändert.

Nach subkutaner Injektion von 1 mg Adrenalin beobachtet ma[n] recht bedeutende Schwankungen im K- und Ca-Gehalt des Blu[t]serums als Zeichen eines zwischen dem Blute und dem Gewebe stattfindenden Austausches, welcher sowohl eine Senkung als auc[h] eine Steigerung der Werte im Serum herbeiführen kann. Di[e] Schwankungen dieser Werte können gleichzeitig in einander en[t]gegengesetzten Richtungen stattfinden und scheinen besonders i[n] den Fällen groß zu sein, wo die Blutdruckkurve ausgesproche[n] pressorisch ist.

Serumtherapie des Scharlachs. In der vorliegenden Arbe[it] wird die Wirksamkeit von drei Seren detailliert besprochen: de[s] polyvalenten Streptokokkenserums, des Scharlachrekonvaleszente[n]serums und des spezifischen Serums von Scharlachstreptokokke[n]. Die Verfasser kommen zu dem Schluß, daß man mit allen dr[ei] Seren ausgezeichnete therapeutische Resultate erzielen kann. S[ie] glauben, daß nun, wo wir das spezifische Serum besitzen, kei[n]e Veranlassung mehr besteht, ein polyvalentes Serum zu gebrauche[n]. Nun ist noch die Frage zu entscheiden, ob man das Reko[n]valeszentenserum oder das spezifische Serum aus Scharlac[h]streptokokken bevorzugen soll. Das Rekonvaleszentenseru[m] scheint einen gewissen Vorteil in seiner geringeren Toxizität z[u] bieten. Obwohl es manchmal Schüttelfröste verursacht, haben d[ie] Verfasser niemals einen Kollaps durch seine Anwendung beobachte[t]. Die Prüfungen des Rekonvaleszentenserums, das sie augenblicklic[h] gebrauchen, eine Mischung des Serums mehrerer Rekonvaleszente[n], hat nur ungefähr 2500 antitoxische Hauteinheiten, während da[s] spezifische Serum vom Pferd deren mindestens 30 000 enthäl[t]. Trotzdem kann diese Differenz nicht als entscheidend für die A[n]wendung betrachtet werden. Es besteht immer die Möglichkei[t], daß das Rekonvaleszentenserum Substanzen enthält, die therapeutisch wirksam sind und nicht durch die Größe der Hautreaktio[n] gemessen werden können. Da die mitgeteilten klinischen Beobachtungen eine ungefähr gleiche Wirkung beider Seren ergabe[n], schlagen die Verfasser vor, die Versuche sowohl mit dem eine[n] als auch mit dem anderen fortzusetzen.

Für den Praktiker und selbst für die kleinen Hospitäler bestel[t] allerdings ein Zwang, lediglich das Pferdeserum zu benutzen, a[uf] Grund der Tatsache, daß die Herstellung von Rekonvaleszente[n]serum von der Möglichkeit abhängig ist, Aderlässe an Rekonvaleszenten auszuführen, einerlei ob an Erwachsenen oder a[n] Kindern eines gewissen Alters; ebenso erfordert das Rekonvaleszentenserum die Zusammenarbeit mit einem serologische[n] Laboratorium. Die Erfahrungen mit dem spezifischen Strepto[...]

›kkenserum waren derart zufriedenstellend, daß die Verfasser ›ssen Anwendung warm empfehlen.

Vitale Leuko- und Chromozytenstudien. Der Verfasser bestätigt ›bins Technik mit einzelnen Modifikationen. Die Chromozyten sind ı kleinen amöboiden Bewegungen fähig, wenn der Kern oder Reste ›sselben vorhanden sind. Die mit neutralrot tingiblen Körner in ›n Chromozyten sind karyogenen Ursprungs. Bei den Megalo-›asten bekommt man durch Janusgrün-Färbung kokkoide Mito-›ondrien im Plasma. Die Lymphozyten zeigen bei derselben ›rbung bazilliforme Mitochondrien und der Kern wird ganz nach ›rn in der Bewegungsrichtung verschoben. Die Monozyten bilden ›ei Zellgruppen, 1. mit ovoidem Kern und feingranuliertem Plasma, mit eingebogenem Kern und granuliertem und vakuolisiertem ›asma, 3. mit völlig vakuolisiertem Plasma. Die Kerne schieben ›h immer nach vorn wie bei den Lymphozyten. Die Myeloblasten ›d agranuliert, haben einen perinukleären Mitochondrienhaufen ›d sind unbeweglich. Die Myelozyten zeigen granulierte Proto-›asma, sind aber sozusagen unbeweglich, während man bei den ›etamyelozyten eine lebhafte Bewegung des agranulierten Ekto-›asmas sieht. Die polymorphkernigen neutrophilen Leukozyten ›mmen in zwei Formen vor, einer beweglichen und einer unbe-›eglichen, ihre Zahl folgt recht genau den Tages- und Nacht-›hwankungen. Die Differentialzählung gibt statt in Trockenpräpa-›ten in Vitalpräparaten die sichersten Resultate. Nach Transfusion ›rwandten Blutes oder artfremden Serums tritt eine Paralysierung ›r Leukozyten ein, die erst nach ½—¾ Stunden beendet ist. Nach ›ansfusion sieht man sowohl im Vitalpräparat als auch in den ›efäßen der Patienten amitotische Veränderungen in den Myelo-›asten. Bei Eintritt von Infektionen verschwinden sozusagen alle ›onozyten mit Ausnahme der zum Typus 1 gehörigen, und es treten ›ure Vakuolen in den neutrophilen Leukozyten auf. Bei der Heilung, ›d zwar, bevor diese klinisch manifest wird, treten wieder Mono-›ten vom Typus 2 auf und es erscheinen Monozyten vom Typus 3. ›i letal verlaufenden Infektionen wurde das Auftreten agranu-›rter Leukozyten beobachtet, deren Plasma einige neutrale ›akuolen enthält; das Auftreten dieser Zellen muß also als ein ›gnum mali ominis betrachtet werden.

66. Heft 4—5. 31. Mai 1927.

Form und Größe der roten Blutkörperchen in normalen und anämischen Fällen. H. C. Gram (Dänemark).
Kohlehydrattoleranz und ihre Beziehungen zu den endo- und exogenen hyperglykämischen Kurven. Alexander Oszacki (Polen).
Erythema nodosum bei erwachsenen Männern. Måns Arborelius (Schweden).
Urobilinstudien II. Ernst B. Salén und B. Enocksson (Schweden).
Die Schwankungen der Blutzuckerreaktion in Krankheitsfällen. Oesten Holsti (Finnland).
Einfluß von Kaliumjodid und Schilddrüsenpräparaten auf die Blutzuckerkurve. Oesten Holsti (Finnland).
Weitere Untersuchungen über die Relation zwischen Thyreoidea und Ovarien. Erik Lundberg (Schweden).
Kalium- und Kalziumgehalt des Blutserums unter normalen und unter gewissen pathologischen Verhältnissen. A. Brems (Dänemark).
Enterocolitis durch intestinale jodophile Bakterien (Gärungsdispepsie). I. Holmgren (Schweden).

Ueber die Form und Größe der roten Blutkörperchen in normalen ›d anämischen Fällen. Der mittlere Durchmesser normaler Ery-›rozyten schwankt um rund 7,8 μ, ihr mittleres Volumen um 87 μ^3. ›renzen: 91,6 bis 83,5 μ^3). Die mittlere Dicke normaler roter B. K. ›hwankt in der Annahme, daß alle gleiche Zylinder mit einem ›runddurchmesser vom mittleren Durchmesser sind, um 1,84 μ ›renzen: 1,97 bis 1,74 μ). Bei der perniziösen Anämie ist die ›ittlere Dicke meist größer als normal. Wenn der mittlere Durch-›esser ungefähr normal ist, ist die mittlere Dicke auch normal. Bei ›wöhnlichen Anämien ohne Mikrozytose ist die mittlere Dicke meist ›rmal; in Fällen mit ausgesprochener Mikrozytose (geringem Vo-›men und mittlerem Durchmesser) ist die mittlere Dicke meist unter ›r Norm. Aus diesen Messungen zieht der Verfasser dann weitere ›inische Schlüsse.

Erythema nodosum bei erwachsenen Männern. Männer in den ›vanziger Jahren mit dem Hauptsymptom Erythema nodosum haben der Mehrzahl der Fälle außer dem Ausschlag ein ziemlich gut ›grenzbares Krankheitsbild dargeboten. Dies wird charakterisiert ›rch Fieberzustände, intrakutane Tuberkulinüberimpfindlichkeit, ›he Senkungswerte und gewöhnlich auch röntgenologisch nach-›eisbare Verdichtungen im und um den Lungenhilus. Dasselbe ›rankheitsbild ohne Erythema nodosum ist in dieser Altersgruppe ›cht ungewöhnlich. In zwei von 40 beobachteten Fällen war ein ›weichendes Krankheitsbild vorhanden — klinischer Erythema ›dosum-Ausschlag, aber kein Fieber oder Tuberkulinüberempfind-›hkeit, normale Senkungswerte und keine sicher nachweisbaren ›ungenveränderungen. Unter Komplikationen werden besonders ›onjunctivitis phlyctenulosa, Pleuritis exsudativa und Erythema exsudativum multiforme diskutiert. Die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen Erythema nodosum und einer frischen tuberkulösen Infektion wird hervorgehoben. Obgleich Erythema nodosum bei den untersuchten Männern in der Mehrzahl mit einer tuberkulösen Infektion zusammenhängen dürfte, will der Verfasser doch Erythema nodosum als Ausdruck für eine mehr atypische Reaktionsweise rechnen, die auch bei anderen Infektionskrankheiten vorkommen kann.

Urobilinstudien. Die Verfasser werfen die Frage auf: Ist das Harnurobilin stets enterogenen Ursprunges? Oder kann es mitunter nichtenterogener Genese sein, und in diesem Falle, wann trifft dies zu? Die Untersuchungen wurden an Fällen von teils absoluter und teils relativer Leberinsuffizienz vorgenommen. Bei der absoluten Leberinsuffizienz unterscheiden die Verfasser drei Gruppen:

1. Das Harnurobilin ist hauptsächlich, nach der theoretischen Einleitung wahrscheinlich gänzlich, von enterogener Genese. Die Versuche ergaben, daß die Menge der Urobilinsubstanzen, die im Darm resorbiert werden, höchst bedeutend sein müssen, teils daß für ihre Passage vom Darm in den Urin eine Zeit von weniger als zwei Stunden erforderlich ist, teils schließlich, daß unterwegs keinerlei Tendenz zur Retention des Urobilins vorhanden zu sein scheint.

2. Das Harnurobilin stammt garnicht oder wenigstens nur zu einem unwesentlichen Teile aus dem Darm. Diese Untersuchungen sprechen stark dafür, daß eine spontane Umwandlung vom Bilirubin in Urobilin stattfinden kann, möglicherweise ubiquitär im Organismus, so daß die histiogene Theorie für diese Fälle zutrifft; es ist aber auch möglich, daß Adlers retikulo endotheliale Theorie hier Gültigkeit hat.

3. Zwischenformen zwischen 1 und 2. Diese Formen berechtigen zu der Annahme, daß die bei der letzten Gruppe vorhandene anenterogene Urobilinurieform nur bei Fällen von sog. zyanotischen Ikterus (mit allgemeinen Hydrops) vorkommt.

Die auf relativer Leberinsuffizienz beruhende, hämolytisch bedingte Urobilinurie ist zur Hauptsache, wahrscheinlich gänzlich enterogener Genese. Aus den angeführten Gründen kann jedoch die Erklärung, die die entero-hepatogene Theorie für sie gibt, nicht akzeptiert oder wenigstens nicht als erschöpfend anerkannt werden. Stattdessen muß angenommen werden, daß die funktionell intakte Leber bei Zufuhr von Bilirubin aus dem großen Kreislauf sozusagen automatisch in diesen einen gewissen Teil der gleichzeitig vom Darme dem Organ zugeführten Urobilinsubstanzen durchläßt. Mehrere Umstände sprechen dafür, daß dieses Durchlassen graduell variieren kann; daß es bei länger bestehenden hyperhämolytischen Zuständen abnehmen kann — ein Anpassungsphänomen von seiten der Leber —, wobei sich das Organ sozusagen auf einen in allen Phasen gesteigerten Bilirubin-Urobilinumsatz einstellt.

Bezüglich der physiologischen Urobilinurie halten die Verfasser folgende Ansicht für berechtigt: ihre Existenz ist unvereinbar mit der Detailausformung der entero-hepatogenen Theorie; die Auslegung welche die histiogene Theorie für sie gibt, ist nur eine Scheinerklärung rein hypothetischer Natur. Das Urobilin hat auch in diesem Falle enterogene Genese; der Uebertritt der Urobilinsubstanzen in den großen Kreislauf beruht auf derselben Ursache wie bei der hämolytischen Urobilinurie, genauer gesagt, er ist Folge und Ausdruck der physiologisch vorsichgehenden Einschmelzung alter, verbrauchter Blutzellen und einer dadurch verursachten, transitorischen Setigerung des Blutbilirubins. Drei Arten Urobilinurie, von Mischformen abgesehen, wären also möglich:

1. die Funktion der Leberparenchymzellen, das vom Darm kommende Urobilin abzulenken, ist insuffizient (bei hepato-zellulärer Affektion).

2. bei Zufuhr von Bilirubin aus dem großen Kreislauf lassen di‹ Parenchymzellen, trotzdem sie funktionell intakt sind oder sei‹ können, gewisse Mengen der vom Darm kommenden Urobilinsubstanzen durch (reine Form: die hämolytisch bedingte Urobilinurie, die Normal-Urobilinurie inbegriffen; die bei reiner Obstriktions-Cholämie evtl. vorhandene).

3. die anenterogene Urobilinurie, deren Vorkommen bisher nur bei cyanotischem Ikterus mit Hydrops nachgewiesen ist.

Die diagnostische Bedeutung des Symptoms der Urobilinurie ist demnach bei gleichzeitiger Cholämie ganz von deren Ursache abhängig ohne gleichzeitige Cholämie als Zeichen einer hepato-zellulären Insuffizienz. Ausnahmen: Offenstehender Ductus Aurantii ven. (bei familiären Urobilinurien?, bei Ikterus neonatorum??). Bei ausgebildetem Kollateralkreislauf zwischen dem Portasystem und dem großen Kreislauf.

Die Verfasser führen dann ferner eine Reihe von Tatsachen an, die zu einer definitiven Ablehnung der histiogenen Theorie als allgemeine Erklärung für die Urobilinurie berechtigen. Erwähnenswert erscheint in diesem Zusammenhange dem Referenten die Feststellung der absoluten Unbrauchbarkeit der Schmidtschen Sublimatprobe für die Entscheidung, ob Fäzes Urobilin enthalten oder nicht;

schon bei einer Senkung des Koturobilins auf ⅓ des Normalen kann die Probe ganz negative Resultate aufweisen. Die Literaturzusammenstellung macht die Arbeit besonders wertvoll.

Untersuchungen über den Einfluß von Kaliumjodid und Schilddrüsenpräparaten auf die Blutzuckerkurve. In sechs Fällen mit subnormalen Blutzuckerwerten wurden 27 Versuche angestellt, um den Einfluß des Jodkalis und der Schilddrüsenmedikation auf den Blutzucker zu studieren. Jodkali hatte nicht den geringsten Einfluß, während nach Verabreichung von Schilddrüsenpräparaten die Blutzuckerkurve in allen Fällen anstieg. Diese Wirkung wurde frühzeitig bemerkt und hielt mindestens einen Monat nach Beendigung der Behandlung an. Besserung der klinischen Verhältnisse wurde dreimal während der Behandlung beobachtet, und zwar zusammenfallend mit dem Anstieg der Blutzuckerkurve oder etwas später.

Untersuchungen über die Relation zwischen Thyreoidea und Ovarien. Die Untersuchungen lassen, trotzdem der Verfasser die Unsicherheit der Schlüsse aus Tierexperimenten auf klinische Erscheinungen betont, es als wahrscheinlich erscheinen, daß der Grad der Herabsetzung der Geschlechtsdrüsenfunktion von dem Grade der Hyperfunktion der Schilddrüse abhängig sein dürfte. Damit wäre möglicherweise eine Erklärung gegeben für die bei Basedowfällen öfter beobachtete Amenorrhoe oder Oligomennorrhoe.

Kalium- und Kalziumgehalt des Blutserums unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Die auffallend hohen Kaliumwerte einiger Forscher beruhen wahrseinlich darauf, daß sie das Serum nicht rechtzeitig von den sehr kaliumreichen roten Blutkörperchen abgesondert haben.

Als norm. Mittelwerte erwiesen sich: 17,97 mg% K; 1148, mg% Ca; K/Ca = 1,62.

Die Ca-Werte weichen weder bei essentieller Hypertonie, noch bei Asthma bronchiale oder bei Diabetes mellitus nennenswert von den Normalwerten ab.

Die K-Werte sind durchschnittlich, aber bei weitem nicht in jedem Einzelfalle, bei essentieller Hypertonie (Mittelwert: 20,73 mg%), bei Asthma bronchiale (Mittelwert: 20,19 mg%) etwas erhöht, in geringerem Maße auch bei Diabetes mellitus (Mittelwert: 18,51 mg%).

Die K/Ca-Quote ist bei Diabetes mellitus normal, bei essentieller Hypertonie (1,82) und Asthma bronchiale (1,80) etwas erhöht, ohne das dies in jedem Einzelfalle gilt.

Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der K/Ca-Quote des Blutserums und dem Ausfall der Adrenalinreaktion.

Enterokolitis durch intestinale jodophile Bakterien (Gärungsdispepsie. Die sog. Gärungsdispepsie ist eine Enterokolitis von besonderem Typus; sie beruht auf einer chronischen Infektion durch gasbildende jodophile Sproßpilze, eine Infektion, die sich bald durch heftigere Symptome manifestiert, bald verhältnismäßig lange latent bleibt. In ungefähr der Hälfte aller Fälle von Gärungsdispepsie findet man eine Achylia oder Hypochylia gastrica (chronische Gastritis), ein Umstand, der vielleicht die Infektion des Dünndarms erleichtert. Es scheint, daß die Gärungsdispepsie das Auftreten von Duodenalgeschwüren begünstigt. Arnold Hirsch, Berlin.

The Lancet.

212., Nr. 23, 4. Juni 1927.

Rheumatismus in der Kindheit. Forschungen über die Beziehungen zwischen sozialen Verhältnissen und akutem Rheumatismus von Kindern für den ärztlichen Untersuchungsausschuß ergaben das Resultat, daß Rheumatismus nicht nur eine Krankheit der ärmeren Bevölkerung ist, sondern sein Vorkommen geradezu in direktem Verhältnis zu dem Grade der Armut zunimmt. Unter den Kindern dieser allerärmsten Klassen, welche in den durch das Armengesetz geschaffenen Heimen leben, kommt die Krankheit sehr selten vor. Die Prognose für ein erkranktes Kind ist um so schlechter, je trauriger die sozialen Verhältnisse sind, in denen es lebt; dagegen ist die Prognose von Fällen, die mit Perikarditis und subkutanen Knötchen kompliziert sind, nicht so schlecht, wie man allgemein annimmt. Da man einen einzelnen, mit der Armut verknüpften Faktor nicht für die Entstehung der Krankheit verantwortlich machen kann und über die wahre Aetiologie des Rheumatismus noch volles Dunkel herrscht, so kann man nur hoffen, durch Hebung der sozialen Lage und Verbesserung der Wohnungsverhältnisse die Häufigkeit der Krankheit bei Kindern herabzusetzen.

Ein Fall hypertrophischer Osteoarthritis der Halswirbelsäule. Beschreibung eines dieser extrem seltenen Fälle. Bei dem 21jährige Manne bestand seit etwa 5 Jahren eine allmählich zunehmende Pares der Muskeln der rechten Hand mit Sensibilitätsstörungen im Ulnar gebiet des Arms. Im frontalen Röntgenbild starke Verbreiterung de unteren Halswirbelsäule mit zwei seitlichen Verbiegungen (ober rechts-, untere linkskonkav). Im lateralen Bilde starke Vorwärts biegung in der Mitte der Halswirbelsäule, anscheinend ver schwundene Zwischenwirbelscheiben; Körper, Bögen und Dornfort sätze der unteren Halswirbel zeigen eine stark vermehrte Dichtigke mit Verengerung der Foramina intervertebralia. Möglicherweise be steht ein Zusammenhang mit einer seit der Jugend vorhandenen chro nischen Mittelohrentzündung.

212., Nr. 24, 11. Juni 1927.

Antiperistaltik des Duodenums und ihre Beziehungen zu Regu gitation durch den Pylorus. Antiperistaltik des Duodenum ist ein normale Bewegung, sie wurde in 93 % aller Fälle beobachtet. De Bulbus kontrahiert sich und treibt den Inhalt in den zweiten und bis weilen dritten Teil des Duodenum. Eine antiperistaltische Wel schwingt die Nahrung verschieden weit zurück, oft bis in den Bulbu wo sie durch den Pylorussphinkter zurückgehalten wird. Dieses Hin und Herschwingen geht mehrmals vor sich und begünstigt d Mischung des Inhalts mit den Verdauungssäften. Die bereits in da Jejunum übergetretene Nahrung scheint nicht mehr in das Duo denum zurückzukehren. Die stärksten antiperistaltischen Bewegun gen kommen im zweiten Teil des Duodenum zustande. Dieser Vor gang wiederholt sich periodisch, bis der Magen sich entleert ha Neben seiner Funktion, den Austritt des Speisebreies aus dem Mage zu regulieren, hat der Pylorussphinkter die Aufgabe, in den frühe Stadien der Verdauung einen Rückfluß aus dem Duodenum zu ve hindern. In dem Maße, wie die Verdauung fortschreitet, also berei bevor sie beendet ist, beginnt der Sphinkter, unabhängig von de Magenperistaltik, hin und wieder zu erschlaffen, eine Regurgitatio kommt von Zeit zu Zeit zustande und damit eine Regulierung de Säure des Mageninhalts. Eine wirkliche Rückwärtsbewegung de Nahrung vom zweiten Duoedenalteil ist nicht immer für eine Regu gitation nötig, dazu genügt oft schon bei Sphinktererschlaffung e voller Bulbus. Bei Hypertension oder Spasmus des Sphinkter fä seine Erschlaffung fort, so daß eine Neutralisierung nicht erfolgt, u die Säurekurve hoch bleibt oder noch steigt (die häufigste funkti nelle Störung der Hyperchlorhydrie). Bei exzessiver Erschlaffun des Pylorus, wo dieselbe schon im Beginn der Verdauung eintritt, b ginnt sofort die Regurgitation und Neutralisierung, Galle ist gewöh lich im Mageninhalt: das Bild der Achlorhydrie. Rontal.

British Medical Journal.

Nr. 3464, 28. Mai.

Freie Gelenkkörper. In bereits erkrankten Gelenken entsteh freie Körper durch spontane oder traumatische Ablösung klein Teile der veränderten Gelenkflächen. Bei der Osteoarthritis komm es relativ selten durch Abschnürung von Randosteophyten zur B dung von Gelenkkörpern. Die bizarren hypertrophischen und degen rativen Veränderungen der als Begleiterscheinungen von Nerve krankheiten sich zeigenden Arthritiden begünstigen vielmehr de artige Lösungsvorgänge. Naturgemäß kommt diesen fast immer mu tiplen Gelenkkörpern in bereits erkrankten Gelenken eine verhältni mäßig geringfügige chirurgische Bedeutung zu. In so einfach Weise ist die Entstehung der in anscheinend gesunden Gelenken sic bildenden Gelenkkörper nicht zu erklären. Klinisch sind folgen

...unkte wesentlich: das relativ junge Alter (15 bis 25 Jahre), das ...erwiegende Erkranken von Männern, die Bevorzugung der Kniegelenke (mit Ausnahme des Ellenbogengelenkes kommen freie Körper ... andern Gelenken nur äußerst selten vor) und daß gewöhnlich nur ...n freier Körper gebildet wird. Die Rolle des Trauma bei der Entstehung ist früher überschätzt worden, wenn auch in einer großen ...eihe von Fällen der Gelenkkörper aus dem zwischen den Oberschenkelkondylen liegenden, dem Trauma besonders ausgesenkten ...ebiet stammt. Eine restlos befriedigende Erklärung des Entstehungsmechanismus bietet auch die Annahme einer Osteochondritis ...ssecans als Grundlage der Gelenkkörperbildung nicht, zumal die ...perimentell erzielten Ergebnisse sich widersprechen. (Arteria genu ...edia Endarterie? Bedeutung der aseptischen Nekrose?). Ein dritter ...yp von Gelenkkörpern nimmt in der Synovialmembran seinen Ursprung aus kleinen Nestern von Knorpelzellen, die normalerweise in ...r Membran verstreut sind (synoviale Chondrome).

Unabhängig von der Entstehungsart lösen sich häufiger die Gelenkkörper für längere Zeit nicht vollständig vom Untergrund ab. ...ährend dieses Zwischenstadiums spielen sich an dem verlagerten ...norpel- und Knochengewebe die für lebende Zellen charakteristischen Veränderungen ab. Mit der Abtrennung des Gelenkkörpers von dem gefäßführenden Stiel gehen die Knochenzellen zugrunde. Die Knorpelzellen hingegen werden von der Gelenkflüssigkeit ernährt und wachsen weiter, wobei gelegentlich der ursprüngliche hyaline Knorpel durch Faserknorpel ersetzt wird. Bei längerem ...rweilen in der Gelenkhöhle nehmen die freien Körper an Umfang ... und gewinnen ein gleichförmiges Aeußeres und eine ähnliche Gestalt. Durch späteres Haftenbleiben an der Synovialmembran kann ... gewöhnlich vorübergehend — die freie Beweglichkeit der Gelenkkörper aufgehoben werden. Bisweilen kommt es zur Ansammlung ...cher Körper in einer Gelenktasche, die allmählich von der eigentlichen Gelenkhöhle völlig abgeschlossen werden kann. Bei dem ...nerhalb des „gesunden" Kniegelenkes sich entwickelnden Gelenkkörper sind die typischen Symptome gewöhnlich klar ausgeprägt, ...ährend sie bei erkranktem Gelenk durch andere, schon länger bestehende Krankheitserscheinungen verdeckt werden. Gewiß bietet ... Symptomatologie der Gelenkkörper gewisse Anhaltspunkte, um ...ese Veränderungen von anderen Ursachen des „Dérangement interne" abzugrenzen.

Doch muß zumeist zur Entscheidung der differentiellen ...agnose das Ergebnis der röntgenologischen Untersuchung verwertet werden. Sobald ein Gelenkkörper festgestellt ist, kommt ...r die operative Entfernung in Frage, sofern nicht Alter und fortgeschrittene Gelenkerkrankung eine Kontraindikation abgeben. Vor ...em operativen Eingriff ist die Zahl und Lage der Gelenkkörper genau festzustellen (Aufnahme des Gelenkes in Beuge- und Streckstellung und in mehreren Ebenen, stereoskopische Aufnahmen). Besonders ist die Aufmerksamkeit auf das Vorhandensein gestielter Gelenkkörper zu richten, die nur vorübergehend Störungserscheinungen ...bringen und bei der üblichen Röntgentechnik leicht übersehen werden. Mit einer auf der Höhe stehenden Aufnahmetechnik können ...ch kleine Körper mit geringer Schattendichte nachgewiesen werden, selbst wenn ihre Umrisse in den dichteren Schatten der Gelenkknochen hineinprojiziert werden, so daß negativen Röntgenbefunden bei der auf Grund der Symptome gestellten Wahrscheinlichkeitsdiagnose entscheidende Bedeutung beigemessen werden darf. Einen wesentlichen Teil der Röntgendiagnose stellt die genaue Angabe der Zahl und der genauen Lage der Gelenkkörper in den verschiedenen Teilen des Kniegelenkes unmittelbar vor der Operation ...r. In 40 bis 50% sind bei zur Operation kommenden Fällen multiple Gelenkkörper anzutreffen, die in den vorderen und hinteren Kniegelenksabschnitten verstreut liegen und nur zu leicht beim Fehlen einer genauen Information dem Operateur entgegen, besonders wenn die letzte Röntgenaufnahme einige Wochen zurückliegt ...nd eine Umgruppierung der Gelenkkörper stattgefunden hat. Das Kniegelenk gliedert sich in fünf gesonderte, miteinander in Zusammenhang stehende Abschnitte (3 vordere, 2 hintere). Ein freier Körper, der in einer der vorderen Gelenkkammern sich befindet, kann wohl aus einem Gelenkabschnitt in den anderen überwandern. Ein Übertritt in den hinteren Teil der Gelenkhöhle stößt bei dem gewundenen Verbindungsweg auf fast unüberwindbare Schwierigkeiten. Auch die in einer der hinteren Gelenktaschen befindlichen Fragmente zeigen praktisch ein sehr geringes Wanderungsvermögen da eine ...dian gelegene Synovialfalte mit dem hinteren Kreuzband in Verbindung steht und so beide Räume ziemlich gegeneinander abschließt. ... operative Entfernung eines Gelenkkörpers gestaltet sich bei einwandfreier Lokalisation denkbar einfach. Durch eine kleine Inzision ... Kapsel wird der betreffende Gelenkabschnitt eröffnet. Die Gelenkfunktion ist in wenigen Wochen völlig wiederhergestellt. Auch ... operative Behandlung multipler Gelenkkörper erfolgt unter denselben konservativen Gesichtspunkten, in dem von den entsprechenden kleinen Hautschnitten aus jede Tasche für sich geöffnet und ausgeräumt wird. Nur unter besonderen Umständen ist eine vollständige Arthrotomie mit Eröffnung aller drei vorderen Gelenkabschnitte notwendig (bei synovialen Chondromen). Die hinteren Gelenktaschen werden jede für sich durch Eingehen neben den Seitenbändern oder von der Kniekehle aus freigelegt. Die in diesen Taschen gelegenen Gelenkkörper entziehen sich leicht durch Ausweichen in die Regio intercondyloidea dem Eingriff, zudem sind sie des öfteren in Synovialfalten zu mehreren als „Nester" verkapselt, so daß bei der Operation der Gebrauch einer Stirnlampe anzuraten ist. Durch Ausspritzen der Gelenktasche unter hohem Druck mit Kochsalzlösung und durch Bewegungen des Gelenkes kann gelegentlich ein freier Körper noch herausgebracht werden, der nach dem Röntgenbefund vorhanden sein muß und bisher nicht aufgefunden werden konnte.

Appendix-Reflex. Bekannt ist ein von der Appendix ausgelöster Spasmus der Pylorusmuskulatur, der zu Hyperazidität und Symptomen Anlaß gibt, die das Bestehen eines Magengeschwürs annehmen lassen. Bei Individuen mit übererregbarem Nervensystem kann eine erkrankte Appendix die verschiedenartigsten Symptome auslösen, die mit einer Wurmfortsatzentzündung gar nicht in Zusammenhang zu stehen scheinen. So bewirkte die Appendektomie — wie aus den wiedergegebenen Krankengeschichten erhellt — bei hartnäckiger Migräne, Epilepsie und azetonämischem Erbrechen prompt die Heilung. Die von dem erkrankten Organ ausgehenden Reflexe bedingen bei vorhandener Disposition die verschiedenartigsten nervösen Störungen. Selbstverständlich ist nur von einer kritischen Indikationsstellung ein Erfolg des chirurgischen Eingriffes zu erwarten.

Behandlung des Ulcus rodens in der Nähe des Auges. Das Geschwür muß mit einem Rand von 1 bis 1½ cm im Gesunden entfernt werden, und so entsteht besonders in Nähe des Lidwinkels oder der Nasenflügel die Gefahr dauernder Entstellung. Eine Plastik nach Thiersch scheitert, solange nicht ein gleichmäßiger, fester Druck wirksam ist, der in diesen Gebieten kaum herzustellen ist. Folgendes Verfahren gibt bessere Ergebnisse. Nach Exzision des Geschwürs im Gesunden wird peinlichste Blutstillung im Wundgebiet, möglichst ohne Unterbindung vorgenommen. Ein durch Kochen sterilisiertes Stück Ton wird sorgfältig über der Wundfläche und den angrenzenden Gesichtsabschnitten modelliert. Die Hautstückchen werden in der üblichen Weise mit dem Rasiermesser am Oberschenkel entnommen und in der Weise auf die der Wundfläche angepaßte Seite des Tonstückchens gelegt, daß die unversehrte Epidermisfläche dem Ton anliegt. Der Ton wird sodann auf das Operationsfeld gelegt, so daß die Wundfläche mit der tiefen, durchtrennten Hautschicht in Berührung kommt. Durch einige Nähte wird der Ton angedrückt und durch einen leichten Verband fixiert. Nach 10 Tagen wird der Ton entfernt. Keine Wundfläche ist dann mehr sichtbar. Die Hautstückchen haften fest. Unter Abstoßung der oberflächlichen Epithelschicht entwickelt sich allmählich eine feine Narbe, die im Laufe weniger Monate kaum noch von gesunder Haut zu unterscheiden ist.

Nr. 3465, 4. Juni.

Hämaturie vom Standpunkt der inneren Medizin. Mit einer gewissen Berechtigung sind bestimmte Formen der Hämaturie der Chirurgie zuzurechnen. (Blutung bei Tumor, umfangreiche Steinbildungen, primäre Nierentuberkulose u. a. m.) Als häufigste Ursache des Uebertrittes größerer Blutmengen in den Harn kommt dem Internisten die akute Glomerulonephritis zu Gesicht. Welche Arten von Erreger besonders leicht diese hämorrhagische Entzündung bedingen, ist noch unbekannt. (Pneumokokken, Scharlachstreptokokken oder Staphylokokkus aureus?) Bekannt sind die akuten, mit Fieber einhergehenden Schübe in diesem Krankheitsbild, bei denen eine Verstärkung der Hämaturie zugleich mit einer Steigerung der toxischen Allgemeinsymptome sich bemerkbar macht (Kopfschmerzen, Schläfrigkeit) und die zumeist bei der althergebrachten Behandlungsmethode langsam sich zurückbilden. Die Entstehung dieser Exazerbationen (Reinfektion von dem ursprünglichen Herd aus oder Folge eingetretener Nierenveränderungen?) ist ungeklärt. Sobald infizierte Tonsillen vorhanden sind, die in dem betreffenden Fall ursächlich mit dem Krankheitsbeginn in Zusammenhang zu bringen sind, ist die Ent-

fernung trotz bestehender Hämaturie vorzunehmen und nicht lange hinauszuzögern. Freilich sind in der Mehrzahl der Fälle keine Anhaltspunkte für eine chronische Infektion zu gewinnen. Blutharnen kann gelegentlich bei der sekundären Schrumpfniere eine Rolle spielen, wobei infektiöse Prozesse auslösend wirken. Als Folge der Gefäßerkrankung tritt die Hämaturie bei der vaskulären Schrumpfniere in mächtigen Schüben in Erscheinung (renale Epistaxis). Möglicherweise wird die Blutungsbereitschaft der erkrankten Nieren durch eine gleichzeitig bestehende Syphilis gefördert.

Gar nicht so selten zeigt sich eine ausgesprochene Hämaturie als erstes Symptom einer akuten Koliinfektion der Harnwege. Häufig wird solche mit hohem Fieber und Dysurie einhergehende Erkrankung als beginnende Tuberkulose mißdeutet, zumal ab und zu eine Nebenhodenentzündung hinzukommt. Mit der Feststellung der Infektion als Ursache des Blutharnens darf man sich erst dann beruhigen, wenn anderweitige Blutungsursachen (Kalkuli, Papillome des Nierenbeckens oder der Blase usw.) trotz sorgfältigen Fahndens außer der Infektion nicht nachweisbar sind. Die Diagnose Nierenstein darf bei Fehlen der Hämaturie und eines Röntgenbefundes auf Grund typischer Schmerzanfälle nur mit größter Vorsicht gestellt werden.

Als wichtiges Symptom der septischen Endokarditis ist fast immer und relativ früh mikroskopisch Blut im Urin nachzuweisen. Zur Erkennung dieser Mikrohämaturie ist eine tägliche Urinkontrolle während etwa 10 Tagen vorzunehmen. Größere Blutungen kommen bei der Endocarditis septica auch ohne Schmerzen infolge Infarktbildung in den Nieren vor, wobei die Blutung durch die vom infizierten Embolus ausgehenden Gewebsprozesse wochenlang unterhalten werden kann. Auch bei chronischer Herzinsuffizienz bedingt bisweilen die Nierenstauung eine Hämaturie beträchtlichen Grades.

Kompliziert sind die Zusammenhänge der Hämaturie mit den Purpuraerkrankungen. Die Niere kann als Teilerscheinung der Purpura bluten, wobei das die Purpura auslösende Moment auch an der Niere angreift. Andererseits können Blutungen in der Niere Veränderungen des Parenchyms hervorrufen, die von dem Bild der Nephritis nicht zu trennen sind. Die zeitliche Aufeinanderfolge des Geschehens ist deshalb schwer zu beurteilen. Massige Nierenblutungen können sich für Wochen bei der Polyzythämie zeigen, die therapeutisch kaum zu beeinflussen sind und erst zum Stehen kommen, wenn die Erythrozytenwerte zur Norm abgesunken sind. Auch beim Morbus Biermer können solche Hämaturien vorkommen. Praktisch wichtig ist das Blutharnen nach Gebrauch gewisser Medikamente, wie Urotropin, Salizylsäure und Karbolsäureverbindungen.

Unter einem größeren Material bleiben stets Fälle, wo die Entstehungsweise der Hämaturie nicht aufzuklären ist und die zum Teil als „essentielle Nierenblutung" aufzufassen sind. So können starke Blutungen aus anatomisch intakten Nieren erfolgen, ohne daß andere Faktoren als eine abnorme renale Blutungsbereitschaft und ein unbekanntes toxisches Moment verantwortlich gemacht werden können.

Unerwartete Todesfälle in der postoperativen Periode: Unter 16 000 Operationen wurden 109 Todesfälle als Folge der Operation beobachtet, während nur 7 Todesfälle während des chirurgischen Eingriffes zu verzeichnen waren. Der Status thymolymphaticus oder eine Luftembolie wurden niemals als Todesursache festgestellt. Als Hauptursache der postoperativen Sterblichkeit sind Lungenkomplikationen der verschiedensten Art (Bronchopneumonien, lobäre Pneumonien, Bronchitis) zu betrachten. Besonders gefährdet erscheinen Patienten nach Operationen im Oberbauch, da durch den Eingriff reflektorisch das Zwerchfell in seiner Beweglichkeit gehemmt wird und so dem Lungenkollaps und der Infektion Vorschub geleistet wird. Die Bedeutung des Narkosemittels wurde bisher überschätzt. Freilich ist bei schon vorhandener Bronchitis die Operation besser in örtlicher Betäubung auszuführen und durch Chinin-Urethan die reflektorische Hemmung des Zwerchfells nach Möglichkeit auszuschalten. Drains, dicht unterhalb der Leber, die die respiratorische Verschieblichkeit des Organs einengen, sind zu vermeiden. Sobald wie möglich nach der Operation ist mit der Atemgymnastik zu beginnen. Entgegen der allgemeinen Auffassung bildet die Lungenembolie nur selten die Ursache des plötzlichen postoperativen Todes. Gewöhnlich wird sie dort diagnostiziert, wo autoptisch nur ein plötzliches Versagen des Herzens erkennbar ist. Grade diese Fälle von akutem Herztod sind am tragischsten und so gut wie unvermeidbar. Gewiß spielen bei einem solchen Ereignis Chloroformschädigung, Resorption einer größeren Menge Toxine durch Operation im infizierten Gebiet sowie die postoperative Unterernährung eine Rolle. Doch selbst bei größter Vorsicht, bei Anstellung von Funktionsproben vor dem Eingriff und besonderer Vorsicht beim Aufstehenlassen sind Todesfälle nicht abzuwenden, zumal der Chirurg oft gezwungen ist, trotz geschädigter Kreislauforgane zu operieren. In der Chirurgie der Gallenwege sind am häufigsten Todesfälle durch Shockwirkung zu verzeichnen, wobei sicher eine Leberinsuffizienz im Spiel ist. Nach einer Operation wegen Cholelithiasis kann schon wenige Stunden später unter allmählichem Eintritt von Bewußtseinstrübung der Tod erfolgen, obwohl der Eingriff an sich leicht und schnell vonstatten ging. In anderen Fällen gehen die Kranken nach anfänglichem Wohlbefinden wenige Tage später unter dem Bilde des Vasomotorenkollapses zugrunde. Endlich sterben Gallensteinoperierte noch nach 5 Tagen unter komatösen Erscheinungen. Die Mortalität ist zu verringern durch das Bestreben, den Eingriff so selten wie möglich während des Fiebers oder während des akuten Anfalls (abgesehen vom ersten Tag) vorzunehmen, wo die Leber bereits toxisch geschädigt ist. Auch in diesem Gebiet der Chirurgie bietet die Intervalloperation am meisten Sicherheit. Wenn ein Eingriff notwendig ist, soll so wenig wie möglich gemacht werden (Drainage der Gallenblase ohne Lösung von Adhäsionen in Lokalanaesthesie). Bei ikterischen Patienten sind oft größere Eingriffe freilich nicht zu umgehen. Viel ist gewonnen, wenn es gelingt, dem Kranken über die ersten zwei Wochen ohne Eingriff hinwegzubringen, wobei die Leberfunktion ständig durch die Bromsulphathalein- und Lävuloseprobe sowie durch Gallenfarbstoffbestimmung im Serum zu überwachen ist.

Diagnose des Tubarabortes und der Tubenruptur: Das klassische Bild des Tubarabortes ist ziemlich selten, so daß Fehl- und Spätdiagnosen häufig sind und die Prognose wesentlich verschlechtern. Mit der Dauer der Blutung wächst die Erschöpfung der blutbildenden Organe und wird die Wiederherstellung einer ausreichenden Blutzufuhr erschwert. Zudem vermehrt der Eintritt von Blut in die Bauchhöhle die Wahrscheinlichkeit der Infektion vom Darm (Obstipation) oder von den Adnexen aus. In folgenden Punkten sind Abweichungen von der typischen Symptomatologie häufig. Genau so wie bei der intrauterinen Schwangerschaft können auch bei der Eileitergravidität in den ersten 2—3 Monaten anscheinend normale Menses sich zeigen, so daß die Anamnese hinsichtlich des Ausbleibens der Menses in Stich läßt. Trotz vorheriger völlig regelmäßiger Perioden kann es zu dem Zeitpunkt der erwarteten Menses zum Tubarabort oder der Tubenruptur kommen, so daß irrtümlich eine Dysmenorrhoe angenommen wird. Die von der ektopischen Schwangerschaft ausgehende Störung kann übersehen werden, wenn die Frau nährte und die nach der Amenorrhoe jetzt einsetzende Blutung als die erste besonders starke und langanhaltende Periode nach der Laktation gedeutet wird. Bei anderen Kranken hält eine anscheniend normale Periode Wochen an, wobei gelegentlich Unterleibsschmerzen und Schwächeanfälle sich einstellen. Bei Ausbleiben der Menses 1—2 Monate vorher wird ein Abortus imminens diagnostiziert, sofern nicht die genaue Untersuchung den Bluterguß im Becken nachweist.

Der erste Schmerzanfall ist gewöhnlich typisch. Der Schmerz wechselt in seiner Intensität vom akuten, vernichtenden Krampf bis zum leichten Schmerzgefühl, jedoch tritt er immer ganz plötzlich auf und ist von einem Schwächezustand begleitet. Bei Stillstand der Blutung und Ruhe verschwindet der Schmerz in 1—2 Stunden, ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal gegenüber der Appendizitis. Die Schmerzlokalisation wechselt (gewöhnlich regio iliaca, jedoch auch umbilical oder im Epigastrium, gelegentlich in die linke Schulter ausstrahlend). Die Hauptdruckempfindlichkeit ist stets in der Beckengegend gelegen. In etwa ⅓ der Fälle kommt es zur Ausstoßung der uterinen Dezidua (dunkelbrauner Ausfluß). Die Pulsfrequenz geht einigermaßen der Blutungsintensität parallel, sofern nicht der Puls durch Shockwirkung besonders verlangsamt ist. Die Temperaturmessung gibt keinen diagnostischen Anhalt. Auch der Blässe, die in Früh- und Spätfällen gleichmäßig vorhanden sein kann, kommt nicht die in den Lehrbüchern zugeschriebene Bedeutung zu. Von den lokalen Zeichen fehlen Bauchdeckenspannung und starke Druckschmerzhaftigkeit häufig gänzlich. Die Bauchfellreizung durch das ausgeströmte Blut klingt oft rasch ab, während sie bei entzündlichen Prozessen sich vermehrt und daher Muskelspannung, Druck- und Spontanschmerz immer größer werden. Ein fluktuierender Tumor im Becken findet sich — entgegen den Lehrbuchangaben — in den Frühfällen niemals. Einer Fluktuation ist nur bei einem gewissen Grad von Spannung möglich und diese kann erst dann zustande kommen, wenn durch den Reiz des Blutergusses Verklebungen der Därme sich gebildet haben, also erst nach mehreren Tagen. Viel häufiger als den fluktuierenden Tumor fühlt man nach etwa einer Woche eine unregelmäßig begrenzte teigige Masse. Wegweisend für die Frühdiagnose sind: akuter Beginn gewöhnlich während der Arbeit, Auftreten von Schwächegefühl, das Ausbleiben der Menses (falls vorhanden), die Blässe sowie der Nachweis einer gleichmäßig verteilten Druckempfindlichkeit am Scheidengewölbe.

Biberfeld.

Brain.

1926. Vol. XLIX, Part. 4.

Das hypophysäre Adamantinom. Verff. unterscheiden zwei Haupttypen, je nachdem der Ursprung in der oberen oder in der tieferen Schicht der Epithelanlage zu suchen ist. Bei der ersteren, dem häufigeren ist die Sella abgeflacht, der Processus clinoid. weitgehend zerstört, wodurch eine starke Erweiterung des Eingangs entstanden ist wie beim hydrozephalen Typ. Beim zweiten ist umgekehrt die Sella vertieft wie beim akromegalen Typ mit ebenfalls erweiterter Oeffnung und Auswärtsbringung des Processus clinoid. Die Vertiefung wird am besten gemessen an der Distanz zwischen dem Boden der Fossa und dem Boden des Sinus sphenoidalis, die beim Erwachsenen normalerweise 1 cm beträgt. Eine genaue histologische Diagnose auf klinischer Basis zur Erkenntnis der adamantinomatösen Natur des Tumors ist vorläufig noch nicht gesichert. Von 18 Fällen wurden 11 operiert, alle mit tödlichem Ausgang, im Gegensatz zu den günstigen Resultaten bei andern hypophysären und suprahypophysären Tumoren.

Vestibulare oder labyrinthäre Enzephalitis epidemica. Verf. hatte Gelegenheit, sechs Fälle von Encephalitis epidemica zu beobachten mit Beteiligung des Vestibularapparates und seiner Verbindungen. Es bestanden Gleichgewichtsstörungen, Spontan-Nystagmus, abnormer indizierter Nystagmus oder abnorme Babinski-Weill-Reaktionen. Das Vestibular-Syndrom kann sowohl im Beginn, während des akuten Verlaufes oder als Restzustand auftreten. Viele, wenn nicht alle okularen Symptome lassen sich aus der Beziehung zur Vestibularfunktion erklären. Der Weg des Virus führt vom Vasopharynx durch die Eustachische Röhre, Mittelohr, Akustikus zum Nucleus Vestibularis, zu dem eine beim Kaninchen experimentell bewiesene Affinität besitzt. Therapeutisch hat sich außer Ruhe, Ausspannung, Milieuwechsel, das Luminal als am wirksamsten erwiesen; auch systematisches Ausspritzen des Ohres hat oft die Augenbewegungen wieder zur Norm gebracht. Haber.

Journal des Praticiens.

Nr. 24. 11. 6. 1927.

Nr. 25. 18. 6. 1927.

Dementia praecox und Moral insanity. Wenn es überhaupt möglich ist, zwischen Dementia praecox und Moral insanity Beziehungen aufzudecken, so ist es darum, weil einerseits die Demenz eine Affektion darstellt mit Ueberwiegen von hypothymischen Störungen und andererseits die Moral insanity im wesentlichen beherrscht wird von Störungen der Gefühlssphäre. Die Demenz ist eine jugendliche, chronische und unheilbare Hypothymie, sie ist eine erworbene Krankheit, tritt sekundär nach starken Gemütserschütterungen auf, ist stationär, in der Entwicklung nicht fortschreitend. Die Moral insanity ist komplex, variabel, man muß hier dysthymische Individuen herauszufinden lernen, weil man solche als Schädlinge der Familie und der Gesellschaft zu isolieren meist gezwungen sein wird. Held.

Revue d'Orthopédie.

34. Jahrg. Januar 1927. Heft I.

Die Knochennaht bei Frakturen des kindlichen Vorderarms. In 2 von 13 beschriebenen Fällen hat der Verfasser die gebrochenen Vorderarmknochen mit Lambotteschen Plättchen genäht, ohne die Plättchen nachträglich zu entfernen, da sie sehr gut vertragen wurden. Er hält dies Verfahren für besser, als die gewöhnliche Fixierung und technisch nicht für sehr schwierig (Anmerkung des Referenten: Es dürfte doch möglich sein, in einer großen Mehrzahl unkomplizierter Vorderarmbrüche, auch bei Kindern, eine einwandfreie anatomische und funktionelle Heilung zu erzielen, wenn die Technik des fixierenden Verbandes dem praktischen Arzte in den Kliniken mit allen Einzelheiten und wiederholt so vorgeführt würde, daß er sie wirklich beherrschen lernt).

34. Jahrg. März 1927. Heft II.

Die immobilisierende Behandlung bei der Sprunggelenkstuberkulose. Bei Kindern bis zu fünf Jahren ergibt die Behandlungsweise etwa 75 % sehr gute Heilungen mit Erhaltung der normalen oder wenig begrenzten Beweglichkeit. Rezidive sind selten. Im späteren Alter ist die Erhaltung der guten Beweglichkeit nicht immer möglich. Trotz schwerer Veränderung der Gelenkform bleiben indessen Funktion und Ausdauer der Füße befriedigend.

Oeffnung des Schenkelhalswinkels im Falle schwerster Cora vara bei einem 14jährigen Mädchen. Scholder erhielt das wirklich schöne Ergebnis in 2 Sitzungen: 1. lineare, subtrochantere Osteotomie, Nagelung im rechten Winkel; 2. Entfernung des Nagels nach einigen Wochen und unblutige Spreizredression unter starkem Zuge. Debrunner, Zürich.

Bruxelles Médical.

Nr. 35. 26. Juni 1927.

Augenphlyktänen und Tuberkulose. Zwischen dem ersten und dem fünfzehnten Lebenjahr ist so gut wie jeder Mensch einer Tuberkuloseninfektion ausgesetzt; die weitaus größte Zahl der Menschheit erwirbt dadurch eine Tuberkuloseimmunität, die fürs ganze Leben vorhält. Bei allen Individuen mit Außenphlyktänen kann man folgende Feststellungen machen: Ausnahmslos besteht bei ihnen eine auch radiologisch nachweisbare Schwellung der Tracheobronchialdrüsen, zuweilen auch verkalkte Drüsen. Kinder mit Phlyktänen haben in 90% der Fälle einen positiven Pirquet, wobei Kinder unter 5 Jahren gemeint sind. In der Aszendenz der Phlyktänenträger findet sich oft Tuberkulose; sie selbst weisen oft keine andere tuberkulöse Affektion als die Phlyktänen auf. Nach Marfau gibt es nur wenige Entstehung von Phlyktänen wesentlich beteiligt ist. Kinder mit Phlyktänenträger, die zu Phthisikern werden. Ein direkter Nachweis von Tuberkelbazillen in den Phlyktänen gelangt nicht, doch ist klinisch und experimentell bewiesen, daß das Tuberkeltoxin an der Entstehung von Phlyktänen wesentlich beteiligt ist. Kinder mit Phlyktänen weisen an ihrer Haut eine außerordentliche Tuberkulinempfindlichkeit auf; als Teil des Teguments gilt auch die Konjunktiva, die die gleiche Hypersensibilität zeigt.

Ein Fall von Leo Bürgerscher Krankheit. Typischer Fall von Thrombo-Angeitis obliterans mit langsam fortschreitender Entwicklung. Zu den subjektiven Störungen im Beginn gesellen sich bald die für die Bürgersche Krankheit charakteristischen Symptome und Schädigungen: trophische Störungen, besonders im r. Fuß. Die medikamentöse, chirurgische und physiokotherapeutische Behandlung bleibt erfolglos; erst mit Hilfe von Organtherapie (Eierstockspräparat) gelingt die Heilung.

Nr. 36., 3. Juli 1927.

Neue Behandlung von Taubheit mittels diathermischer Bougierung. Eine der häufigsten Ursachen erworbener Taubheit ist die Stenose der Eustachischen Röhre. Für Fälle dieser Art empfiehlt Verf. eine Bougierung mit Hilfe von Diathermie. Unter 15 auf diese Weise behandelten Fälle erzielte er 13mal ausgesprochene Besserung.

Operierte und geheilte Bauchhöhlenschwangerschaft. Bei einer Laparotomie konstatiert man: linke Adnexe gesund, r. Tube ohne nachweisbare Schädigung, r. Ovar vergrößert und von abgeplatteter Form, Foet inmitten von Darmschlingen, Plazenta dem Douglas angeheftet. Abtragung der rechtsseitigen Adnexe und der Nachgeburt; Heilung. Held.

Rivista di Clinica Pediatrica.

25, Heft 6, Juni 1927.

Die sekretorische Funktion des Säuglingsmagens. Untersuchungen an 24 gesunden, davon 19 künstlich ernährten und sechs ernährungsgestörten Säuglingen. Untersucht wurde die Gesamtazidität, die freie Salzsäure, die wahre Azidität, gemessen an der Wasserstoffionenkonzentration, die proteolytische und die milchkoagulierende Fähigkeit des Magensaftes vor und während der Verdauung. Die Azidität des Magens ist auch während der Verdauung zu gering zur peptischen Kaseinverdauung; trotzdem ist eine proteolytische Funktion des Magensaftes nachzuweisen, die nicht in direktem Zusammenhange mit der Wasserstoffionenkonzentration sein dürfte. Bei habituellem Erbrechen durch Pylorospasmus ist gegenüber den normalen Säuglingen eine Hyperacidität zu konstatieren, dagegen bei Erbrechen durch Ueberfütterung eine Hyperazidität und eine verringerte proteolytische Funktion. Dyspepsie und Atrophie bedingen keine Veränderung in der sekretorischen Funktion des Magens.

Beiträge zur Kenntnis des symmetrischen Hauptgangräns im Kindesalter. Beschreibung eines Falles im Alter von 15 Monaten. Das Mädchen erkrankte ziemlich unvermittelt an Hautgangrän. An beiden Glutealgegenden sowie an der Beugeseite beider Unterschenkel konnten blauschwarze nekrotische Hautflecke von etwa 10—12 cm im größten Durchmesser beobachtet werden, die bald abgestoßen wurden und binnen vier Wochen mit Narbenbildung ausheilten. Tuberkulose und Lues konnten bei dem im guten Ernährungszustande befindlichen Kinde, das auch sonst keine Krankheitszeichen bot, ausgeschlossen werden. Nach kritischer Besprechung der Literatur über die Aetiologie dieses seltenen Leidens kommt Autor zum Resultat, daß zur Genese des beobachteten Falles wohl eine konstitutionelle Disposition (Labilität) des Gefäßnervenapparates, das auf eine toxisch-infektiöse Schädigung des vasomotorischen oder trophischen Zentrums durch eine Reaktion in homologen Kapillargebieten reagieren dürfte, in Betracht zu ziehen ist. —

Vorschläge zu einer neuen medikamentösen Behandlung des pleuritischen Diplokokkenempyems im Kindesalter. Ausgehend von der Beobachtung, daß eine kleine Menge einer 5%igen Natriumtaurocholatlösung in Bouillonkulturen von Pneumokokken eine vollständige Bakteriolyse hervorruft, hat Autor versucht, durch intrathorakale Injektion einer Natriumtaurocholatlösung des Empyem zur Ausheilung zu bringen. Versuche in vitro ergaben, daß die Bakteriolyse in Pneumokokkeneiter bei einer Konzentration von 0,25% obiger Lösung beginnt und bei 1,25% bereits komplett ist. Zuerst wird mittels Probepunktion und nachfolgender mikroskopischer Untersuchung des Eiters die Diagnose gesichert, dann der Eiter durch Aspiration entfernt, nachdem der Thoraxraum vier- bis fünfmal mit lauwarmer steriler physiologischer Kochsalzlösung ausgewaschen, bis die Spülflüssigkeit klar abläuft, schließlich beim Säugling 1 g, beim 2—3 Jahre alten Kind 2 g taurocholsaures Natrium in 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung (vor Gebrauch jedesmal frisch anzufertigen und im Wasserbad zu sterilisieren) injiziert. — Zur Entfernung des Eiters und gleichzeitiger Auswaschung des Brustraumes wird ein einfach aber zweckmäßig konstruierter Apparat angegeben. Diese Behandlungsmethode macht jede Rippenresektion und Heberdrainage überflüssig und ist vollkommen gefahrlos. Die Waschungen und Injektionen wiederholt man solange, bis der Eiter verschwindet, bzw. die Temperatur auf die Norm fällt. An einer Reihe von Krankengeschichten, Fieberkurven und Röntgenbildern wird der Erfolg dieser Behandlungsweise, die Autor auch auf andere Pneumokokkenerkrankungen (Arthritis, Meningitis usw.) verwendet haben will, bewiesen. Eugen Stransky, Wien.

La Pediatria.

35., Heft 13, 1. Juli 1927.

Amöbendysenterie im Kindesalter. Dreißig Beobachtungen aus Palermo und Umgebung beweisen, daß die Amöbendysenterie in Sizilien endemisch ist. Neunzehn Kinder unter dreißig waren jünger als zwei Jahre (das jüngste 6 Monate alt). In einundzwanzig Fällen beginnt die Krankheit mit einem schweren blutig-eitrigen Durchfall und mäßigem Fieber und führt zu einem akuten Gewichtsverlust namentlich bei Säuglingen. In neun Fällen verläuft die Krankheit chronisch mit wenigen Stühlen täglich, die mitunter blutig sind. Wenn auch diese Fälle subfebril oder ohne Fieber verlaufen, führen sie zu schwerer Abmagerung. Die Diagnose ist nur durch mikroskopischen Nachweis der Erreger im Stuhl möglich, die aber oft nur bei wiederholter Untersuchung möglich ist. Die Resultate der Emetintherapie sind sehr gut. Je früher die Kinder einer Emetininjektionskur unterzogen werden, desto sicherer der Erfolg; deswegen ist eine rechtzeitige Diagnose unbedingt notwendig.

Enuresis nocturna der Kinder. Uebersicht eines Materials von 270 Enuretikern beider Geschlechter, darunter 55,5% Knaben und 44,5% Mädchen. Die Zahl der in Behandlung kommenden Fälle ist im Winter unvergleichlich höher als im Sommer. In der Aszendenz wird in 7,4% Alkoholismus und in 12,5% nervöse Belastung beobachtet. Autor findet in 30% seiner Fälle adenoide Vegetationen, denen er einen Zusammenhang mit der Enuresis zuschreibt. In 18,8 % der Fälle ist eine Infektionskrankheit die auslösende Ursache der Enuresis; in 10,4 % der Fälle wird eine begleitende Tuberkulose notiert. In 5,5 % ist eine Hypertrophie der Schilddrüse zu verzeichnen. Somit dürfte die Enuresis die verschiedensten Ursachen haben. Bezüglich der Therapie bringt die Arbeit nichts Neues.

Angeborenes doppelseitiges Fehlen der Musculi abli qui abdominis. 2½ Monate alter hypertrophischer Knabe mit in beiden Flanken enorm aufgetriebenem Bauch. Man fühlt an beiden Bauchseiten keinen muskulären Widerstand, sondern rechts das maximal erweiterte Coecum, sowie Colon aszendens, wie auch die Leber, links das Colon descendens und Dünndarmschlingen. Die Röntgenuntersuchung ergibt ein gleichzeitiges Vorhandensein einer Hirschsprungschen Krankheit.

Spastisches Syndrom bei der Diphtherieinfektion; ein Fall von transitorischer, spastischer Hemiparese zerebralen Ursprungs, verbunden mit Aphasie und Hemichorea. Ein vier Jahre altes Mädchen erkrankt im Anschluß an eine Rachendiphtherie, nach etwa 18 Tagen an einer rechtsseitigen Hemichorea, Hypertonie und gesteigerten Sehnenreflexen der linken Seite und Aphasie. Der Liquor zeigt dabei keine pathologischen Veränderungen. Auf Injektion von großen Diphtherieserumdosen kann das Kind sich nach 20 Tagen bewegen, die choreiformen Bewegungen gehen zurück und die Sprache kehrt langsam zurück; nach einem Monat ist in jeder Beziehung vollständige Heilung eingetreten. Der Fall sowie einige andere der Literatur beweisen, daß das Diphtheriegift nicht nur peripher lähmt, sondern mitunter auch höhere Koordinationszentren und Rindenfelder angreifen kann. Eugen Stransky, Wien.

The Journal of the American Medical Association.

88. Nr. 24, 11. Juni 1927.

Vergleich von 26 000 Kahnproben mit der WaR. Von den etwa 26 000 Blutsera war eine Uebereinstimmung der Resultate von Kahnproben und WaR in 97,8% festzustellen. Die Krankengeschichten von 200 Fällen, in denen die beiden Reaktionen von einander abwichen, bewiesen, daß die Kahnprobe in behandelten Fällen empfindlicher ist als die WaR. Die großen Vorteile bestehen in Arbeitszeit- und Kostenersparnis (die Kahnprobe ist in einer Stunde, die WaR in 18 Stunden ablesbar; Verf. berechnet die Kostenersparnis c Laboratoriums für Tiere auf etwa 600 M. monatlich). Die Kahnprobe ist ferner einfacher und daher geringeren Fehlerquellen ausgesetzt und gibt noch Resultate bei Blutproben, die antikomplementär der WaR sind.

Radium in der Behandlung von Blutungen, die in der Menopause [o]ne nachweisbare Erkrankungen auftreten. Von 144 mit Radium [b]ehandelten Frauen, deren Schicksale sich weiter verfolgen ließen, [u]nd 137 seit 1—13 Jahren nach der Behandlung am Leben und ge[su]nd. Mit einer einzigen Behandlung kann man die Blutungen zum [v]ollständigen Stillstand bringen und den allgemeinen Gesundheits[zu]stand der Frauen heben. Die lokalen und allgemeinen Symptome [da]uern gewöhnlich kürzer und sind weniger ausgesprochen als die[se]r unbehandelten Menopause. Verf. wendet sich entschieden gegen [...]schners Behauptungen, daß alle Blutungen der Menopause durch [in]nere Behandlung und Kürettement zu heilen sind, und daß die [R]adiumbehandlung Hypertoxie, Arteriosklerose, Arthritis, Nerven[kr]ankheiten, Psychosen oder Apoplexie verursachen kann. Radon, [in] zwei je 1 mm dicken Messingkapseln eingeschlossen, wird mit der [U]terussonde eingeführt, der Applikator mit Heftpflaster an einem [z]wischen den Beinen liegenden Sandsack befestigt. Drei Kapseln [ge]nügen meistens. 1000—1200 mc Stunden. Aeußere Behandlung [ü]ber beiden Ovariengegenden (7 cm Hautdistanz, 2 mm Messing + [1] mm Blei, beiderseits 6—8 g Stunden). Die innere Behandlung ist [de]r äußeren vorzuziehen. Der Behandlung muß eine sorgfältige [U]ntersuchung in Narkose mit Kürettement und histologischer Unter[su]chung vorausgehen. In allen schweren Menopause-Blutungen gut[ar]tiger Natur ist Radiumbestrahlung die Behandlung der Wahl.

Epilepsie bei Kindern. Die Krankheit ist unter die erblich-fami[li]ären Degenerationskrankheiten einzureihen. 54% unter 500 Fällen [w]iesen in der Familiengeschichte Migräne, nervöse Unstätigkeit, [E]pilepsie, Geisteskrankheit, Syphilis, Alkoholismus auf. Die Krank[h]eit beginnt selten in den ersten Lebensjahren, meistens vor dem [1]0., in der Hälfte der Fälle vor dem 15. Lebensjahr. Bei spasmo[p]hilen Kindern entwickelt sich Epilepsie selten. Allmähliche Zu[n]ahme in Schwere und Häufigkeit der Anfälle mit steigender gei[s]tiger Degeneration ist die Regel. Die Hälfte der Fälle beginnt mit [d]em petit mal. Zu der erblichen Anlage treten andere unmittelbare [U]rsachen, in der Hauptsache eine Stoffwechselstörung (Neigung zur [A]lkalose). Folgeerscheinungen der Enzephalitis, Geburtstraumen des [G]ehirns, Gehirntumorn, Spasmophilie können Epilepsie vortäuschen. [D]ie körperliche Untersuchung einschließlich der Röntgen- und der [A]ugenuntersuchung ergibt keine wesentlichen Anomalien. Nur fand [V]erf. oft einen schmalen, hochgewölbten Gaumen und starken [R]achenreflex. Vor und während der Anfälle Vagus-Sympathikus[s]törungen (Pupillenerweiterung, erhöhter Puls und Unregelmäßig[k]eiten im Magen-Darmrythmus in Form von Stase). Die Behandlung [b]esteht in Diät, Luminal und seinen Salzen und Psychotherapie. [D]as zeitweise Aufhören der Anfälle bei Wechsel der Umgebung ist [e]in Beweis für den psychischen Einfluß. Die wirksamste Behandlung [is]t eine Hungerdiät. Während des Fastens und zugleich mit einer [B]esserung der Epilepsie kommt es zu vermehrter Ausscheidung der [K]etonkörper in Blut, Alveolarluft und Urin, zu vermehrter Bluthar[n]säure, einem leichten Fall der Blut pH aus — jedoch nicht konstant [—] zu einem Fall des Blutzuckers. Bei fünf Epileptikern fiel während [e]iner 14tägigen Hungerdiät der Blutzucker nicht unter 78 mg N, Ca, [P] und Chloride zeigen wenig Veränderung, das CO_2-Bindungsver[m]ögen des Plasma bleibt an den untersten Grenzen der Norm. Die [W]ildersche ketogene Diät zeitigt gute Erfolge. Ihr muß eine Hunger[d]iät von wenigstens einer Woche oder mehr vorangehen, bis die [A]nfälle aufhören. (In Bettruhe Wasser, Bouillon, Kleie-Cakes, 200 bis [2]50 g Orangensaft). Die ketogene Diät sollte nicht 1800—2000 Kalo[r]ien überschreiten. Kinder unter fünf Jahren bekommen täglich 20 g [K]ohlehydrate, 1 g Eiweiß pro Kilo Gewicht und den Rest in Fetten, [K]inder über fünf Jahren 15—20 g Kohlehydrate, ⅔ g Eiweiß und im [ü]brigen Fette; dazu Vitamine, Mineralsalze und Wasser. Uebel[k]eit und Erbrechen sind durch Orangensaft schnell zu unterdrücken. [B]ei andauernden Krämpfen Verminderung der Kohlehydrate bis auf [1]0 g und Erhöhung der Fette bis zur Grenze der Toleranz. Wenn [b]ei dreimonatiger Fortsetzung der Diät die Anfälle ausbleiben, all[m]onatliche Steigerung der Kohlehydrate um 10 g bis zu 50 g, dann [e]rst Herabsetzung der Fette um 15 bis 20 g. In dem nächsten Halb[j]ahr monatlich abwechselnd eine Zulage von 10 g Kohlehydrate und [5] g Eiweiß und entsprechende Ermäßigung der Fettmenge alle 3 bis [4] Monate. Hohe Fettdiäten erzeugen bei epileptischen Kindern fast [i]mmer Verstopfung (daher Paraffin- und Agarpräparate). Azeton er[s]cheint im Atem 2 bis 3 Tage, in Blut und Urin 3 bis 4 Tage nach [B]eginn der Diät, Vermehrung um das zwei- bis vierzigfache. Außer [d]er Ketose scheint auch Azidose nötig zu sein, um eine gute Wir[ku]ng zu erhalten. Die Endprodukte der Proteine, Aminosäuren u. a. [s]cheinen schädlich zu wirken. Kinder über 5 Jahre können bei ⅔ g [E]iweiß pro Kilo eine positive N-Bilanz behalten und sich normal ent[w]ickeln. Gute Resultate der Diät sind nur möglich bei verständnis[v]oller und williger Mitarbeit der Eltern. Auszuschließen von der [D]iät sind alle Kinder mit organischen Erkrankungen und mit geistiger [D]egeneration.

Läßt normales Nierengewebe Tuberkelbazillen passieren? [1]03 Meerschweinchen wurden mit dem Urinsediment männlicher Tuberkulosekranker im vorgeschrittenen Stadium der Krankheit intraperitoneal injiziert und zwar wurde nur Urin benutzt, der sich bei genauester chemischer und mikroskopischer Untersuchung als gesund erwies. Nicht ein einziges der Tiere zeigte eine Spur von Tuberkulose. Die Versuche sprechen dafür, daß die Tuberkelbazillen normales Nierengewebe nicht passieren können, und Tuberkelbazillenbefunde im Harn eine tuberkulöse Erkrankung der Harn- oder Geschlechtswege voraussetzen.

Niederer Blutdruck. Bericht über eine Familie von 3 Brüdern, 2 Schwestern und einem Sohn und Neffen, die alle bei einer ausgezeichneten Gesundheit, kräftigem Körperbau und sehr tätigem Leben einen ungewöhnlich niedrigen Blutdruck hatten (die höchsten Werte bei häufigen Untersuchungen innerhalb von 2 Jahren betrugen zwischen 96 bis 102, bzw. 67 bis 72). Bei einem Familienmitglied bestand starke Fettleibigkeit. Essentielle Hypotension scheint ebenso wie Hypertension erblich zu sein und ist von geringer oder gar keiner klinischen Bedeutung.

Die Diagnose menschlicher Darmprotozoen durch das Sigmoidoskop. Verf. wies bei 253 Personen die große Ueberlegenheit von Untersuchungen des mit dem Sigmoidoskop entnommenen Inhalts gegenüber der gewöhnlichen Methode der Fäkalienuntersuchung nach. Bei Personen, die mindestens 6 Tage zuvor kein Bariumsulfat bekommen hatten, ein Vorkommen der Protozoen von 13,7% in den Fäzes gegenüber 46,3% im Inhalt des Sigmoids, bei Personen, die innerhalb dieser Zeit Bariumsulfat bekommen hatten, betrug das Verhältnis 8,7 : 20,9%, in beiden Gruppen zusammen 10,5 : 31,9%. Mit Ausnahme von Trichomonas wurden die Protozoen 2½- bis 3½mal so häufig im Inhalt des Sigmoids als in den Fäzes gefunden, ihr Vorkommen war etwa zweimal so hoch bei Personen, die kein Barium innerhalb der vorangegangenen 6 Tage bekommen hatten. Die Flagellaten-Kultur in dem Serum-Kochsalz-Zitrat-Nährboden war eine sehr nützliche Ergänzung der Ausstrichuntersuchung für den Nachweis von Trichomonas und Chilomastix.

Eine unschädliche Flüssigkeit zur Spülung von Schleimhäuten. Die Spülungen bei akuten oder chronischen Entzündungen der Nebennasenhöhlen bzw. nach Operation derselben sind von vielen Aerzten wegen ihrer nachteiligen Folgen verlassen. Nach Untersuchungen der Verff. beruhen diese Folgen auf einer falschen Zusammensetzung der Spülflüssigkeiten (gesättigte Borlösung oder physiologische NaCl-Lösung), die die Entwicklung eines Oedems der irrigierten Schleimhäute nur begünstigen, besonders nach übermäßigem Gebrauch von Epinephrin oder Kokain, die nach kurzdauernder Gefäßverengerung zu langdauernder Gefäßerweiterung führen. Oedem erhöht aber die Empfänglichkeit für Infektion. Normale Zellen des Menschen verlangen zur Verhinderung von Schwellung einen 0,85% Gehalt an NaCl im Wasser, geschädigte Zellen verlangen einen höheren NaCl-Gehalt. Eine Mischung verschiedener Salze hat sich in den Ringer- oder Lockeschen Lösungen für Gewebe von Amphibien als sehr vorteilhaft gezeigt, für das menschliche Gewebe ist ihre Konzentration zu niedrig. Verff. fanden die Mischung von 10,5 Natrium-, 0,84 Kalzium-, 0,42 Kaliumchlorid in 1000 Teilen Wasser am vorteilhaftesten. Pulvermischungen sind nicht haltbar. Sie empfehlen die Bereitung einer konzentrierten Lösung: NaCl 263,7 g, trockenes Kalziumchlorid 21 g, Kaliumchlorid 10,6 g, Aq. dest. ad 1000. Zum Gebrauch nimmt man als Minimum 20 ccm auf 500 ccm Wasser. Die Lösung läßt sich ohne Nachteil sterilisieren. Rontal.

Medical Journal and Record.

Nr. 10 vom 18. Mai 1927.

Diathermie der Mandeln. Der Hauptvorwurf, der der Tonsillektomie gemacht wird, ist das gar nicht so seltene Auftreten von Pneumonie und Lungenabszeß, oft erst 2 bis 3 Wochen nach dem Eingriff, von Hämorrhagien, Schock usw., namentlich wenn außer bei Kindern ein allgemeines Anästhetikum angewandt wird. Außerdem darf die Tonsillektomie nicht angewandt werden bei Hämophilie, Tuberkulose, Nephritis, Herzfehlern, akuter Syphilis etc. Unter Anwendung von Kokain wird eine Mandel in 2 bis 3 Sitzungen in 8 Tagen Zwischenraum behandelt. Mißerfolge sind eigentlich keine zu verzeichnen. Gerade bei Kindern werden viel zu viel Mandeln entfernt, ohne jede Rücksicht auf die Funktion der Mandel: sie stehen mit inneren Drüsen in Verbindung. Die Entfernung, um das Gehör zu bessern, ist zwecklos und nach des Pathologen Warthin Ansicht sind 60% der entfernten Mandeln normal.

Taubheit. Der Praktiker muß mit den verschiedenen Formen der Taubheit und dem Gebrauch der Stimmgabel vertrauter sein. Das Labyrinth ist ein intrakranielles Organ: durch die Kochlea und durch das Vestibulum steht es mit dem Subarachnoidalraum in Verbindung. Gang der Tonwellen: Trommelfell — Gehörknöchelchen — ovales Fenster — Haarzellen — Akustikus — Boden des 4. Ventrikels und die anderen Zentren. Der Federmechanismus Trommelfell — Gehörknöchelchen — ovales Fenster reguliert die Tonwellen; Störungen durch Adhäsionen infolge chronisch progressiven Katarrhs beeinträchtigt den Hörmechanismus. Bei Betrachtung der Taubheit durch Mittelohrerkrankung kommt außer diesem Katarrh noch die Otosklerose und die suppurative Erkrankung des Mittelohrs in Betracht, jedoch ist in den beiden ersten Zuständen, die den Steigbügel fixieren, die Taubheit progressiv im Gegensatz zur chronischen Ohreiterung, wo sie stationär ist. Bei der Otosklerose spielt die Heredität eine Rolle. Das normale Verhältnis ist dies, daß nach Abklingen der Knochenleitung auf dem Warzenfortsatz die Luftleitung vor dem Ohr noch funktioniert. Bei Mittelohrtaubheit hört Patient die tönende Stimmgabel über dem Warzenfortsatz noch, wenn er sie am Ohr nicht mehr hört; bei intrakranieller Taubheit wird er durch den Knochen noch weniger hören, als am Ohr. Bei Mittelohrtaubheit ist die Knochenleitung vermehrt, die Stimmgabel wird also über dem Warzenfortsatz länger gehört als vom Normalen. Obstruktion des Gehörkanals ergibt dieselbe Reaktion wie Mittelohrtaubheit. Die allgemeine Stimmgabelformel zur Unterscheidung zwischen Kanal-, Mittelohrtaubheit einerseits und Taubheit vom inneren Ohr, Akustikus und Gehirn aus lautet: bei extrakranieller Taubheit wird die Stimmgabel durch den Knochen besser gehört als am äußeren Ohr; bei intrakranieller Taubheit wird die Stimmgabel am Ohr besser gehört. Klinische Möglichkeiten, bei denen der Ohrmechanismus als Ursache oder Wirkung in Frage kommt und wobei Taubheit ein Symptom ist: Beim inneren Ohr: kongenitale Entwicklungsstörung, kongenitale Syphilis, Hämorrhagie ins Labyrinth (Meniere, Leukämie), toxische Degeneration des Cortischen Endorgans (konstitutionell, Gifte, Arzneimittel), durch Beruf (Artillerie, Kesselschmiede), Fraktur des Felsenbeins, akute purulente Labyrintitis. Akustikus: kongenitale Entwicklungsstörung, kongenitale und erworbene Syphilis, toxische Degeneration, Gehirntumoren. Gehirn: vermehrter intrakranieller Druck, Meningitis, Tumoren, Gumma des Temporallappens, zerebrospinale Syphilis, Hydrozephalus. Im allgemeinen ist der Akustikus für Toxine exogener und endogener Natur der empfindlichste Gehirnnerv. Bei Nephritis und Diabetes wird man immer eine leichte Gehörstörung feststellen. Oft treten sie nicht so sehr in Erscheinung, namentlich wenn Tinnitus fehlt. Akute purulente Entzündung des Labyrinths geht immer auf das Vestibulum und die Halbkreiskanäle über und zerstört das Endorgan des Vestibularnervs. Dasselbe gilt für plötzliche Hämorrhagie ins Labyrinth, Meniere; leukämische Hämorrhagie ist eine der Ursachen für Meniere. Zu Beginn Nystagmus und Vertigo. Meniere gleicht der Apoplexie, aber nach Rückkehr des Bewußtseins keine Lähmung, sondern dauernde tiefe Taubheit. Das Meniere-Syndrom ist der Ausdruck für Schwindel- und Nystagmusanfälle bei chronischen Erkrankungen des Mittelohrs ohne Infektion des inneren Ohrs. Labyrinitis ist entweder Folge einer Ohrkrankheit oder Komplikation einer Meningitis. Die Hauptursache der erworbenen bilateralen totalen Taubheit ist die epidemische Zerebrospinalmeningitis, und zwar tritt sie oft früher auf, als das Kind sprechen kann. Also nach jedem Falle Beobachtung darauf. Syphilis des Labybinths und des Akustikus ist die Ursache vieler Fälle von schwerer dauernder Taubheit. Bei kongenitaler Syphilis haben über 20% Gehörstörungen. Die erworbene Akustikussyphilis tritt nach dem zweiten Stadium auf. Typisch für Labyrinthsyphilis ist das plötzliche Einsetzen mit Schwindel, Tinnitus, schwerer gewöhnlich beiderseitiger Taubheit. Zerebrale Ursachen, die häufigste Ursache der Taubheit, sind hier Tumoren. Und zwar durch Druck oder Veränderung des Akustikus an der Gehirnbasis oder durch intrakraniellen Druck. Meist im Winkel zwischen Brücke und Zerebellum. Die Symptome basieren auf der allmählichen Zerstörung des Akustikus und Vestibularis. Progressive Taubheit ist das erste Symptom, im Beginn Ohrgeräusche, die aber verschwinden mit dem Gehör. Schwindel und Nystagmus ist immer etwas vorhanden. Diagnose durch die Symptome von Seiten der anderen Nerven: Parästhesien im Gebiete des V., Lähmung des Fazialis und Abduzens. Taubheit kommt endlich in Betracht bei Tabes, Enzephalitis, Embolie, Gumma und Tuberkulose des Temporosphenoidallappens.

Rückenschmerzen. Recht häufig in allen Formen, oft mit Kopfschmerzen verbunden bei akuten Krankheiten, Pocken und Influenza. In allen Altern bei Wirbelerkrankungen, wobei Ueberanstrengung, Trauma und Infektion prädisponierend in Frage kommt. Behandlung nur erfolgreich bei genauer Diagnose, am besten Ruhe, in einer Stellung, die frei von Schmerzen ist. Auch bei Krankheitsprozessen im Bauch und Brustkorb, wie Pneumonie, Karditis, Aortitis, Hepatitis, Gastritis, Nephritis, Kolitis etc., Beckenprozessen. Bei Pneumonie hoch oben, brennend, bohrend, stechend, zwischen den Schultern, nach vorn ausstrahlend. Oft pleurale Schmerzen bei jedem Atemzug, so daß man an eine Neuralgie denkt. Häufig bei Herzfehlern und eine der ersten Erscheinungen bei myokardialer Insuffizienz; gewöhnlich in der linken Skapularregion, bei Anstrengung ausgesprochen mit Schmerzen im Hals, in Schulter und linkem Arm und in der Präkordialregion (Anginatyp). Bei Gallensteinen oft in der Schulter und im Rücken rechts, besonders wenn sie durchtreten und oft für Rheumatismus gehalten. Auch bei Magengeschwüren, Mukokolitis und Divertikel. Ferner bei Nierensteinen, Appendizitis, Pyelitis, Hydronephrose und perinephritischem Abszeß. Oft bei Erkrankungen der Füße und schlechtem Schuhwerk, und dies verursacht dann einerseits wieder Störungen im Sakroiliakalgelenk, was u. U. lange dauern kann. Dann ist noch die Railwayspine zu erwähnen nach Unfällen.

Nr. 11 vom 1. Juni 1927.

Chronische Appendizitis. Ein chronisch erkrankter Appendix kann die verschiedensten Symptome machen; u. a. Schmerzen nach dem Essen, Hungerschmerzen, wie bei einem Ulkus. Diese oberen Abdominalsymptome kommen von einem Reflexpylorospasmus, der zu Hyperchlorhydrie führen kann. In einem Falle klagte eine 28jährige Frau seit 2 Jahren über ein Gefühl einer Masse im Epigastrium, vor den Mahlzeiten, besonders vor dem Frühstück, was durch Nahrungsaufnahme gebessert wurde. Verstopfung. Remissionen, die etwa eine Woche dauerten. Ausstrahlende Schmerzen nach dem Rücken und dem rechten Kostalrand. Röntgen: Duodenalveränderung. Operation: verdickter Appendix, Fäkolith. Letzteren findet man bei solchen Erscheinungen im oberen Abdomen häufig. Intestinale Toxämie und chronische Appendizitis kann zusammen vorkommen, aber erstere allein stützt die Diagnose nicht. Die Symptome der chronischen Appendizitis gleichen denen des beweglichen Kökum und der Ptosis. Aber auch den Fällen, die durch Appendektomie nicht gebessert werden: ausgesprochene Konstipation, Gasbeschwerden, Appetitverlust, Kolikschmerzen im rechten unteren Quadranten. Ein erkrankter Appendix kann Enterospasmus und umgekehrte Peristaltik verursachen mit folgender Konstipation und Toxämie.

Wenn man die Fälle betrachtet, die durch Appendektomie nicht gebessert werden, so hat man folgende Gruppen, die in einander übergehen oder gleichzeitig vorkommen können: 1. Konstitutionelle Gruppe (Anämie, Bright, Gicht). 2. Konstipation (Autotoxämie, kökale Stase). 3. Ptosis, häufig, oft in Verbindung mit 2, mit beweglichem Kökum, Adhäsionen. 4. Die Thoraxgruppe, leichte Lungentuberkulosen, die Abdominalerscheinungen machen; meist wußte der Chirurg nicht, daß die Patienten tuberkulös waren. 5. Die nervöse Gruppe, Neurasthenie, die nicht durch die Appendizitis bedingt war, andere nervöse Erkrankungen einschließlich Tabes und anderen Rückenmarkserkrankungen. 6. Die Gruppe der falschen Diagnosen. Hierher gehören erstens die Gallenblasenerkrankungen, die oft übersehen werden; dann übersehene peptische Ulzera; nicht jedes Duodenalulkus ist sicht- und fühlbar. Dann chirurgisch nicht angängige Prozesse, chronische Pankreatitis, Lebererkrankungen, Nierensteine, Arteriosklerose, Bleivergiftung, Migräne, Hernien und chronische Kolitis sind die wesentlichsten. 7. Die orthopädische Gruppe, Erkrankungen der Hüfte und der Wirbelsäule. Dann ist noch Stase im Ileum zu erwähnen. Sie ist meist verbunden mit Konstipation, besonders im proximalen Kolon. Die Symptome sind sehr vage. Jedenfalls ist die Empfindlichkeit der rechten Iliakalgegend bei der akuten Appendizitis von großer Bedeutung, weniger bei der chronischen und bei ausgesprochenen Neurasthenikern und Ptotikern oder bei Konstipierten.

Das Bild der chronischen Appendizitis bietet nichts Pathognomonisches, kurze schwere Anfälle von Indigestion, die länger jedoch dauern als Gallenstein- oder Ulkusanfälle, Patient geht gerne ins Bett, neigt zu Erbrechen unverdauter Nahrung und schiebt seine Indigestion auf die Nahrung. Schlechter Appetit. Aber es gibt hiervon viele Ausnahmen. Hauptfrage: liegt eine chronische Indigestion vor, ohne zeitweise akute Anfälle vom Appendix aus. Neuerdings nimmt man auch an, daß viele Mißerfolge der Appendektomie darauf beruhen, daß Infektionsherde in der Darmwandung oder in der Leber zurückbleiben.

Nr. 12 vom 15. Juni 1927.

Lipämia retinalis diabetica. Julius Ferber, I. Apperman.
Synthalin bei Diabetes mellitus. Max Einhorn, Henry A. Rafsky.
Diabetes bei Kindern. A. A. Levy.
Blut und Urin bei Stoffwechselstörungen. Boucher.

Theorie der Ursachen des Krebses. Krebs ist Folge einer Zellreproduktion, begünstigt durch Zunahme einwertiger Elemente, wie Natrium und Kalium gegenüber den zweiwertigen Elementen Kalzium und Magnesium, und diese spezifische Alkalinität und Ionenverbindung — im Alter findet sich stets eine Deviation des Gleichgewichts nach der alkalischen Seite hin — vermehrt die Permeabilität der Zellmembran und begünstigt damit die Zellteilung. Bestrahlung hilft also dagegen insofern, als sie die Hydrogenionenkonzentration des Blutserums vermehrt und die Ionisation der zweiwertigen Elemente anregt. Weitere Untersuchungen sind noch nötig. Man kann aber, wenn diese Theorie stimmt, die Empfänglichkeit für Krebs dadurch bestimmen, ebenso die Wirkung und Dosierung der Röntgen- und Radiumbestrahlung kontrollieren durch Blutuntersuchungen.

Gallentrakterkrankungen trifft man häufig bei Fetten mit Toxämie, Shatis und Infektion und Bezeichnungen wie torpide Leber, gestörter Pfortaderkreislauf sind eigentlich nur Synonyme für Cholezystitis, Cholangitis und Pericholangitis. Häufig ist Stasis im Caput coli, Appendix und in der Gallenblase; diese Infektionsherde führen zu Dysfunktion und Erkrankung des ganzen Traktes. Chronische Cholezystitis kann jahrelang bestehen, ohne Zeichen zu machen, wie Typhusträger beweisen. Am häufigsten sind infizierte Zähne und Mandeln und chronische Appendizitis dafür verantwortlich zu machen, mehr jedenfalls als spezifische Infektionen. Exicol, eine Mischung von Oelsäure, Natriumtaurocholat und Natriumglycocholat vermehrt die Entleerung der Galle und gleichzeitig reflektorisch der Pankreassekretion. v. Schnizer.

The Journal of experimental Medicine.

Vol. 55, Nr. 6. 1. Juni 1927.

Bakterienenzyme. IV. Maltose und Lipose des Bac. botuliens. V. Korbohychosen und Lipose des Welch-Bacillus. James M. Neill und William L. Fleming.
Varizellen bei Affen. Zelleinschlüsse, hervorgerufen durch das Varizellenvirus in den Testikeln von Affen. Thomas M. Rivers.
Physikalische, chemische und biologische Studien über das Virus der Stomatitis vesiculosa von Pferden. Vergleich mit dem Virus der Maul- und Klauenseuche. Peter K. Olitsky.
Einfluß der Ovariektomie auf das spontane Vorkommen von Mammakarzinomen bei Mäusen. Carl F. Cori.
Weitere Beobachtungen über das Wachstum hämophiler Bazillen. Francis C. A. Valentine und Thomas M. Rivers.
Einfache Methode für die Isolierung von Reinkulturen einzelner Bakterienzellen. Roy C. Avery und Stanley I. Leland.
Anlegung von Kulturen von Linsenepithelien in vitro. D. B. Kirby.
Wirkung des Sympathikus auf den Reizablauf beim Säugetierherzen. C. E. Andrus und Louis E. Martin.
Eliminierung des Tuberkelbazillus aus dem Stuhl, der Galle und dem Urin von infizierten Meerschweinchen. David Perla.
Ein Bakteriophage, gewonnen von der gemeinen Hausfliege (Musca domestica). Richard E. Shope.
Einfluß von Säureradikalen auf die serologische Spezifität von Azoproteinen. K. Landsteiner und James van der Scheer.
Entwicklung von Agglutininen und Schutzantikörpern bei Kaninchen nach Inhalation von Pneumokokken. Ernest G. Stillmann.
Reaktion auf Atembehinderung. Ein Vergleich der Wirkungen bei teilweiser Verhinderung in der Inspirations- und der Expirationsphase der Atmung. Richmond L. Moore und Carl A. L. Binger.
Eine weitere Untersuchung der Blutreaktion und der Blutgase bei Pneumonie. Carl A. L. Binger, A. B. Hastings und Julios R. Sendrop.
Immunitätsstudien bei Pneumococcus mucosus II, Infektiösität des Pneumokokkus Typ III für Kaninchen. William S. Tillett.

The Journal of Infectious Diseases.

Vol. 40. Nr. 5.

* Polyarthritis rheumatica: Bakteriologische Untersuchungen über einen nicht Methaemoglobin bildenden Streptokokkus. K. E. Birkhaug.
Einteilung des Bact. coli auf Grund von Untersuchungen an 75 Stämmen. B. L. Monias.
Haltbarkeit des Botulinus-Toxins in Konserven. W. A. Starin.
Impermeabilität des Kaninchendünndarms für Botulinustoxin. G. M. Dack und W. M. Wood.
Isolierung, Reinigung und chemische Natur von Immun-Haemolysinen. S. Uchida.
Hautreaktionen mit Pneumokokken- und anderen Bakterienextrakten und Filtraten. R. D. Herrold und E. F. Traut.

Polyarthritis rheumatica. Aus den Tonsillarkrypten und Abszessen, seltener aus Blut und Herzklappenauflagerungen, Stuhl mit und Urin von Polyarthritiskranken und -Leichen wurde ein Streptokokkus gezüchtet, der kein Methaemoglobin bildet, sich nach Gram färbt, in Galle unlöslich ist und Inulin spaltet. Verf. glaubt, diesen Streptokokkus von den Gruppen der grünwachsenden und haemolytischen Streptokokken abtrennen zu können. Nach dem Muster der Scharlachtoxinherstellung wurde aus diesem Keim ein Toxin hergestellt. Dieses Toxin erzeugte bei polyarthritisempfänglichen Patienten (solche, die in der Anamnese einen Gelenkrheumatismus hatten) in einer hohen Prozentzahl der Fälle positive Hautreaktionen nach intrakutaner Injektion. Tiere konnten mit dem Toxin immunisiert werden. Ihr Serum band das Toxin. Intravenöse Injektion dieser Streptokokken bei Kaninchen erzeugte multiple, nicht eiternde Gelenkentzündungen, subakute Endokarditis, Myokarditis, Epikarditis (Perikarditis). Es fand sich Neigung zu Mitralstenose. Gelegentlich wurden Degeneration des Myokards und rheumatische Knötchen beobachtet. Der Autor injizierte sich das Toxin intraartikulär und intramuskulär: Es entstand das Bild der akuten Polyarthritis rheumatica.

Vol. 40. Nr. 6.

Spezifische Haut- und Hodenreaktionen mit Kulturfiltraten von Coccidioides imitis. E. F. Hirsch und H. Berson.
Spezifische Substanz der Coccidioides imitis. E. F. Hirsch und D. D. Andera.
Spezifität der Thyreoglobulin-Präzipitationsreaktion. L. Hektoen, H. Fox und K. Schulhof.
Präzipitations-Reaktion mit Eier-Eiweiß und Blutproteinen des Haushuhns. L. Hektoen und A. G. Cole.
Oberflächenspannung bei Bakterien. N. Kopeloff und P. Beermann.
Mastitis bei Milchkühen. J. G. Hardenbergh und C. F. Schlotthauer
* Ausscheidung antiseptischer Farbstoffe durch die Brustdrüse. V. Burke und E. A. Rodier.
Bakteriologie und Chemie des Duodenalinhalts. A. J. Kendale.
Aufhebung der Histaminkontraktion glatter Muskulatur durch Aldehyde. A. J. Kendale.
Haemolytische Streptokokken in der Milch. W. D. Frost, M. Gumm und R. C. Thomas.
Präzipitinreaktion mit Fibrinogen. L. Hektoen und W. H. Welker.

Ausscheidung antiseptischer Farbstoffe in die Milchdrüse. Intravenös injiziertes Acriflavin in Dosen von 7—11 mg pro kg wurde in die Milch (bei Kühen) ausgeschieden und färbt diese deutlich gelb. Augenscheinlich war der Farbstoff nicht verändert. Gentianaviolett und Mercurochrom, die nach Injektion schwere Allgemeinerscheinungen machten, waren in der Milch nicht nachzuweisen. Die Autoren versuchen auf diese Weise, die Euter zu sterilisieren, da die Verhältnisse hier günstiger zu liegen scheinen als z. B. im strömenden Blut, wo injizierte Farbstoffe schnell verschwinden.

The American Journal of Hygiene.

7., Nr. 4, Juli 1927.

Leptospira icterohaemorrhagica bei den wilden Ratten Baltimores. E. W. Walch und G. B. Walch-Sorgdrager.
Plasmodium praecox und sein Wirt. E. Hartmann.
Ratteninfektion mit der menschlichen Giardia lamblia. R. Hegner.
* Ultraviolette Strahlen und Resistenz gegen Infekte. C. Mc. Dowell-Hill und J. H. Clark.
Moskito Fauna auf Haiti. F. M. Root.
Untersuchungen an brasilianischen Moskitos. F. M. Root.
Einfluß von Temperaturerhöhung und Luftfeuchtigkeit auf das Zentralnervensystem. A. M. Baetjer.
Adsorption verschiedener Vira an gewisse Substanzen. M. R. Lewis und H. B. Andervont.

Ultraviolette Strahlen und Resistenz gegen Infekte. Die Heilwirkung der ultravioletten Strahlen bei Rachitis und der gute Einfluß auf den Verlauf der chirurgischen Tuberkulose führte zu der Frage, ob es möglich sei, durch prophylaktische Bestrahlung die Resistenz des Individuums gegen eine darauf folgende Infektion zu steigern. Die Autoren wählten zu ihren Versuchen weiße Ratten, die mit einer Quarzlampe bestrahlt wurden. Später wurden sie — die Zeiten wurden variiert — mit hochvirulenten Pneumokokken infiziert. In einigen Versuchen war auf diese Weise eine deutliche, wenn auch leichte Resistenzsteigerung der bestrahlten Tiere gegenüber den Kontrolltieren nachzuweisen. Werden die Tiere nach der Infektion bestrahlt, so ist keine Wirkung ersichtlich.

Henning, Leipzig.

Endocrinology.

10., Nr. 6, November/Dezember 1926.

Ueber den Thyroxin-Transport durch das Blut. B. M. Zavadovsky und M. A. Novikov.
Anwendung der Axolose-Metamorphosereaktion zur quantitativen Bestimmung der Schilddrüsenhormone. B. M. Zavadocsky und E. V. Zazodsky.
* Anaphylaxie und innere Sekretion. Charles Hajós.
Wirkung der Hypophysis-Hinterlappenextrakte auf den Kreislauf. Swale Vincent und F. R. Curtis.

* „Cardaissin“, ein neues Herzacceleraus, gewonnen aus den Nebennieren. H. G. Cameron.
Beitrag zum Studium des Pankreas bei Tuberkulose. Pankreas und Tuberkulose bei Meerschweinchen und Albinoratten. Louise G. Robinovitsch und George W. Stiles jr.

Anaphylaxie und innere Sekretion. In einer großen Versuchsreihe wurden Meerschweinchen mit Pferdeserum sensibilisiert. Die Tiere erhielten dann einige Wochen später zwecks Auslösung eines anaphylaktischen Schocks nochmals eine Pferdeseruminjektion. Außerdem wurden verschiedene Hormone gespritzt und deren Einfluß auf den anaphylaktischen Schock studiert. Die Ergebnisse waren folgende: Erhöht wurde die anaphylaktische Reaktion durch Schilddrüsenextrakt und durch Insulin; abgeschwächt durch Nebenschilddrüsenextrakt, Adrenalin, Hypophysenhinterlappenextrakt; sie blieb unbeeinflußt durch Hypophysenvorderlappenextrakt, Corpus luteum und Genitalhormon. Diesen tierexperimentellen Untersuchungen werden analoge Erfahrungen am Menschen gegenübergestellt: Hyperthyreoidismus, Basedow, Insulin- und Thymusbehandlung vermehren anaphylaktische Ueberempfindlichkeit und Idiosynkrasien. Adrenalin, Nebenschilddrüsen- und Hypophysenhinterlappenextrakt, sowie Myxödem hemmen Anaphylaxie und Idiosynkrasie. Hypophysenvorderlappenextrakt ist ohne Einfluß; die Wirkung der Sexualhormone ist nicht eindeutig.

„Cardaissin“, ein neues Herzacceleraus, gewonnen aus den Nebennieren. Extrahiert man Nebennieren mit Azeton, so läßt sich bei bestimmter Versuchsanordnung eine Substanz gewinnen, die der Verfasser „Cardaissin“ benannt hat. Dieser azeton-, alkohol- und wasserlösliche Körper ist mit dem Adrenalin, das in Alkohol und Azeton praktisch unlöslich ist, nicht identisch. Beiden Stoffen gemeinsam ist lediglich die beschleunigende Wirkung auf das Herz; diese ist beim „Cardaissin“ im Gegensatz zu der flüchtigen Adrenalinwirkung, von längerer Dauer. Vergiftet man Tiere mit Chloroform, so daß völliger Herzstillstand eintritt, so gelingt es mit Adrenalin nicht, wohl aber mit „Cardaissin“, das Herz wieder zum Schlagen zu bringen. Eine vasokonstriktorische Wirkung fehlt dem „Cardaissin“, auch erweitert es nicht die Pupillen. Nach intravenöser Injektion erfolgt, und auch hierin unterscheidet es sich vom Adrenalin, eine kongestive Rötung des Gesichtes; niemals tritt Glykosurie auf.

Walter Goldstein, Berlin.

American Journal of Ophthalmology.

Mai 1927.

Die Nordenson-Kamera. Arthur Bedell.
* Resultate bei Behandlung der luetischen Sehnervenatrophie mit Injektionen in die Zysterne. S. R. Gifford und J. J. Keegan.
Drüsen neben der Papille. Hunter Scarlett.
Zentrale Chorioiditis bei Toxämie. M. E. Mesirow.
Epiphora von ungewöhnlichem Charakter. Walter Lancaster.
Katarakt-Extraktion nach antiglaukomatöser Iridotasis. Mechael Goldenburg.
Kongenitaler Anophthalmus bei albinotischen Ratten. Arthur Yudkin.
Wilmer-Institut (John Hopkins). William Wilmer.
Krankheiten der Augenlider mit Bemerkungen eines Dermatologen. William Macdonald.
Behandlung des Verschlusses der Arteria centralis retinae. S. J. Beach.

Resultate bei Behandlung der luetischen Sehnervenatrophie mit Injektionen in die Zisterne. Die Verf. berichten über 14 Fälle von luetischer Sehnervenatrophie, die mit Sublimatinjektionen in die Zisterne behandelt wurden. Vorher wurde subkutan Morphinsulfat gegeben. Dosierung des Sublimats: höchstens 5 mg (= 1 ccm einer Lösung 1 : 200), vermischt mit 15 oder 20 g Zerebrospinalflüssigkeit. Am nächsten Tag wurde eine intravenöse Injektion von Neoarsphenamin gegeben. Die Fälle wurden mit 3 bis 5 Injektionen behandelt; mehr als drei Injektionen sollten nicht gegeben werden, und zwar in einem Abstand von 6 Wochen; bei kürzerem Abstand stellen sich nervöse Reizsymptome und allgemeine Schwäche ein. Im Intervall Schmierkur und Jodkali. Bei Auswahl passender Fälle (solche mit einem Virus geringer als $^{20}/_{200}$, ein Fall mit einem Blutdruck von 250 wurden zurückgewiesen) konstatierten die Verfasser nur selten Verschlechterung, in weitaus der Mehrzahl Stillstand des Leidens und Erhaltung des Gesichtsfeldes und der Sehschärfe auf dem Stand bei Beginn der Behandlung, in einigen Fällen geringe, in einem einzigen auffallende Besserung. Gegenüber der intraspinalen Behandlung, die einige Fälle augenscheinlich gebessert, in einer ganzen Anzahl anderer Fälle der Krankheit Einhalt getan hat, scheinen Injektionen in die Zisterne den Verfassern deutliche Vorteile zu bieten.

Reichling, Berlin.

The Journal of Urology.

17., Heft 5.

* Die Zystographie als unschätzbares und modernes Hilfsmittel bei der Diagnostik der Urogenitaltuberkulose. Vorläufiger Untersuchungsbericht. Nathan Blaustein.
Zystometrische Bestimmungen des Blasendruckes und ihre klinische Bedeutung. D. K. Rose.
Traumatische Ruptur von Harnblase und Harnröhre. Kasuistik. W. Calhoun Sterling.
Persistierender Urachus durch ein Solitärgeschwür der Blase. Damon A. Brown.
Fall von angeborener Harninkontinenz bei persistierendem Urachus mit Verdoppelung von Uterus und Vagina. John Z. Mraz.
Funikulitis. C. R. O'Crowley.

Die Zystographie ist die weitaus harmloseste aller Untersuchungsmethoden der Urogenitaltuberkulose. Der Verfasser benutzt zu ihr nur 2,0 bis 2,5% Lösungen von Jodnatrium. Wir sehen ein charakteristisches Bild. Unregelmäßigkeit des Blasenumrisses auf der kranken Seite infolge Muskel-Spasmen, ihrer Rigidität und Unnachgiebigkeit, eine scharfe Abflachung des Blasenrandes vom Scheitel bis zur Basis. Der Autor nennt dieses Bild die abgeflachte Blase (incline bladder). Das Zustandekommen dieses Bildes erklärt er folgendermaßen:

Der saure Harn und die tuberkulösen Stoffwechselprodukte wirken stark reizend auf die glatte Muskulatur von Blase und Harnleiter. Hierdurch wird eine Hyperämie dieser Wandschichten erzeugt, welche ihrerseits zu leichterem Eindringen der Reizstoffe in die Wand führt und zur Erweiterung der Kapillaren der Muskularis. Diese erzeugt eine Stase des Blutstromes, Zellinfiltration und Wucherung von bindegewebigen Elementen, Aufsplitterung der Muskulatur, deren Funktionstüchtigkeit nachläßt und die fibröser Umwandlung verfällt, so daß wir schließlich als Endzustand Infiltration, Dilatation, Rigidität und Verkürzung der Harnleiterwand beobachten, Retraktion seines Blasenostiumes, Infiltration und Fibrosis der Blasenwand auf der kranken Seite, d. h. das Bild der „incline bladder“.

E. Lehmann, Hamburg.

The Tokohu Journal of experimental Medicine.

Vol. VIII, 6. 20. Mai 1927.

Methode zum Sammeln des Blutes der Nebenniere beim Hund ohne Befestigung, Betäubung, Laporatomie oder sonst irgendeine Störung. Y. Satake, T. Sugawara, M. Watanale.
Experimentelle Studien über die Einflüsse verschiedener Pharmaka auf die durch progressive Sauerstoffverdünnung entstehenden physiologischen Reaktionen. I. Mitteilung. Einflüsse der auf das Respirations- und Zirkulationssystem wirkenden Arzneimittel. R. Yosomiya.
* Bariumsalze sollen nicht mit Digitalisgruppen verbunden werden. K. Yamanouchi.
Reindarstellung von Autohämolysin. M. Namba.

Bariumsalze und Digitalisgruppe. Bariumsalze haben in verschiedensten Konzentrationen vasokonstruktorischen Einfluß in Versuchen am Frosch. Da sie also hierin der Digitalisgruppe entgegengesetzte Wirkung ausüben, ist eine gleichzeitige Anwendung, trotz der sonst ähnlichen Aktion auf Systole und Diastole des Herzens, zu widerraten.

Dr. Fritz Müller, Neukölln.

Buchbesprechungen.

Prof. Dr. L. Michaelis: **Entwicklungsgeschichte des Menschen** mit Berücksichtigung der Wirbeltiere. 10. völlig umgearbeitete und erweiterte Auflage von Dr. Richard Weißenberg, a. o. Professor an der Universität Berlin. 254 Seiten mit 195 Einzelfiguren in 84 Textabbildungen und auf 5 teilweise farbigen Tafeln. Leipzig, 1927. Georg Thieme, Verlag. Preis 7 M., geb. 8,70 M. — Das Michaelis'sche „Kompendium der Entwicklungsgeschichte“ genoß im Laufe von nahezu drei Jahrzehnten dank der vorzüglich klaren Darstellung und dem wissenschaftlichen Charakter eine ungewöhnliche Popularität. Die vorliegende 10. Auflage ist von Prof. Weißenberg derart umgearbeitet worden, daß von dem Michaelis'schen Werk bis auf einige Stellen nur die äußere Form geblieben ist. Wir können sagen, daß Weißenberg dank seiner vorzüglichen pädagogischen Eigenschaften die Qualität des Buches wesentlich gehoben hat. Hervorgehoben sei vor allem außer der Vermehrung des Stoffes und der Anpassung des Werkes an die neuzeitlichen Errungenschaften auf dem Gebiete der Embryologie, die Beseitigung des ursprünglichen Kompendiumcharakters, so daß die Aenderung des Titels völlig berechtigt ist. Die Bilder sind vorzüglich ausgestattet. Es ist wohl sicher damit zu rechnen, daß das Buch auch in dieser neuen Auflage seinen Weg machen wird.

M. Kantorowicz, Berlin.

Praktische Bemerkungen zur Behandlung der akuten Gonorrhoe des Mannes und ihrer Komplikationen.

Von
Dr. C. SIEBERT,
dirigierender Arzt der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses Berlin-Lankwitz.

Wenn ich hier über praktische Gesichtspunkte der Gonorrhöetherapie spreche, so lasse ich dabei ein Vierteljahrhundert engster Beschäftigung mit dieser Erkrankung vorüberziehen, beginnend noch in der Zeit der streng mechanisch-naturwissenschaftlichen Periode der Medizin, in der es mir bei rückläufiger Betrachtung erscheint, als ob man in prometheischer Ueberhebung auch die Aeußerungen des „Lebens" den Resultaten gedanklicher Spekulationen und Laboratoriumsergebnissen sich ebenso untertänig machen wollte, wie die der unbelebten Welt. Daß man hierbei die größten Enttäuschungen erleben mußte, ist uns jetzt klar, wo man sich besinnlich darüber Rechenschaft gibt, daß in allem, was mit „Leben" in engem Zusammenhange steht, ein großes für uns unfaßbares und sicher auch niemals begreifbares unendlich Mannigfaltiges und Unbekanntes eingeschlossen ist, an dem auch unsere geistreichen medizinischen Spekulationen letzten Endes scheitern. Tröstlich thronen schließlich Beobachtung und dadurch bedingte Erfahrung über allen theoretisch therapeutischen Erwägungen.

Die Gonorrhöe war durch die Entdeckung des Gonokokkus in die Infektionskrankheiten eingereiht. Das Wesen der Desinfektion war ergründet, die alten keimtötenden Mittel waren als solche erkannt, neue waren gefunden. Ein gegebener Schluß war der, daß Vernichtung der Gonokokken durch bakterientötende Mittel zur Heilung der Krankheit führen müßte, und darauf baute sich die Therapie auf, ohne Rücksicht auf den unbekannten Faktor „Organismus". Da aber bei der Verwendung stark desinfizierender Mittel, wie z. B. Silbernitrat, das schon lange vorher bei der Gonorrhöebehandlung rein auf empirischer Grundlage sich großer Beliebtheit erfreute, nicht die gewünschten Erfolge eintraten, so folgerte man, daß das Desinfektionsmittel in diesem Falle nichts taugte, daß es keine „Tiefenwirkung" hätte, wofür Neisser das Eiweiß- und Kochsalzfällungsvermögen des Argentum nitricum verantwortlich machte. Andere Präparate erschienen auf dem Plan, befreit von den genannten Fehlern (Argonin, Protargol, Albargin usw.). Auch hier erlebte man Enttäuschung. Es wurden neue Präparate geschaffen, mit höherem Silbergehalt, um die Desinfektionswirkung zu erhöhen, man kombinierte Silberpräparate mit Adstringentien, man verwendete andere silberfreie Desinfizientien, man steigerte die Konzentrationen bis an die Grenze der Erträglichkeit, überschritt dieselbe sogar, indem man Anästhetika zu den Lösungen zusetzte. Desinfektionskraft in vitro Gonokokken gegenüber, Eindringen in leblose Materien waren die Laboratoriumsversuche, durch die die verschiedenen Präparate ihre Existenzberechtigung erst beweisen mußten. Die Erfolge waren immer noch unbefriedigend, die forcierte Anwendung der Desinfizientien förderte sogar die Entwicklung von Komplikationen in der Schleimhaut und ihren Adnexen und verschlimmerte so das Leiden.

Man wurde doch schließlich nachdenklich, und die Folge war, daß man zunächst bei gewissen Komplikationen als Regel aufstellte, sie als ein „noli me tangere" für die Lokalbehandlung anzusehen. Während noch Neisser sagte, daß man den Feind dort angreifen müsse, wo er stände, und er z. B. noch die akute Posterior mit Instillationen nach Guyon behandelte, so ließ man in der Folgezeit doch die Hände davon weg, da häufig im Anschluß an solche frühzeitige therapeutische Maßnahmen auftretende Epididymitiden und Prostatiden uns belehrten, daß man sich anders einstellen müßte.

Jedenfalls sah man sich der Tatsache gegenüber, daß man die Mißerfolge in der Gonorrhöetherapie nicht allein auf mangelnde Desinfektionswirkung der verwendeten Mittel und die Erfolge nicht allein auf Keimtötung zurückführen könnte. Man kam doch allmählich zur Ueberzeugung, daß weniger Desinfektion, als wahrscheinlich Anregung der autoimmunisatorischen Vorgänge in den Zellverbänden durch unsere Antigonorrhoika der Träger therapeutischer Erfolge bei der Gonorrhöe wäre. Ueber die Hypothesen, die man darüber aufstellen kann und auch aufgestellt hat, will ich hier weiter nicht eingehen *).

Unsere Ansicht über die Wirkung der Antigonorrhoika war damit auf ein anderes Geleise geschoben, ohne daß ich dabei ihre Desinfektionswirkung als überflüssig hinstellen will. Zur Abtötung oberflächlicher Keime, zur Verhütung von Verschleppung solcher, die zu weiteren Komplikationen führen kann, wird der keimtötende Effekt immer von Wichtigkeit sein, für den eigentlichen Heilungsprozeß aber wahrscheinlich nur von nebensächlicher Bedeutung. Zugleich wurde aber damit das Verständnis für die Wirkungsweise, die ja als Desinfektionswirkung uns so klar erschien, ganz ins Dunkle und Ungewisse gerückt. Wie sollte man sich eine bewußte auf Steigerung normaler Abwehrkräfte gerichtete lokale Gonorrhöebehandlung vorstellen? Wir kennen in der Reizkörpertherapie wohl solche Vorgänge, die sich dort auf den Gesamtorganismus erstrecken, während es sich hier um lokale Maßnahmen handelt. Es werfen sich dabei gleich eine Anzahl von wichtigen, schwer und nur auf Grund ausgedehnter Empirie zu beantwortender Fragen auf, zumal wir noch gar nicht wissen, was bei dem ganzen pathologischen Prozeß der Gonorrhöe eigentliche Krankheit und was nützliche Abwehrmaßregeln sind.

Der alte hippokratische Satz „Nicht der Arzt heilt die Krankheit, sondern der Körper heilt die Krankheit" gilt als eine allgemeingültige Wahrheit auch für die Gonorrhöe. Es ist nun unsere sehr schwierige Aufgabe, den Körper bei seinen Heilungsmaßnahmen zu unterstützen und ihm nicht durch unsere therapeutischen Maßnahmen womöglich entgegenzuarbeiten. Das so oft im Munde geführte „Nihil nocere" braucht sich nicht auf offensichtliche Schädigungen zu beziehen, sondern es kann sich auch auf künstlich herbeigeführte Hemmungen des Heilungsprozesses erstrecken. Und Unterstützung braucht der Körper gerade sehr häufig beim Kampfe mit den Gonokokken. Sich selbst überlassen, stellt der Organismus, nur zu oft ermüdet, seine Bemühungen gegen die Eindringlinge ein, findet sich mit ihnen schlecht und recht ab, und die chronische Gonorrhöe mit ihrem oft jahrelangen Fortglimmen und öfteren Aufflackern ist die Folge.

Wie können wir nun als Bundesgenosse des Körpers in dem Kampfe gegen die Erkrankung erfolgreich eingreifen, ohne dabei die heilenden Maßnahmen des Organismus zu stören? Es liegt nahe, zu sagen, man sollte erst beobachtend abwarten, wie weit der Organismus allein mit den Eindringlingen fertig wird, und so bald man seine Kraft erlahmen sieht, unterstützend eingreifen. Dieses geschah auch früher vielfach, indem man eine lokale Therapie bei der akuten Gonorrhöe vermied, und nur die subjektiven Beschwerden durch Ruhe, antiphlogistische Maßnahmen, Balsamika usw. milderte. Erst nach Abklingen der inflammatorischen Erscheinungen trat man dann in Aktion. Diesen Gesichtspunkt verfolgte man in der Zeit, als man die Gonorrhöe hauptsächlich mit Adstringentien, Argentum nitricum, Zincum sulfuricum, Cuprum sulfuricum usw. behandelte. Man wird damals die uns jetzt verständliche Erfahrung gemacht haben, daß die Verwendung der genannten Mittel bei beginnender Gonorrhöe den Krankheitsprozeß häufig verschlimmerte und zu Komplikationen führte. Wir wissen heute, daß das Eiweißfällungsvermögen der Adstringentien sehr häufig die Ursache von Reizwirkungen und damit von Verschlimmerungen des Krankheitsprozesses ist.

Eine, nach anderer Richtung, gehende naheliegende Ueberlegung war die, daß man Bedenken hatte, im Beginn der Erkrankung untätig zuzusehen, und sie sich selbst zu überlassen. Es könnten ja die Gonokokken sich bald stärker erweisen, als die autoimmunisatorischen Kräfte des Körpers, was vielleicht vermeidbar gewesen wäre, wenn man von vornherein in den Kampf eingegriffen hätte. Die Empirie hat aber gelehrt, daß, wenn wir mit Mitteln oder mit Konzentrationen eingreifen, die befähigt sind, durch Reizwirkung, wenn auch nur geringfügiger Natur, die vorhandenen akuten Entzündungserscheinungen zu steigern, wir uns damit in dem Ringen auf die falsche Seite stellen und die gonorrhöische Erkrankung häufig verschlimmern. Wollen wir also von vornherein, was auch nach unserer Ueberzeugung das Richtige ist, den noch nicht ermatteten Abwehrkräften hilfreich beispringen und sie stützen, so kann das nur mit Mitteln geschehen, die die Schleimhaut selbst nicht alterieren können.

Man ging daher darauf aus, Antigonorrhoika zu finden, die einmal völlig frei von Reizwirkungen sind, aber dennoch

*) C. Siebert: Von der „Tiefenwirkung in der Gonorrhoetherapie". Klin. Wochenschr. 1927, Nr. 5.

keimtötende Kraft und daneben antiphlogistische Eigenschaften besaßen. Das Silber hat man noch immer in den Präparaten in irgendeiner Form nicht missen wollen, und daher dominieren die Silberpräparate noch immer. Ein Mittel, das bis zu einem gewissen Grade diesen Ansprüchen genügte, war das Argonin. Leider hat es wohl aus äußeren Gründen nicht die verdiente Anwendung gefunden. Neben einer Reihe anderer Präparate, die im Laufe des letzten Jahrzehntes auf den Markt kamen, war es eins, das Targesin, ein Diazetyltanninsilbereiweiß (C. Siebert und Henryk Cohn), das das größte Interesse erregte und eine große Literatur zeitigte, weil es ein Körper ist, der ganz besonders auffällige kurative Eigenschaften bei Schleimhauterkrankungen, und nicht nur der Gonorrhöe allein gegenüber hat. Das Mittel hat daher auch schnell Eingang außer in die Gonorrhöetherapie in die Ophthalmologie, Laryngologie, Rhinologie gefunden. Ueber die interessanten pharmakologischen, bakteriologischen und klinischen Befunde, die man über das Targesin erhoben hat (W. Steinbiss, F. Jacobsohn und Erich Langer, S. Loewe und F. Lange), muß ich leider hinweggehen. Ich will nur von denen, die sich damit klinisch beschäftigt haben, einige Namen nennen, Erich Langer und Bruno Peiser, Vogel, Mattissohn und Jacobsberg, Dietel, Schapiro, Saalfeld, Oelze, Ullmann, Sklarek, Lippert, Polland, Portmann, Krechel, Mühlhoff.

Die hervorstechendste Eigenschaft des Targesin ist die, daß bei seiner Verwendung die Entzündungserscheinungen, wie Eiterung, Exsudation, Schwellung, Schmerzhaftigkeit, außerordentlich schnell zurückgehen, womit ein relativ schnelles Verschwinden der Gonokokken Hand in Hand geht. Der Patient gewinnt schnell Vertrauen zur Behandlung. Reizwirkungen braucht man bei dem Mittel nicht zu befürchten, da bei den Komponenten des Mittels sowohl das Silber als das Tannin ihrer eiweißfällenden Eigenschaft beraubt sind, und diese treten auch bei höheren Konzentrationen, als sie bei der Behandlung allgemein üblich sind, nicht auf. Man beginnt mit einer einprozentigen Lösung, mit der man Einspritzungen von 10 Minuten Dauer machen läßt. Wichtig ist, daß der Patient vor den Einspritzungen immer Wasser läßt, damit die Harnröhre von Schleim und Eiter befreit wird. Ebenso wichtig ist aber auch, daß der Patient nach den Einspritzungen möglichst lange das Wasser anhält, damit die Reste der Targesinlösung, die durch die Kapillarität der Harnröhre und in ihren Buchten und Taschen noch festgehalten wird, möglichst lange wirken kann. Einspritzen und bald darauf Wasser lassen, schränkt die Wirkung stark ein. Daß das Targesin auch tatsächlich in der Harnröhre zurückgehalten wird, dafür spricht die dunkelbraune Verfärbung der Filamente, die sich im Urin noch stundenlang nach der Einspritzung bemerkbar machen.

Auch über die Zahl der Einspritzungen, die man den Patienten täglich machen läßt, braucht man nicht so ängstlich zu sein, wie bei anderen Silberpräparaten. Am besten läßt man den Patienten, wenn möglich, alle 3 bis 4 Stunden spritzen und Wasser immer von einer Einspritzung bis zur anderen anhalten, so daß die Harnröhrenschleimhaut dauernd unter der Einwirkung des Mittel steht. Auch bei Einspritzungen in zweistündlichen Intervallen beobachtet man keine Reizerscheinungen.

Verschwinden die Gonokokken im mikroskopischen Bilde, so tut man gut, bei der gerade verwendeten Konzentration eine Zeit lang zu bleiben. Allgemein pflegt die Intensitätskurve biologischer Vorgänge (hier Anregung autoimmunisatorischer Vorgänge) nicht parallel der Reizstärke zu verlaufen, sondern ein Optimum zu zeigen (K. Meyer), und es ist vielleicht das Geheimnis der Therapie, gerade die richtige Konzentration, das Optimum für den einzelnen Fall, zu treffen. Verschwinden die Gonokokken zunächst nicht, so steigt man mit der Konzentration der Targesinlösung von 1% auf 1,5 — 2%. Höher als 2% habe ich selten gehen brauchen. Es steht aber auch nichts im Wege, auf 3—4% und noch stärkere Lösungen zu verwenden was aber nur unnötige Kosten macht, ohne im allgemeinen sonderliche Vorteile zu bieten. Wenn mich der Patient in der Sprechstunde aufsucht, so pflege ich ihm die Anterior mit Borwasser 2% oder Kal. permanganatlösung (1 : 4000,0) auszuspülen. Ich halte dieses für wichtig, da dadurch festanhaftender zäher Schleim, der die Wirksamkeit der Injektionsflüssigkeit behindern kann entfernt wird. Durch das Urinieren allein wird der Schleim häufig nicht restlos entfernt, wovon man sich überzeugen kann, wenn man bei einem Patienten, der eben uriniert hat, die Anterior ausspült. Zahlreiche zähe Fäden finden sich noch im Spülwasser vor.

Sind nun etwa in der vierten Woche die Gonokokken nach kurzem Aussetzen der Targesinbehandlung noch immer vorhanden, während das Sekret schon zahlreiche epitheliale Bestandteile aufweist, dann empfiehlt es sich das Mittel zu wechseln. Ich verordne dann Albargin in schwachen Lösungen 0,1 : 200, evtl. steigend auf 0,15—0,2 : 200, dreimal täglich 5 Min. Nun erlebt man es häufig, daß die Gonorrhoe jetzt fast schlagartig abheilt. Man kann auch ebenso schwache Protargollösungen 0,25—0,5—1,0 usw. oder andere Mittel verwenden. Man mache es sich aber zum Gesetz, zunächst mit den schwächsten Konzentrationen zu versuchen.

Wie kann man sich nun die Wirkung dieses den Heilungsprozeß fördernden Wechsels vorstellen? Wie man von Spirochäten sagt, sie wären arsen- oder quecksilberfest, wenn die betreffenden Heilmittel versagen, so kann man von einer Silberfestigkeit hier nicht sprechen, denn die Gonokokken reagieren ja auf ein anderes Silbermittel.

Wir müssen aus dem die Heilung fördernden Wechsel schließen, daß der „Heilreiz", so wollen wir es der Kürze wegen das Unbekannte bezeichnen, der von dem Targesin ausgeht, doch etwas anderer Natur sein muß, als der z. B. des Albargin. Andererseits muß aber auch das biologische Verhalten der Gonokokken dabei eine Rolle spielen. Die Gonokokken als belebte Wesen sind den großen, allgemeinen biologischen Gesetzen unterworfen, und damit müssen wir auch jedem Gonokokkus eine Individualität zuweisen. Es kann nun vereinzelte Gonokokkenindividuen geben, die gegen den vom Targesin ausgehenden „Heilreiz" unempfindlich sind; denkbar ist es auch, daß diese Eigenschaft eine vererbliche ist, und daß nur bei jenen Individuen, bei denen diese Eigenschaft sich fortgeerbt hat, die Targesinbehandlung unwirksam ist, während die bei der Wahl eines anderen Mittels, bei einem etwas anders abgestuften „Heilreiz" dem Untergange verfallen.

Das man dem hartnäckigen Verweilen von Gonokokken durch Wechsel der Mittel erfolgreich begegnen kann, dessen ist man sich schon lange bewußt gewesen. Perutz hat z. B. sogar ein ganzes System aufgestellt und die Reihenfolge festgelegt, nach der man die Silbermittel wechseln soll.

Daß die Annahme, nur mit einem möglichst reizlosen Mittel müsse man die akute Gonorrhoe behandeln, eine richtige ist, geht auch aus folgendem Umstande hervor. Alle Autoren, die sich mit dem Targesin beschäftigt haben, und deren Zahl ist beträchtlich, führen übereinstimmend an, daß die Zahl der auftretenden Komplikationen bei der Targesinbehandlung eine äußerst geringe ist, daß also das Targesin direkt komplikationsverhütend wirkt. Mir selbst ist dieses besonders bei der Epididymitis aufgefallen, und ich sehe in der Privatpraxis bei Patienten, die sich strikte meinen Anordnungen unterwerfen, kaum eine Nebenhodenentzündung.

Das Targesin ist also ein Mittel, das besonders für die Hand des praktischen Arztes geeignet ist, der nicht so reichlich eigene Erfahrungen sammeln kann und der Gegebenes vertrauensvoll für den vereinzelten Fall übernehmen muß. Man kann mit diesem Präparat niemals durch ein zuviel schaden, eher schon durch ein zu wenig, wenn man ängstlich unterhalb der vorgeschriebenen Konzentrationen bleibt. Bei den anderen Gonorrhoemitteln gehört Erfahrung und eingehende Beobachtung des Patienten, um immer den Moment abzupassen, an dem man ändernd in die Therapie eingreifen muß, um Schädigungen zu verhüten. Manchmal wird es als etwas Unwillkommenes angesehen, daß die Targesinlösungen dunkelgefärbt sind und dadurch die Möglichkeit des Beschmutzens der Wäsche gegeben ist. Zunächst läßt dies sich durch einige Vorsicht vermeiden, außerdem kann man sich durch Vorlegen von Watte vor das Orifizium und Tragen eines Suspensoriums mit Klappe weiter davor schützen. Targesinflecke in der Wäsche gehen beim Waschen derselben heraus; auch kann man sie leicht mit unterschwefligsaurem Natron entfernen.

Kommt ein Patient mit einer akuten Posterior, d. h. mit einer Trübung des zweiten Urins zu uns, oder tritt eine solche während der Behandlung auf, so richtet sich unser Verhalten nach dem Maße der vorhandenen Beschwerden. Sind diese hochgradig in Gestalt von Blasentenesmen, starke Schmerzen bei der Miktion, Ziehen in der Gegend des Dammes, terminale Haematurie, usw., so setzt man zunächst jede Lokalbehandlung der Anterior aus. Unter Applikation von Wärme am Damm möglichst bei Bettruhe, und unter Suppositorien mit 0,2 Extr. Opii und 0,03 Extr. Belladonnae gehen die quälenden Erscheinungen mit bald vorüber. Die Suppositorien, die man zwei- bis dreimal am Tage ein-

ihren läßt, haben neben der Schmerzstillung den Zweck, die glatte luskulatur der inneren Genitalorgane ruhig zu stellen, damit icht durch entzündlich beschleunigte Peristaltik oder Antiperistaltik ine Verschleppung der Gonokokken gefördert wird. Mitunter verrdne ich gern, besonders bei fieberhaften Zuständen eine Mixtur: atr. salicyl. 8,0—12,0, Antipyrin 6,0, Aq. destill. ad. 200,0; dreimal iglich einen Eßlöffel.

Nach Abklingen der akutesten Erscheinungen kann man sofort rieder mit der Targesinbehandlung der Anterior beinnen. Bei nicht so reizlosen Mitteln wie Targesin ist man genötigt, ie Behandlung meistens länger auszusetzen, da bekanntermaßen de Reizung der Anterior sich auch auf die Posterior fortzusetzen legt. Setzt die Posterior schleichend ohne besondere subjektive ymptome ein, braucht man bei Verwendung von Targesin die Anteriorbehandlung nicht zu unterbrechen, was ich aber bei anderen litteln doch nicht empfehlen möchte.

Bei der eigentlichen Posteriorbehandlung wartet ein eil der Aerzte ab, bis sich der zweite Urin entweder spontan der unter Balsamika, Arhovin, Bärentraubenblättertee, Uroopin, salicylsaurem Natron usw. geklärt hat, und nur die Anwesenheit von Filamenten im zweiten Urin noch auf eine bestehende rkrankung hinweist. Dieses Verhalten ist wieder auf die Erfahrung urückzuführen, daß, wenn man zu früh mit Blasenspülungen oder it dem Einführen von Kathetern beginnt, der Krankheitsprozeß sich erschlimmert oder neue Komplikationen hinzuommen. Blasenspülungen mit Targesin 1,0 : 500, 0,25 : 100,0 ann man gleich nach Verschwinden der subjektiven Beschwerden nter Beobchtung gewisser, weiter unten betonten Kautelen ausführen, und wieder bietet das Mittel sehr schätzbare orteile. Man kann mit den oben angeführten Targesinlösungen e Blase mittels Irrigator oder Janetspritze füllen. Niemals achen diese Lösungen, evtl. auch noch stärkere, Blasenenesmen oder andere Unbequemlichkeiten. Bebig lange, stundenlang, können sie in der Blase verweilen und so rotrahiert wirken. Von einem Eingehen mit Instrumenten wie lyonkatheter, Ultzmankatheter, bei einer akuten oder subakuten osterior rate ich strikt ab. Auch der mechanische Reiz des einführten Instrumentes kann provozierend auf Weitergreifen der krankung wirken.

Man sieht recht oft, daß überraschend schnell eine lärung der zweiten Urinportion eintritt. Ich möchte hier noch auf e Maßnahme bei der Füllung der Blase hinweisen, die mir ußerst wichtig erscheint. Wenn man die Behandlung der nteren Harnröhre mit Blasenspülungen, sei es mittels Irrigator, sei mittels Janetspritze, beginnt, soll man die vordere Harnröhre nästhesieren, indem man eine Gonorrhoespritze voll 1% Alyn- oder Novokainlösung einspritzt und etwa 10 Min. einwirken läßt. wird uns die ganze Manipulation bei einem unerfahrenen Patnten erleichtert, und es wird verhindert, daß durch unzweckäßiges Gebaren des Patienten, wie krampfhaftes Zusammenpressen s Sphinkters eine Epididymitis, Prostatis entsteht, as wir sonst selbst noch im chronischen Stadium der Gonorrhoe beobachten garnicht so selten Gelegenheit haben. Hat der Patient allmählich gelernt, worauf es ankommt, dann kann man eher einal von der Anästhesierung Abstand nehmen.

Die Behandlung der akuten Prostatitis, Epididyitis, Cowperitis und der periurethralen Infiltrate kann man rz zusammenfassen, da sie bei allen diesen Erkrankungen eine honende, expektative sein muß, um nicht weitere Komkationen zu schaffen. Zur Linderung der subjektiven Beschwerden li den genannten Komplikationen empfehle ich angelegentlichst die en erwähnte Natrium-salicylat-Antipyrin-Mixtur und die genannten Opium-Belladonna-Zäpfchen. Sorge für täglichen, leichten, weichen Stuhlgang ist unerläßlich. Bei einer akuten Prostatitis muß man schon bei der digitalen Untersuchung sehr vorsichtig und zart sein, da sonst eine Epididymitis nur zu häufig eine unliebsame Folge davon ist. Man unterläßt am besten jede manuelle Untersuchung, und nur wenn dauernde höhere Temperaturen warnen, muß man nach Abszedierungen fahnden, die dann sofort chirurgisch zu behandeln sind. Die akute Epididymitis behandelt man mit Wärme, Bettruhe, und nur wenn die Entzündung keine Neigung hat, zurückzugehen, verordnet man kalte Umschläge, mit denen man dann seinen Zweck zu erreichen pflegt. Ebenso appliziert man Wärme a den Damm bei Cowperitis und greift sofort chirurgisch ein, wenn sich Fluktuation zeigt. Bei ausgedehnten periurethralen Infiltraten, bei denen es oft zu lokalisierten, aber tiefgehenden, schmerzhaften Schwellungen in den Corpora cavernosa kommt, setzt man zunächst jede lokale Behandlung aus. Geht unter feuchten Verbänden die Schwellung nicht bald zurück, so erfolgt unter Wärme bald ein Einschmelzen, und durch eine Inzision kann man dem Eiter Abfluß verschaffen.

Vor einer allzu frühzeitigen Verwendung der Gonokokkenvakzinen, Terpichin, Olobintin, Aolan oder anderen parenteralen Reizkörpern möchte ich warnen, da man damit im akuten Stadium der gonorrhoischen Komplikationen oft mehr schaden als nützen kann, so wohltätig auch die spezifische und unspezifische Reiztherapie im subakuten und chronischen Stadium sein kann.

Bei der unendlich großen Zahl von Mitteln und Methoden, die bei der Behandlung der akuten Gonorrhoe zur Verfügung stehen, erscheint vielleicht das, was hier empfohlen wird, etwas dürftig. Wir müssen aber immer fest im Auge behalten, daß die akute Gonorrhoe in allen ihren Erscheinungsformen eine möglichst schonende Behandlung erfordert. Behält man dieses Prinzip im Auge, so wird Gonorrhoebehandlung nicht als die undankbare Aufgabe erscheinen, als die sie so oft unverdientermaßen hingestellt wird. So kürzen wir häufig den ganzen Krankheitsprozeß ab und verhüten Komplikationen, die die Gonorrhoe nur zu häufig zu einem oft langwierigen und verderblichen Krankheitsbilde umgestalten. Daß es hin und wieder Fälle gibt und immer geben wird, die sich allen unseren therapeutischen Maßnahmen gegenüber refraktär verhalten, liegt nicht an den Mitteln und Methoden, sondern an der Unfähigkeit des Organismus, in diesem individuellen Falle an Heilungsbestrebungen genügend teilzunehmen.

Es muß immer wieder betont werden, daß wenige Mittel und Maßnahmen, deren Auswirkungen man aber genau kennt und beherrscht, und zu denen man auch infolgedessen Vertrauen gewonnen hat, in verständnisvoller Anwendung all das empfohlene Viel ersetzen können. Ziel- und planloses Schwanken in der Therapie lassen den Arzt sich selber und dem Patienten gegenüber unsicher erscheinen. Beide widmen sich nicht zielsicher der Durchführung der Verordnungen und verwenden nicht die vertrauensvolle und aufmerksame Sorgfalt, die schließlich immer nötig ist, wenn man therapeutische Erfolge erzielen will.

Daß nun unsere Gesichtspunkte bei der Behandlung der chronischen Gonorrhoe ganz andere, ja zum Teil ganz entgegengesetzte als bei der akuten Gonorrhoe sein müssen, darüber hoffe ich in einem bald folgenden Aufsatz sprechen zu können.

Meine Erfahrungen mit Dilaudid.

Von

Dr. E. FREUNDLICH, Berlin, Klinik Cöpenicker Str. 119.

Dilaudid, früher mit Dimorphid bezeichnet, hat die Formel $C_7H_{19}O_3N$ und ist ein dem Dicodid analoges Präparat. Letzteres ist, wie der Name andeutet, ein dem Codein näherstehendes Präparat, während Dilaudid mehr zur Morphiumseite hineigt. Dilaudid ist in Wasser und Alkohol löslich, in Aether unlöslich; es dient wie das Morphium zur Schmerzstillung und hat ihm voraus, daß es in viel kleineren Dosen gegeben wird und daß man trotzdem eine stärkere Wirkung erzielt, wie das Tierexperiment im pharmakologischen Institut Heidelberg am Kaninchen ergab.

Es kommt in Tablettenform zu 0,0025, Ampullen zu 1 ccm = 0,002 und in Ampullen zu 1 ccm = 0,002 Dilaudid + 0,0003 Skopolamin hydrochl. in den Handel, außerdem für die Rezeptur in Pulverform.

Ich habe das Mittel sowohl in Tablettenform wie auch als Ampullen zu 0,002 in der gynäkol.-chirurg. Praxis mit sehr zufriedenstellendem Erfolg angewandt. Die Tabletten verordnete ich sowohl als Schlafmittel bei Schlafstörungen, die auf schmerzhafte gynäkologische Erkrankungen zurückzuführen waren, besonders bei nervösen Patienten in der Klinik, ohne daß ich auch bei längerer Anwendung die Dosis verstärken mußte. In manchen Fällen wirkten allerdings erst 2 Tabletten, die ich ohne Bedenken gegeben habe. Der Schlaf war tief, traumlos und erfrischend, auch in den Fällen, in denen andere Schlafmittel erfolglos verabreicht worden waren. Ferner verwandte ich die Tabletten bei postoperativer Pneumonie und Bronchitiden und sonstigen katarrhalischen Lungenaffektionen (½ Tabl. in 1 Tasse heißer Milch aufgelöst) mit außerordentlich reizstillendem Erfolg an Stelle des sonst von mir verwandten Dicodid.

Die Injektion von 1 Amp. Dilaudid (intramuskulär oder subkutan) lasse ich prinzipiell ½ Stunde vor jeder Narkose und nach der Operation an den ersten zwei bis drei Abenden verabfolgen. Ich

habe bis jetzt den Eindruck, daß wir noch weniger Narkosematerial (wir geben immer Mischnarkose Aether und Chloroform getrennt) verbrauchen, als nach der sonst bei uns üblichen Morph-Atropin-Injektion. Die Patienten schliefen meist schon vor Beginn der Narkose auf dem Operationstisch ein und ließen sich leicht narkotisieren. Narkosenzwischenfälle habe ich in diesem Zeitabschnitt nie gehabt. Einmal trat eine Pneumonie bei einer sehr wehleidigen Patientin auf, die infolge einer Laparotomie wegen akuter Appendizits mit schwerer akuter rechtsseitiger über daumendicker Pyosalpinx nicht abzuhusten wagte. Die Pneumonie heilt nach etwa 4 Tagen unter Dilaudid, Kamphorgelatinetten und Digipurat prompt aus, so daß Pat. schon am 10. Tag das Bett verlassen konnte.

Bei den abendlichen Injektionen stand die Wirkung hinter der des Morphins in keiner Weise zurück; sie hatte noch den Vorteil, daß die Pat. nicht in dem Maße erbrachen, wie das sonst beim Mo. häufig der Fall ist. Ich entsinne mich eines Falles einer Laparotomierten, die noch 2 Stunden nach der Mo.-Injektion post operationem erbrach und so aufgeregt war, daß sie im Bett festgehalten werden mußte. Nach der Injektion von Dilaudid 0,002 beruhigte sie sich einigermaßen, vor allem ließ auch das Erbrechen nach. Die schmerzstillende Wirkung trat im Durchschnitt spätestens 10—15 Minuten nach der Injektion ein und hielt meist 6—10 Stunden vor. Die Darmtätigkeit wurde in keiner Weise beeinträchtigt. Die Blähungen traten bei allen Patientinnen auf die üblichen Mittel (Physostigmininjektion und Kochsalzinstall.) ebenso prompt am zweiten Tag ein, wie bei Pat., die keine Dilaudid-Injektionen erhalten hatten. Die Injektionen, subkutan oder intramuskulär ausgeführt, sind nicht schmerzhaft, üble Folgezustände sind in keinem Falle beobachtet worden, selbst nicht bei Verdopplung der Dosis. Bei inoperablem Ca. sah ich auch noch eine Wirkung, wo ich bereits mit 0,03 Morphium keinen Erfolg mehr erzielte.

Wiederholt hatte ich auch in der Außenpraxis Gelegenheit, bei Steinanfällen mich von der Promptheit der Injektion zu überzeugen und bin dazu übergegangen, das Mittel in Suppositorien zusammen mit Belladonna zu verordnen.

In der Geburtshilfe sind meine Erfahrungen noch zu gering, als daß sie ein abschließendes Urteil erlaubten, doch scheinen nach meinen jetzigen Beobachtungen die Dilaudid-Injektionen keine schädliche Wirkung auf das Kind und die Wehentätigkeit auszuüben. Die Schmerzhaftigkeit bei den Wehen war meist herabgesetzt, die Wehenpause durch Schlummern ausgefüllt.

Zusammenfassung: Dilaudid stellt eine beachtenswerte Bereicherung der morphinartig wirkenden Mittel da. Es wirkt bereits in einer zehnfach kleineren Dosis mindestens ebenso stark wir Morphium, ohne die schädlichen Nebenwirkungen desselben (Erbrechen, Aufregungszustände, Gewöhnung, Darmlähmung) zu haben. Es ist daher ein vollwertiger Ersatz des Morphiums.

Organotherapeutische Faktoren bei der Behandlung von Gallenleiden.

Von

Dr. ERWIN P. HELLSTERN

Facharzt für innere Krankheiten und Sportarzt.

Während sich die Organotherapie in früheren Jahren fast ausschließlich auf die Verwendung von Extrakten innersekretorischer Drüsen beschränkte, wurde in neuerer Zeit von einer Anzahl Autoren auf die Verwendbarkeit auch anderer Organe für die Gewinnung pharmakodynamischer Stoffe hingewiesen. Watelet (1) zeigte 1921 die spezifische Wirkung oral gegebener Organeiweißabbauprodukte; Brack (2), Glässner (3) und Asher (4) konnten bei Lebererkrankungen subjektive Beschwerden, wie Prurigo usw., durch innerliche Gaben von abgebautem Lebereiweiß zum Verschwinden bringen.

Von diesen Beobachtungen und von der Erwägung ausgehend, daß die Gallenerkrankungen vielfach von einer Schädigung des Leberparenchyms begleitet sind, ist dem neuen Gallenmittel „Cholasa“*) ein Abbauprodukt aus Lebereiweiß als organotherapeutischer Faktor zugrunde gelegt worden, wodurch eine Besserung und Heilung der das Gallenleiden begleitenden funktionellen Erkrankung des Leberparenchyms erstrebt werden soll.

Als weiteren organotherapeutischen Faktor enthält „Cholasa“ ein Hypophysenextrakt zur Belebung darniederliegender Gallenperistaltik. Bereits früher wurden Hypophysenextrakte p[...] injektionem mit gutem Erfolge als Cholekinetikum verwend[...] (Reicher [5]). Es war deshalb ein guter Gedanke, diese Injektio[...] erfolge auf die perorale Therapie zu übertragen, zumal da das Hyp[...] physenhormon durch Verdauungsfermente nicht zerstört wi[...] (Strauß [6], Hamill [7]). Schon relativ kleine innerlich g[...] gebene Dosen bewirken rhytmische Kontraktionen am Uterus, Da[...] usw., und die Wirkung des Hypophysenkomplexes wird bei oral[...] Darreichung kaum so vehement in Erscheinung treten, wie bei d[...] Verabfolgung von Injektionen, was bei den meist chronisch v[...] laufenden Gallenerkrankungen nur erwünscht ist.

Die Zusammensetzung von „Cholasa“ wird zwecks Kräftigu[...] des Gallenflusses und Desinfektion der Gallenwege durch Beifügu[...] erprobter Cholagoga (Magn. glycochol., Magn. olein. Ol. Menth[...] Hexamethylentetramin als Desinfizienz und Podophyllin als Laxa[...] vervollständigt. Durch diese Kombination organotherapeutisch[...] Faktoren und chemotherapeutischer Bestandteile wird neben ei[...] kausalen, eine kräftige symptomatische Wirkung erstrebt und, [...] mich meine größtenteils günstigen Versuchsresultate überze[...] haben, auch erzielt.

Adler und Guttmann (8) haben beobachtet, daß ihre Gall[...] kranken nach „Cholasa“ auffallende Besserung der miterkrank[...] Leber (Rückgang der Leberschwellung) zeigten, und daß die Gall[...] beschwerden schwanden, selbst wo zahlreiche vorher gegebe[...] Gallenmittel versagt hatten. Ich kann diese Angaben bestätigen u[...] möchte, nachdem ich etwa 25 Patienten erfolgreich mit „Cholas[...] behandelt habe, im folgenden einige bemerkenswerte Daten [...] deren Krankengeschichten herausgreifen:

1. Patient mit starken Gallenkoliken, Cholezystektomie sch[...] unabwendbar. Im Verlaufe der „Cholasa“-Kur bedeuten[...] Besserung, so daß von Operation abgesehen werden konnte.

2. 50 jähriger Patient, Entzündung der gallenführenden Orga[...] unter Mitbeteiligung des Leberparenchyms, mehrere angewan[...] Cholagoga ohne nachhaltigen Erfolg; nach längerer „Cholasa“-K[...] beschwerdefrei, auch das noch einige Zeit zurückgeblieb[...] Druckgefühl in Lebergegend wird immer seltener und schwäch[...]

3. Fall von Leberzirrhose, nach Cholezystektomie noch sta[...] Beschwerden und Anfälle. 4 Wochen lang „Cholasa“ fünfmal t[...] 1 Tablette, nach einmonatiger Pause 3 Tabletten und nach [...] neuter Pause 1 Tablette täglich ein Vierteljahr lang. Mittel [...] vertragen, keine Anfälle mehr.

4. 48 jähriger Patient mit beginnender Leberzirrhose, leich[...] Potator, subikterische Hautfarbe, dyspeptische Beschwerden. [...] Alkoholverbot „Cholasa“-Kur. Anfangs nachweisbare Leb[...] schwellung und dyspeptische Beschwerden schwinden.

5. 20 jähriges Mädchen, katarrhalische Gelbsucht, Erbrech[...] Magendruck, Durchfall nach Diätfehlern und Aufregung, Juckr[...] Pulsverlangsamung, grauweißer, übelriechender Stuhl, Mattigk[...] öfter Kopfschmerzen. Bei je dreimal täglich 1 „Cholasa“-Table[...] später, da zuweilen Durchfälle, täglich 1 Tablette, Genesung n[...] 5 Wochen. Nimmt bisweilen noch 1 Tablette „Cholasa“. Sp[...] beschwerdefrei bei gutem Allgemeinbefinden und norma[...] Leberbefund.

Auf die üblichen diätetischen Vorschriften darf bei [...] „Cholasa“-Kuren natürlich nicht verzichtet werden. Nützlich ist a[...] die Verwendung alkalischer Wässer, die sich mit dem Mittel [...] vertragen, überhaupt ist die Verträglichkeit der Tabletten im [...] gemeinen gut. Sollten sich aber doch gelegentlich Durchfälle [...] Leibschmerzen einstellen, so braucht die „Cholasa“-Kur nicht gl[...] unterbrochen zu werden, sondern die Dosis wird entsprechend her[...] gesetzt.

Im allgemeinen genügen dreimal täglich 1 Tablette, in schwere[...] Fällen dreimal täglich 2 Tabletten, vier Wochen lang und Wie[...] holung der Kur in vierwöchigen Intervallen, bis die Beschwerden [...] hoben sind. Bei den periodischen Wiederholungen der Kur ko[...] man gewöhnlich mit immer kleineren Dosen aus.

Meine guten Heilerfolge veranlassen mich, das Mittel „Chol[...] bei Gallenerkrankungen mit und ohne Leberschädigung, für die [...] handlung vor und nach Gallenoperationen, sowie als Prophylakti[...] zur Erhaltung des Mechanismus des galleführenden Komplexes [...] Nachprüfung zu empfehlen.

Literatur:

1. Watelet: Presse medic. 1921, S. 77.
2. Brack: Klin. Wochenschrift 1925, Nr. 23, S. 1109.
3. Glässner: 5. Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwec[...] krankheiten, Wien.
4. Asher: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1925, Nr. 5, S. 140.
5. Reicher: Therapie der Gegenwart 1925, S. 435.
6. Strauss: New York, Med. jour. S. 395, 468 (1921).
7. Hamill: Proc. of the royal soc. of med. Bd. 14, S. 17 (1921.)
8. Adler u. Guttmann: Klin. Wochenschrift 1926, Nr. 33, S. 1542.

---

*) Hersteller: Organotherapeutische Werke, Osnabrück.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854

NUMMER 32 BERLIN, DEN 12. AUGUST 1927 45. JAHRGANG

Originalien.

Aus der Vertrauensarztstelle der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg.

Die letzte Grippeepidemie mit einem Rückblick auf die Epidemien früherer Zeiten.

Von

Dr. med. A. KIMMERLE, Vertrauensfacharzt für innere Krankheiten.

Die im Dezember 1926 bis Anfang März 1927 mehr oder weniger in ganz Europa aufgetretenen Grippeerkrankungen sind wohl als Nachzügler, als ein Epidemieglied der großen Pandemie 1917-1923 anzusehen, ebenso wie die 1924 beobachtete Welle. Wenn wir die Geschichte der Grippe verfolgen, so finden wir das Auftreten solcher Nachläufer fast regelmäßig beschrieben. Die Grippeperiode ist also nicht auf wenige Monate oder Jahre beschränkt, sondern es handelt sich bei diesen Perioden um Vorgänge, welche in regelmäßiger Wiederkehr alle 25—30—40 Jahre die Menschheit befallen und mindestens mehrere Jahre brauchen, bis sie wieder völlig verschwunden sind. Wir begegnen bei solchen Grippe- oder Influenzaperioden regelmäßig größeren Intervallen zwischen den einzelnen endemischen Epidemiegliedern einer solchen Periode. Die Formen, unter welchen die Grippe auftritt, soweit man dies aus dem Gesamteindruck der großen Pandemien ersehen kann, liefern ein ziemlich einheitliches, gut definiertes Krankheitsbild. Wenn auch die letzten zwei großen Weltpandemien, die der Jahre 1889 bis 1894 und vor allem die der Jahre 1917 bis 1923 mit ihren Nachläufern sowohl statistisch wie klinisch besser und genauer als die früheren verfolgt und verwertet werden konnten, so muß doch betont werden, daß in bezug auf die wichtigsten Momente die neuen Beobachtungen in vielen Beziehungen nichts anderes als eine Bestätigung der früheren Erfahrungen geliefert haben. Dies gilt vor allem von dem epidemiologischen Verhalten der einzelnen Influenzaperioden, wenn wir das Auftreten der Pandemien bis ins 16. oder sogar bis ins 15. Jahrhundert zurückverfolgen. In Ursprung, Zugrichtung, Ausbreitung gleichen sich die einzelnen Perioden meist sehr, wenn natürlich auch zugegeben werden muß, daß vor allem der Verkehr mit seiner Entwicklung einer gewissen Variation Spielraum gelassen hat. Auch hinsichtlich der klinischen Grundzüge des Krankheitsbildes und seiner proteusartigen Variationen haben sich die letzten beiden großen Pandemien als völlig gleichartig mit der Influenza früherer Dezennien und Jahrhunderte erwiesen. Alle diese großen Pandemien entwickeln sich rapide von dem Moment ab, in welchem die ersten Fälle bekannt wurden und sich epidemisch häuften. In fabelhaft rapidem Anstiege wurde an dem Orte des Auftretens meist in wenigen Wochen der Höhepunkt erreicht, in eben dem gleichen Eiltempo kam es innerhalb weiterer weniger Wochen zum Erlöschen der Seuche.

Mit der Zunahme des Verkehrs wiederholten sich diese Vorgänge in mehr oder weniger rascher Aufeinanderfolge an den verschiedensten Orten, Ländern, so daß die Ausbreitung über ganze Erdteile, besonders 1889/93 und bei der letzten großen Pandemie nur wenige Wochen in Anspruch nahm.

Diesen ersten großen Seuchenzügen einer Pandemie folgen gewöhnlich nach mehrmonatiger oder noch längerer Pause neue epidemische Eruptionen, Nachläufer von mehr oder minder großer geographischer Ausbreitung. Sehr häufig treten solche Nachepidemien am Orte des Ausbruches etwas langsamer und allmählich in Erscheinung, erreichen den Höhepunkt sehr häufig erst in einigen Monaten, um zum Absinken auch wieder einige Monate zu gebrauchen. Solch zweites Auftreten der Krankheit an Orten, die schon einmal zum Tummelplatz der Grippe wurden, verläuft auch meistens etwas verschwommener, was die geographische Ausbreitung betrifft. Wenn z. B. der erste Zug eine Richtung von Osten nach Westen oder Süden nach Norden erkennen läßt, so finden wir beim zweiten Auftreten der Grippe in früher schon einmal befallenen Länderstrecken einen völlig ungeregelten geographischen Ausbreitungszug. Es bleiben eben in jedem Orte immer einige Personen von der Krankheit verschont, die dann beim Wiederauftreten der Krankheit befallen werden. Ob man dabei zur Erklärung des wiederholten Auftretens der Influenza ein Aufflackern zurückgebliebener Infektionsherde oder eine Neuzuführung des Krankheitsstoffes annehmen will, ist meines Erachtens von untergeordneter Bedeutung. Bei dem kurzen Verweilen der Influenza an einer Stelle und den oft verhältnismäßig langen Pausen zwischen den einzelnen Krankheitsgruppen erscheint allerdings letztere Auffassung als die wahrscheinlichere.

Die Nachperioden dauern alle im allgemeinen länger als der erste brutale Ansturm. So erreichte die Pandemie 1889 durch ihr explosionsartiges Auftreeten innerhalb von 14 Tagen ihren Höhepunkt in Europa; 14 Tage später war sie in Amerika, während die Nachperiode 1891 auf 1892 dazu ungefähr mehrere Monate gebrauchte und etwa 8 Monate (Oktober bis Mai) dauerte.

Da zwischen solchen Pandemien meist Jahrzehnte lagen, hatte die Krankheit meist immer den Eindruck einer „neuen" Krankheit gemacht, die den meisten Aerzten wohl aus der Geschichte der Medizin bekannt war, deren Kenntnis aus eigener Beobachtung, aus eigener Erkenntnis und Erfahrung in der Regel aber vorenthalten geblieben war. So nennt L e i c h t e n s t e r n in seiner vorzüglichen Monographie über die Grippe in Spez. Pathologie und Therapie von Hermann N o t h n a g e l „die Influenza eine neue nur aus der Geschichte der Medizin der damaligen ärztlichen Generation bekannte Krankheit", nachdem vier Dezenien seit der damals letzten europäischen Pandmie 1847/48 mit ihren Nachläufern verflossen waren. Aehnlich sprach sich B ä u m l e r im Jahre 1896 auf dem 9. Kongreß für innere Medizin in W i e n aus, wenn er sich in seinem Referat über die Grippe etwa folgendermaßen äußert:

„Die Influenza sei als eine unbekannte Krankheit der großen Mehrzahl der damaligen Aerzte, die noch nicht die Gelegenheit gehabt haben, sie selbst zu beobachten, entgegentreten."

Wenn auch, soweit ich dies aus der Literatur ersehen kann, zwischen 1847/48 und 1889/93 verschidene kleinere Epidemien beobachtet wurden, welche L e i c h t e n s t e r n allerdings nicht als Pandemie im Gegensatz zu Hirsch gelten lassen will, so scheint doch tatsächlich das Bild der Grippe oder Influenza der Aerzteschaft der Zeit von 1889/1890 nurmehr aus der Geschichte der Medizin bekannt gewesen zu sein. Dies mag seinen Grund darin haben, daß die Grippe 1847/48 zwar wohl ziemlich ausgedehnte Dimensionen in Europa angenommen hatte, aber tatsächlich für etwa 40 Jahre die letzte große Pandemie war und vor allem, weil gutartiger verlief, als z. B. die Pandemie der Jahre 1830/37. In dieser letzteren Grippeperiode trat die Krankheit teilweise sehr bösartig auf. Vor allem soll die Mortalität im Jahre 1837 sehr hoch gewesen sein (nach englischen und französischen Berichten und vor allem auch nach Berichten aus H a m b u r g). Der Gutartigkeit der Pandemie 1847/48

und ihrer Nachzügler ist es also zuzuschreiben, daß die Influenza 1889/90 gleichsam eine „neue“ Krankheit genannt werden konnte. Aehnlich erging es der Mehrzahl von uns, als im Jahre 1917 die Grippe erneut ihr Haupt erhob und in noch nie erlebter Ausbreitung, Heftigkeit und Bösartigkeit den ganzen Erdkreis befiel. Die Zahl der Opfer, welche ihr erlagen, besonders in den Jahren 1918/19 war enorm. Die Mortalitätsziffern der Monate Oktober und November 1918 sind noch in unserer aller Erinnerung. Aehnlich Katastrophales hat z. B. Hamburg seit der Cholerazeit 1892 nicht mehr erlebt, wo von 18 000 Erkrankten 7000 gestorben sind. Die Erinnerung an diese letzte Grippe-Pandemie hat uns das Bild der Grippe nicht vergessen lassen. Ich sage uns, die wir praktisch mitten drin standen, seien es die Herren der Praxis, seien es die Kollegen, welche in den Krankenhäusern und in den Lazaretten das Wüten der Krankheit und das geradezu beispiellos rasche Hinsterben der Kranken tagtäglich mit ansehen mußten. Die Erinnerung an diese Schrecknisse hat die Wachsamkeit der Aerzteschaft aufs beste geschärft, so daß jetzt die Mehrzahl der Aeerzte beim Wiederauftauchen der letzten Grippewelle, die bis jetzt nur einer leichten Dünung gleich, sich über die Länder erstreckte, sofort aus eigener Kenntnis und Erfahrung die Fälle richtig erkennen konnte. Einzelne sporadische Fälle hat es seit 1923 immer gegeben, 1924 wurde eine kleinere Epidemie in Europa beobachtet. Im Dezember 1926 häuften sich allenthalben in Europa die Fälle zu kleineren lokalen Endemien bis sie sich innerhalb kurzer Zeit zu einer kleinen Epidemie verdichteten.

Ob nun die Diagnose in 100% stimmt oder nicht, darüber braucht man sich meines Erachtens nicht aufzuregen. Wie wir nach Statistiken aus beinahe der ganzen Welt ersehen, haben sich jedenfalls die Erkrankungsziffern für den Respirationstraktus im Dezember 1926 bis März 1927 im Vergleich zu früheren Jahren ganz plötzlich zu beträchtlicher Höhe erhoben. Dem bisherigen Charakter der Grippe als einer leichten Epidemie mit meist (es gab auch Ausnahmen) verhältnismäßig niedriger Mortalitätsziffer ist es wahrscheinlich zuzuschreiben, daß die Ansichten über die Diagnose divergieren. Der Gesichtswinkel, unter welchem die Grippe beurteilt wird, ob es wirklich die Grippe ist oder ob es sich um eine Erkältungsepidemie handelt, ist ja auch ein verschiedener. Die Krankenhäuser sehen ja unter Umständen gar nicht das Gros der Fälle, weil die meisten Fälle nach wenigen Tagen ihr gefährliches Gesicht verloren haben und lediglich die schleppende Rekonvaleszens mit ihrem körperlichen Darniederliegen darauf hinweist, daß es unmöglich nur ein harmloser Katarrh der Luftwege gewesen sein kann. Die Behörden wiederum suchen natürlich zu beruhigen und zu bremsen, ob mit Recht, lasse ich dahingestellt. Die Mehrzahl der Grippekranken in Hamburg z. B. stand diesmal wohl meist in Beobachtung der in der Stadt wirkenden praktischen Aerzte. Von diesen Fällen sahen wir in der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg einen großen Prozentsatz. Bei der überwiegend großen Mehrzahl dieser Fälle, die ich zu Gesicht bekommen habe, kann ich die Diagnose Grippe nur bestätigen. Ich kann mich für diese gehäuft auftretenden Erkältungskrankheiten auf Grund meiner eigenen Erfahrungen mit der Geste „Grippe = Sammeldiagnose“ nicht zufrieden geben, wenn auch versucht wurde, das plötzliche Ansteigen der „Erkältungskatarrhe“ mit dieser Formel abzutun. Wenn wir in Deutschland, was wir bisher seit Dezember 1926 gesehen haben, von einer verhältnismäßig leichten Epidemie sprechen dürfen, so scheint dies in anderen Ländern, z. B. in England, vor allem London, nicht der Fall zu sein. Gerade aus London wird uns eine ziemlich hohe Mortalitätsziffer berichtet. Ebenso erfahren wir aus Bulgarien, daß in der Zeit vom 5. Februar bis 12. März 1927 die Grippe nicht immer harmlos verlief. So trafen in Bulgarien in einer Woche auf etwa 100 Erkrankungen 3 Todesfälle, in einer anderen Woche 2 Todesfälle auf 100 Erkrankungen, für Erkältungskrankheiten (die keine Pneumonien sind) immerhin beachtliche Ziffern. Von Genf wissen wir, daß auf 100 000 Einwohner berechnet 134,9 Todesfälle kamen, eine Zahl, die recht beträchtlich ist und der Mortalitätsziffer der Tuberkulose sehr nahe kommt (nach einer Statistik aus den Jahren 1909—11 trafen auf 100 000 Einwohner etwa 169 Todesfälle an Tuberkulose).

Anscheinend ist die Epidemie im Abflauen, bzw. dem Erlöschen nahe. Ich sage anscheinend; was noch folgt, können wir im Hinblick auf die bei den großen Pandemien gemachten Erfahrungen und Erlebnisse nicht sagen. Auch die Pandemie 1889/94 fing leicht an, ebenso wie 1917/18 die Krankheit zunächst verhältnismäßig harmlos verlief. Der Beginn einer Pandemie ist niemals ein Maßstab für den Charakter der Gesamtperiode, was Stärke und Dauer betrifft, ebensowenig wie dies die einzelnen Epidemie-Glieder sind. Nachzügler werden oft noch viele Jahre später beobachtet und zwar, wenn wir die Geschichte der Grippe viele Jahrhunderte zurückverfolgen, mit absoluter Regelmäßigkeit. Daß man grade des Auftretens dieser Nachläufer auch früher uneingedenk war, lehrt insbesondere die Pandemie 1889/90; viele glaubten damals den Lehren der Geschichte uneingedenk, daß die Krankheit in ihrer epidemischen Form wieder jahrzehntelang schlummern werde, nachdem nach dem Ausbruch der Krankheit im Oktober und November 1889 im Januar 1890 die Zahl der Fälle erheblich zurückgegangen war. Man glaubte tatsächlich damals im Anfang des Jahres 1890, daß die Grippe erloschen sei. Es kam wohl da und dort noch zum Auftreten vereinzelter Fälle, auch zu einzelnen Epidemie-Rezidiven an einzelnen Orten Europas: Lissabon, Nürnberg, Paris, Kopenhagen, Riga, London. Eine größere Epidemie wurde damals auch in Japan beobachtet; sie erklärte sich leicht aus den von der großen vorausgegangenen Pandemie zurückgeebliebenen Keimen.

Etwa ein Jahr später nach der Pandemie 1889/90 begann die Influenza aufs neue ihr Haupt zu erheben. Im Januar und Februar 1891 und vor allem vom Herbst 1891 bis Frühjahr 1892 wütete die Grippe erneut und befiel wieder auf einmal die ganze Welt. Während man 1889 den Ausgang von Rußland einwandfrei feststellen konnte, im Beginn des Jahres 1891 das erste Wiederaufleben in bedeutenden Epidemieausbrüchen vor allem in Nord- und Südamerika und dann in England beobachtet wurde, ließ die dritte gewaltige epidemische Verbreitung der Influenza im Herbst 1891 bis Frühjahr 1892 überhaupt keine Regel hinsichtlich der geographischen Ausbreitung erkennen. Sie befiel wieder mehr oder weniger den ganzen Erdteil. Im Gegensatz zu der ersten großen Pandemie, welche in verhältnismäßig kurzer Zeit sich über die ganze Welt erstreckte und am Orte des Ausbruches meist in 2—3 Wochen den Höhepunkt erreichte, traten die Epidemien der Jahre 1891/92 am Orte des Ausbruches fast ausnahmslos ganz allmählich auf, entwickelten sich langsam, erreichten erst nach vielen Wochen den Höhepunkt, um ebenso allmählich zu erlöschen. Ein gewaltiger Unterschied gegenüber dem explosionsartigen Auftreten der Pandemie 1889, wo nach 14 Tagen die Akme erreicht war und die ganze Epidemiedauer sich auf 6—8 scharf abgemessene Wochen beschränkte. 14 Tage nach dem Bekanntwerden der ersten Influenzafälle in Petersburg wurden die ersten sicheren Fälle in Berlin, Danzig, Breslau, Mitteldeutschland, einige Tage später in Paris beobachtet. Ende November folgen Stockholm, Kopenhagen, Wien, Krakau, Hamburg, München, Schweiz. Am 17. Dezember war die Grippe in New-York, Boston, in der Folge in Amerika. Anfang Januar 1890 wurde die Grippe aus Kapstadt, Afrika, West-Indien gemeldet. Von der Schnelligkeit der Ausbreitung der Grippe in Deutschland kann man sich ein Bild machen, wenn man sich daran erinnert, daß Mitte November 1889 an 15 Orten, Mitte Dezember des gleichen Jahres breits in 450 Orten Influenza gemeldet wurde. Die Hauptpandemie verbreitete sich also mit fabelhafter Geschwindigkeit über Länder und Weltteile. Es gibt keine andere Infektionskrankheit, welche sich in dieser Hinsicht mit der Influenza messen kann. Im Gegensatz zu dieser raschen Ausbreitung der eigentlichen Pandemie erfolgte in den Nachepidemien die Seuchenausbreitung viel langsamer. Die Durchseuchung selbst kleinerer Gebiete, wie z. B. eines preußischen Regierungsbezirkes, erforderte oft mehrere Monate, mehr als die Pandemie zu ihrem Sturmlauf um die Erde gebraucht hatte. Diese langsame Ausbreitung, dieses sprunghafte Ergreifen einzelner Territorien, mit Verschonung einzelner Ortschaften ließe sich vielleicht mit der Annahme einer sukzessiv geringer werdenden Empfänglichkeit der Bevölkerung, das ist mit der Immunisierung derselben durch die vorausgegangenen Seuchen erklären. Die durch Ueberstehen der Influenza erworbene Immunität spielt bei der Ausbreitung der Pandemie und ihrer Nachzügler zweifellos eine Rolle. Villeicht nimmt auch die Virulenz des Erregers von Epidemie zu Epidemie ab. Es ist denkbar, daß bei dem ersten Hauptausbruch der größere Teil der Bevölkerung erkrankt, meist leicht, daher teilweise gar nicht beachtet, dadurch ein Immunität in ziemlicher Ausdehnung geschaffen wird, so daß bei dem Auftreten der Rezidiv-Epidemie nur ein verhältnismäßig kleiner Teil der Bevölkerung erkranken kann. So können wir die Grippe-Epidemie 1926/27 als zu der großen Periode 1917/1923 gehörig au

ssen, wenn wir überhaupt zugeben wollen, daß das gehäufte Auftreten der Erkältungen im Dezember 1926 bis März 1927 als Grippe der Influenza anzusprechen ist. Unzweifelhaft wird der Name Grippe manchmal angewendet nach dem Motto, was man nicht eklinieren kann, das sieht man als eine Grippe an. Mag sein. Das plötzliche Auftreten dieser massenhaften Erkältungskrankheiten aber, wie wir es 1926/27 beobachten konnten, bedeutet doch, daß es kein gewöhnlicher Schnupfen oder Kartarrh war. Rein ziffernmäßig müßte man damals in den Monaten Dezember 1926/Januar 1927 annehmen, daß es sich um eine reine Epidemie handeln müßte, in Würdigung des klinischen Bildes um eine Grippe, die sich in einer kleinen Welle über die Länder ergossen hat, glücklicherweise ohne allzu große Verheerungen angerichtet zu haben.

Ebenso wie vor dem Auftreten der letzten großen Pandemie 1917/23 hat es auch nach dieser Pandemie stets vereinzelte Grippefälle gegeben. Wenn im Dezember 1926/Februar 1927 erneut eine Epidemie aufflammte, so ist es weiter gar nicht verwunderlich; wodurch es dazu kam, wissen wir nicht. Bereits im November 1926 habe ich sicherlich nach Anamnese und retrospektiv nach der sehr hartnäckigen Rekonvaleszens mit nachhaltigen Gliederschmerzen Grippefälle hier bei der Kasse gesehen und in der Privatpraxis behandelt. Im Dezember traten diese Fälle häufiger auf. leichten Charakters. bis im Januar 1927 ihre Zahl rapide in die Höhe ging und die Gestalt einer kleinen Epidemie, auch in Hamburg, annahm. Die in hunderten von Fällen sich widerholende Schilderung dieses typischen Krankheitsbildes, plötzlicher Beginn mit Schüttelfrost, Fieber bis 39 und mehr, ein starkes allgemeines Krankheits- und Prostrationsgefühl, Glieder-, Rücken- und Kreuzschmerzen, Gefühl von Zerschlagensein, Kopfschmerzen, Augenschmerzen, Husten von oft pertussisartigem Charakter, Gefühl von Wundsein hinter dem Sternum und im Halse gestatten uns nicht, die Krankheit als „einfache Erkältung“ anzusehen. Auch das Versagen des kulturellen Nachweises des Erregers spricht nicht gegen das Vorliegen einer Grippe. Zu häufig wurde doch gerade von namhaften Forschern bei der Pandemie 1918/19 und in späteren Jahren mitgeteilt, daß der Nachweis des Influenza-Bazillus nicht gelang. Außerdem wurde und werden die Infuenza-Bazillen auch bei anderen Krankheiten gefunden: bei Masern, in den Kavernen der Phthisiker, bei Bronchiektasen, so daß man also nach dem derzeitigen Stand der Meinungen sagen darf, daß die Diagnose Influenza oder Grippe nicht von dem Nachweis des Influenza-Bazillus Pfeiffer abhängig gemacht werden kann. Die Diagnose kann aus den klinischen Beobachtungen gestellt werden, besonders bei zahlreicherem Auftreten und vor allem, wenn es sich um die tracheobronchiale Form handelt, also um jene Form, wie sie am weitaus häufigsten beobachtet wird.

Ich habe in den Monaten Januar und Februar 1927 Gelegenheit gehabt 294 Fälle zusammenzustellen, welche ich für Grippe halte. Anamnese, Befund sprechen dafür; im wesentlichen handelt es sich um das sogenannte Grippefieber, also um die Form, wie sie uns am häufigsten begegnet. Bereits 1915/1916 und 1916/1917 habe ich in Flandern ähnliche Erkrankungen beobachtet, die ich damals als Grippe ansprach. 1915 wurde verschiedentlich eine Vermehrung der Grippe in kleineren Epidemien beobachtet, in England, in Spanien (spanische Krankheit) und auch in Deutschland. Ich konnte die Fälle im Lazarett genau untersuchen und mich davon überzeugen, daß es keine harmlose Erkältung war. So habe ich in den Feldlazaretten in Flandern bis Februar 1917, soweit mir erinnerlich ist, einige 300 Fälle beobachtet. In einer Arbeit (Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung) habe ich 1917 darüber berichtet. Ein viel umfangreicheres Material habe ich im Jahre 1917 und vor allem während des Jahres 1918 im Marinelazarett Veddel zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Bei dem Material, welches ich nun im Auge habe, handelt es sich ausschließlich um leichte Erkrankungen, alles Fälle, die für einige Tage ein schweres Krankheitsbild darboten, aber verhältnismäßig rasch sich wieder besserten. Es fiel mir auf, daß in etwa 10% der Fälle Angaben über Appetitlosigkeit, häufige Durchfälle bei dem plötzlichen Auftreten der Krankheit, mit den anderen Angaben über Schüttelfrost, Husten, Schmerzen der verschiedensten Art usw. gemacht wurden. Vielleicht gehören diese Fälle zu der sogenannten gastrointestinalen Form der Grippe. Es ist mir bei früheren Epidemien, besonders 1917 und 1918 die Angabe über Durchfälle nicht so in Erinnerung. Ich sah auf meiner Abteilung in diesen Jahren, besonders September und Oktober 1918, sehr viele jener bösartigen häufig letal verlaufenden Fälle, aber ich kann mich nicht an Fälle mit Darmerscheinungen erinnern. Neuritiden wurden von mir jetzt in 12.5% festgestellt, Myalgien kamen in 15.3% der Fälle vor. Klagen über Gelenkschmerzen wurden mir einige Male vorgebracht, ich glaube zwei- oder dreimal. Ich bemerke, daß bei den Gelenkerkrankungen hauptsächlich die Stellen sehr schmerzhaft waren, an welchen sich die Insertionsstellen der Muskel befinden. Es ist also weniger das Gelenk selbst, an welchem ein objektiver Befund nachzuweisen war, als die Muskelansätze in der Nähe eines Gelenkes. Diese letzterwähnte Form, die Neuritiden, die Myalgien sind wohl als toxisch bedingt aufzufassen. Es ist ja bekannt, daß es zahlreiche Grippeerkrankungen gibt, die ohne alle Erscheinungen seitens irgendeines Abschnittes des Respirationstraktus einhergehen. Natürlich können auch beim Grippefieber neuritische und myalgiforme Erscheinungen vorkommen. Auffallend selten konnte ich bei der letzten Epidemie eine Mitbeteiligung der Nebenhöhlen und nur vereinzelt Komplikationen von seiten der Ohren feststellen. 1889/1890 sollen die Erkrankungsziffern für die Otitismedia während der Grippezeit das vierfache der Norm gewesen sein. Daß wir hier so wenig Komplikationen von seiten der Nebenhöhlen und der Ohren beobachtet haben, mag mit der Art des Materials, welches wir zur Untersuchung bekommen, zusammenhängen. Die Auswahl der zu untersuchenden Leute erfolgt ja nach besonderen Gesichtspunkten. Angaben über Nasenbluten, blutigen Auswurf wurde sechsmal, also in etwa 3% der Fälle gemacht, eine auffallend niedrige Zahl im Vergleich zu meinen Beobachtungen in den Jahren 1916—19. Unter den 294 Fällen konnte ich nur einmal eine Milzschwellung feststellen, was meines Erachtens auch nicht viel sagen will, da wir die wenigsten Fälle innerhalb der ersten Woche zu Gesicht bekommen. Einmal beobachteten wir im Zusammenhang mit der Grippe eine Appendizitis, die nichts besonderes darbot. Ueber einen Fall, der eine Skelettveränderung im Gefolge der Grippe betraf, berichte ich an anderer Stelle.

Vielleicht haben wir jetzt für lange Zeit vor der Grippe Ruhe. Bildet die eben vorbeigerauschte Welle den Abschluß einer gewaltigen Grippeperiode, der gewaltigsten, welche die Menschheit bisher erlebt hat? Wir können es nicht sagen. Denkbar wäre es, nachdem die letzte Pandemie doch ziemlich summarisch die ganze bewohnte Welt ergriffen hat, sich also überall reichlich ausgetobt hat. Gehen wir zurück bis zum Anfag des 16. Jahrhunderts, wo zum ersten Mal mit Sicherheit eine Grippepandemie beschrieben wird, so sehen wir, daß es immer wieder Ueberraschungen mit Rezidiv-Epidemien gegeben hat.

Betrachten wir uns einmal die Benennungen der Krankheit, die Namen Grippe bzw. Influenza näher. Beide Namen tauchen in der Geschichte der Medizin zum ersten Mal im Jahre 1743 auf. Vorher wurde die Krankheit mit mehr oder weniger populären Bezeichnungen belegt: Schafshusten, Schafskrankheit, Hühnerziep, spanischer Pieps, spanischer Ziep, russischer Katarrh, Blitzkrankheit, Modekrankheit. Teilweise deuten diese Bezeichnungen auf die Herkunft, auf das blitzartige Umsichgreifen der Krankheit hin, teilweise sollen mit dem Namen wie Schafshusten der blöckende laute Husten gekennzeichnet werden. Von der Epidemie 1732/33 ist uns überliefert, daß sie in Deutschland Modekrankheit genannt wurde, was übrigens auch aus Italien berichtet wurde. Den Namen Influenza gebrauchten zuerst Pringle und Huxham von der Epidemie 1743. Das Wort soll hindeuten gleichsam auf die Ursache der Krankheit: Einfluß der Kälte, Influenza di freddo oder Beeinflussung durch atmosphärische Vorgänge (nach Ansicht der damaligen Zeit). Schon Ch. Calenus in Greifswald sprach von einer Abhängigkeit von einem gewissen Einfluß des Himmels, ab occulta quadam coeli influentia (1579). Bereits er, einer der ältesten Kontagionisten, dachte aber bei dieser Influentia an den kantagiösen Charakter der Krankheit, daß die vor allem befallen werden, die mit den Kranken zu tun hatten und daß die Fernerstehenden weniger ergriffen werden. Es hat lange gebraucht, bis diese bereits von ihm ausgesprochene Kontagiösität der Krankheit allgemein Anerkennung gefunden hat. Noch zu Beginn der Pandemie 1889 wurde diese Lehre von der kontagiösen Natur der Influenza teilweise noch recht lebhaft bestritten. Meines Erachtens bezeichnet aber der Name Influenza, wenn wir das Wort influere übersetzen, ganz typisch das Hereinbrechen, das katastrophale, elementare Sichergießen über die Menschheit. Durch diese Auffassung kommen wir dem Namen Grippe näher, welchen die Fran-

zosen geprägt haben. Das Wort wird von agripper (Angreifen) oder gripper (erhaschen, erwischen) hergeleitet und ist verwandt mit unserem gut deutschen Worte: greifen. Das, was die Menschheit erwischt.

Und nun zum geschichtlichen Teil. Katarrhalische Seuchen sind zu allen Zeiten vorgekommen. In den Schriften des Altertums lassen sich jedoch keine Beschreibungen von Epidemien, welche auf die Influenza absolut genau passen, finden. Die Geschichte der katarrhalischen Fieberseuchen beginnt daher erst später, eigentlich erst im späten Mittelalter. Die von Hippokrates und Livius erwähnte Epidemie des Jahres 412 v. Chr. wollen manche Historiker als Influenza ansprechen, ebenso wie sie gewisse Stellen bei Thucidides mit der Influenza in Zusammenhang bringen wollen (die attische Pest ist natürlich nicht damit gemeint). Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit lassen sich diese von Hippokrates und Livius geschilderten Seuchen vielleicht als Influenza ansprechen. Ihren Schilderungen fehlen allerdings Angaben über das sprunghafte Sichausbreiten und Uebergreifen auf andere Länder, denn auch damals war doch schon ein gewisser Handel im Mittelmeer entlang den Küsten in Blüte und die Ausbreitung der Influenza im Wege des Verkehrs möglich. Ihre Berichte sind aber immerhin geeigneter und brauchbarer, um aus ihnen die Influenza vermuten oder ahnen zu lassen, als die Berichte mancher Chronisten der ersten Jahrhunderte christlicher Zeitrechnung. Bei letzteren begegnen wir manchmal sehr unbestimmten und fragmentarischen Beschreibungen, die dazu nicht einmal medizinischen Charakters sind. Von den Hustenepidemien des 7. bis 10. Jahrhunderts, dem „italienischen Fieber", kann schon eher behauptet werden, daß es sich um Influenza gehandelt habe. So wird 827 von einem Husten, der sich der Pest gleich verbreitete, berichtet. 876 wird das sogenante „italienische Fieber" erwähnt, welches in Deutschland und Italien herrschte und von Augenschmerzen begleitet war. Die Kombination des Reizhustens mit den Augenschmerzen, worunter die Druckempfindlichkeit der bulbi, der Austrittsstellen der Nn. supra- und infraorbitales doch zu verstehen ist, lassen mit einer gewissen Berechtigung an Influenza bei dieser Epidemie denken. Es folgen dann Epidemien, die mit geringer Wahrscheinlichkeit als Influenza angesprochen werden können. Erst 1387 haben wir wiederum eine Epidemie, welche wir nach den uns überlieferten Aufzeichnungen für eine Influenzaepidemie halten dürfen. Diese Epidemie lassen die meisten Autoren als erste sichere Epidemie gelten, wie z. B. u. a. auch Biermer; etwas vorsichtiger noch sind Thompson, Cülzer und O. Seifert, welche als erste echte Influenzaperiode erst die Pandemie 1510 gelten lassen wollen.

Sehen wir uns die Schilderungen der einzelnen Epidemien an. Wir beginnen mit der Epidemie des Jahres 1387. Fast alle Chronisten sprechen von dieser Krankheit, ein Beweis dafür, wie verbreitet die Krankheit gewesen sein muß. Dieses Erwähnen von verschiedenen Seiten ist auch in den folgenden Jahrhunderten ein regelmäßig auftretendes wichtiges Charakteristikum für die Diagnose Influenza. Valesco v. Tarent beobachtete diese Epidemie damals als Arzt (in Italien). Kaum der 10. Teil der Bevölkerung, Kinder ausgenommen, blieben von der Krankheit verschont. Die von ihr ergriffenen Dekrepiden starben alle, eine Beobachtung, welche späterhin zu allen Epidemiezeiten sich regelmäßig wiederholten: Die Sterblichkeit der alten Leute war stets eine große, wenn sie erkrankten. Die alten Leute erkranken ja nicht immer, wie sich das in den Jahren 1917/23 zeigte, im Gegensatz zu der Epidemie 1889/93, wo gerade die alten Leute in ziemlicher Zahl erkrankten und starben (vielleicht ein Beweis für die Beschränkug der Immunität auf eine gewisse Anzahl von Jahren).

Von der gleichen Epidemie 1387 hören wir, daß die Krankheit sehr ausgebreitet in Oberdeutschland herrschte: Die Kranken litten 4—5 Tage lang an den lästigsten katarrhalischen Erscheinungen (molestissimis destillationibus), genasen bald wieder und nur die wenigsten starben. Schon damals also das verschiedenartige Auftreten der Grippe, was die Bösartigkeit und Gutartigkeit des Auftretens betrifft. Im 15. Jahrhundert waren es die Jahre 1403, 1410/11, 1414, 1427 und 1438, aus welchen uns Katarrhe beschrieben werden, welche sich aus der Art ihres Auftretens und ihrer Symptome als Influenza erkennen lassen. Wahrscheinlich handelte es sich damals schon um eine Influenzaperiode. Während die Epidemien 1403, 1410/11, 1414 und 1427 vorwiegend in Frankreich grassierten und sehr leicht und harmlos waren, war die Epidemi des Jahres 1438 in Italien allgemein ausgebreitet und für Kinde und Greise gleich gefährlich. Bei der Epidemie 1410/11 nahmen di Aerzte an, daß die Krankheit durch ein allgemeines Kontagium de Atmosphäre entstanden war. Das Volk erblickte in ihr eine Straf Gottes, für diejenigen, welche ein damals beliebtes laszives Vaude ville gesungen hatten. Aus dieser Zeit stammen auch die Name Tac, was soviel heißt wie Schafsräude und Horion; letzteres Wo heißt männlichen Geschlechts: der Faustschlag, der Hieb, weil lichen Geschlechts bedeutet es soviel wie die Räude.

Von der Epidemie 1414, welche Coqueluche genannt wurde — die sicherlich kein Keuchhusten war — wird berichtet, daß in Pari mehr als 100 000 Personen erkrankt seien. Es erscheint dies fü eine Stadt damaliger Zeit eine ganz enorm hohe Ziffer; es wir aber behauptet, daß Paris bereits im Jahre 1250 120 000 Einwohne gehabt haben soll.

Aus dem 16. Jahrhundert liegen Berichte vor über ziemlic viele und vor allem sehr weit verbreitete Epidemien. Es ist zu ersten Mal, daß über ein und dieselbe Pandemie, über ein und di selbe Grippepandemie von verschiedenen Autoren aus verschie denen Ländern zusammenfassend berichtet wird.

Die Pandemie 1510 war ziemlich weit verbreitet über gan Europa mit Richtungszug von Süd nach Nord, zuerst in Malta un Sizilien aufgetreten, dann in Spanien, Portugal, Italien, Frankreic Deutschland, Holland, England, Ungarn beobachtet. Sehr wah scheinlich ist die Grippe damals nach Malta und Sizilien, wo si also zuerst beschrieben wurde, von der Levante, also doch aus de Osten eingeschleppt worden. Sie ist meines Erachtens die erst gut beschriebene wirkliche Pandemie. Aus den recht zahlreich un ausführlich uns von ihr überlieferten Berichten ergibt sich vi Aehnliches mit dem, was uns von den letzten großen Pandemie 1889/94 und 1917/23 bekannt ist. Sie wird als ein Fieber beschriebe welches mit Kopfweh, Appetitlosigkeit, Schmerzen in der Schulte Nieren (Kreuzschmerzen) und Schenkelgegenden, Oppression de Brust, Schnupfen und Husten einherging und fast jedermann befie „übrigens nur wenige tötete".

Nur ein Autor, ein Franzose, berichtet von dieser Pandemi daß die Krankheit viele Opfer gefordert habe. Also schon dama konnte von der Influenza beobachtet werden, daß sie ganze Er teile in kurzer Zeit befiel, in ihrer Heftigkeit sich aber verschiede auswirken kann. Vielleicht sind die Berichte über Influenza a dem Jahre 1515 als Nachzügler der Pandemie 1510 aufzufasse 1555 tauchen die ersten Berichte über Influenza wieder auf. Mit de Aufzeichnungen über Influenza aus den Jahren 1557 und 1563 i wohl eine Periode 1555/63 anzunehmen. 1557 verlief die Erkranku vorzüglich unter dem Bilde der fieberhaften Bronchitis: Jederma ohne Unterschied des Standes, Geschlechts und Alters wurde e griffen. An manchen Orten scheint die Krankheit bösartig u kompliziert gewesen zu sein. Es tauchen also zum ersten Mal hi Mitteilungen über Komplikationen auf. Coytard berichtet a dem Jahre 1557 zur Charakterisierung der Epidemie, daß von 10 kaum einer frei blieb.

Ueber die sehr bedeutende Pandemie des Jahres 1580, welc sich zuerst im Orient, Konstantinopel und Nordafrika ausbreite von Konstantinopel aus über Venedig (Levantefahrer, vorwiege die Venezianer!) Sizilien, Italien und das übrige Europa ergri liegen aus den verschiedensten Ländern viele authentische Berich vor (namentlich von italienischer Seite). Nach Pechlin (obser phys. med. Hamb. 1691) soll sich die Krankheit zuerst in Afri und auf der Insel Malta gezeigt haben und von da nach Italien ei geschleppt worden sein.

Nach allen Berichten kann man von dieser Epidemie des Jahr 1580 annehmen, daß sie im südlichen und mittleren Europa i Sommer, der sehr heiß gewesen sei, grassierte, in Italien und d Niederlanden gleichzeitig im Juni, in Frankreich im Juli, in Deutsc land in den Monaten August, September und Oktober, in den nör lichen Ländern (Dänemark, Schweden, Livland) erst im Novemb und Dezember beobachtet wurde. Aus allen Beschreibungen ge hervor, daß diese Pandemie mit unseren Beobachtungen über d Grippepandemie in den meisten Punkten übereinstimmt; es fä auf, daß sie nach manchen Berichten sehr bösartig gewesen se muß. So soll nach Berichten von Mercatus und Villalba b sonders in Spanien und Italien die Krankheit sehr bösartig ve laufen sein und viele Opfer gefordert haben. In Rom sollen dama

mehr als 9000 gestorben, Madrid und andere Städte sollen beinahe ganz entvölkert worden sein. Für die Auffassung, welche man von der Grippe damals hatte, ist charakteristisch, daß jedesmal das Auftreten der Krankheit wieder als etwas Neues betrachtet wurde. Man hatte eben vergessen, was vor Jahrzehnten passiert war. Die Ueberlieferung früherer Berichte war damals noch nicht so exakt und vollständig wie heutzutage und erfolgte vor allem in viel, viel langsamerem Tempo; typisch dafür ist, wie Bokel sein Werk betitelt: Synopsis novi morbi, quem plerique medicorum catarrhum febrilem vel febrim catarrhosam vocant. In Deutschland hieß die Krankheit damals spanischer Ziep (und 337 Jahre später?). Für diese Epidemie ist das annähernd gleichzeitige Auftreten z. B. in Sizilien und Holland der Beweis dafür, daß der Verkehr bei der Ausbreitung der Krankheit sicherlich eine Rolle gespielt haben muß, denn damals führten auf den gleichen Handelswegen die gleichen Kauffahrer, die nach Malta und Sizilien kamen, ihre Schiffe nach Holland.

Die in den 90er Jahren des 16. Jahrhunderts (1590/91, 1593 und 1597) in Deutschland, Italien, Frankreich und Holland beobachteten katarrhalischen Epidemien werden als Influenza-Epidemien angesprochen. Die 1590/91 besonders in Italien grassierende äußerst gefährliche Krankheit mit schweren Nerven-Symptomen, welche in Rom in einem Jahre mehr als 60 000 Menschen das Leben gekostet haben soll, kann unmöglich ein einfacher Katarrh gewesen sein. Wahrscheinlich gehören die von 1580/97 beobachteten Pan- und Epidemien, die merkwürdigerweise in ihrem Nachschub Italien, Deutschland und Holland wechselnd bevorzugten, zu ein und derselben Grippeperiode.

Vom 17. Jahrhundert sind uns als die wichtigsten Epidemien, soweit Europa in Frage kommt, die der Jahre 1657 auf 1658 und 1675 auf 1676 überliefert. Die Epidemie der Jahre 1688 und 1693 waren vornehmlich auf England und Irrland beschränkt. In diesem Jahrhundert wird auch zum ersten Mal über die Verbreitung der Influenza in Nordamerika berichtet, und zwar wird von einigen das Jahr 1627 genannt, von anderen die Jahre 1647 und 1655. Jedenfalls wird das Uebergreifen der Grippe von Nordamerika auf Westindien und Chile auch bereits damals schon festgestellt.

Um die Weihnachtszeit des Jahres 1657 trat die Grippe in der Schweiz und in Norddeutschland massenhaft auf. In England wird die gleiche Krankheit von Ende April bis Ende Mai des Jahres 1658 gemeldet. Die Beschreibung von Willis läßt keinen Zweifel, daß es sich um eine in kürzester Zeit ausgebreitete Influenza handelte. Die Epidemie begann ganz plötzlich und ergriff sofort eine große Anzahl von Personen, so daß in einzelnen Städten in einer Woche mehr als 1000 erkrankten. Willis beschreibt typisch die Symptome, welche wir von der Influenza kennen: Die vorwiegend tracheobronchiale Form, Beobachtungen über Nasenbluten, über gastrointestinale Formen. Er berichtet uns auch, daß sehr viele schwächliche und namentlich alte Leute dahingerafft wurden. Endlich wird die Epidemie des Jahres 1675 beschrieben, der übrigens Willis erlag und welche in Deutschland von Etmüller und in England von Sydenham geschildert wurde.

Im 18. Jahrhundert wurden sehr viele Grippejahre beobachtet, die sich etwa bis zu 5 bis 6 Grippeperioden vereinigen lassen. 1709/12 überzog eine größere Pandemie Italien, Frankreich, Deutschland, Belgien und Dänemark. Sie fällt in das letzte Drittel des spanischen Erbfolgekrieges; der Winter 1708 auf 1709 war sehr streng. Alles äußere Umstände, die für die Ausbreitung einer solchen Pandemie förderlich sind. Die Erkrankungen der Jahre 1729/33 stellen eine weitere Periode dar. Nachzügler von ihr sind bis 1739 festzustellen. Nach den überlieferten Berichten kann man 2 Hauptzüge unterscheiden: 1729 und 1732 beginnend; das Vordrängen der Krankheit aus Rußland und Polen ist für beide Züge festgestellt. In Deutschland war sie im Oktober und November 1729 weit verbreitet, zuerst im Norden, dann im Süden. In Italien wurde sie im Januar und Februar 1730 beobachtet. Das letzte blitzähnliche Auftreten der Epidemie an den einzelnen Orten wird mehrfach erwähnt; in Wien brach die Seuche am 21. 11. 1729 ganz plötzlich aus. Ueber 60 000 Menschen wurden im ganzen dort ergriffen, in Rom ebenfalls 80 000, in Mailand 50 000, in London blieb kaum 1 % frei. So ziemlich ganz Europa war befallen, auch in Mexiko und Nordamerika trat die Influenza massenhaft auf. Die Krankheit war meistens nicht gefährlich. Um so auffallender ist es, daß aus Italien und England berichtet wurde, daß die Grippe damals sehr bösartig gewesen sein soll. In London sollen in einer Woche 908 Personen daran gestorben sein. Zum ersten Mal wurden hier Komplikationen bestimmter Art, namentlich Lungenentzündungen, beobachtet. In der Schweiz wurde beobachtet, daß die katarrhalische Epidemie von einem bösartigen Fieber gefolgt war. Auch diese Beobachtung spricht dafür, daß die Komplikationen mit Pneumonie häufig waren, das Krankheitsbild zu einem absolut bösartigen mit infauster Prognose machten und nicht, wie Biermer meint, daß neben der Influenza das gleichzeitige Bestehen einer Typhusepidemie angenommen werden dürfte. Die Beschreibungen passen auf das, was wir in dem letzten Vierteljahr des Jahres 1918 erlebt haben. Der gleichfalls im Osten beginnende Zug des Jahres 1732 war noch ausgedehnter, sowohl in Europa als auch in Nordamerika. Diesmal trat die Krankheit auch in Afrika auf (Isle de Bourbon = Reunion). Im November 1732 kam die Krankheit aus Rußland und Polen nach Deutschland, in Schottland wurde sie im Dezember des gleichen Jahres festgestellt. Nach England, Holland, Frankreich und Italien wurde sie im Januar 1733 eingeschleppt. In Nordamerika soll sie bereits im Oktober 1732 beoboachtet worden sein. Von einem Einschleppen der Krankheit (diesmal) von Europa nach Nordamerika kann somit keine Rede sein. Sowohl in Europa als in Nordamerika trat die Krankheit annähernd gleichzeitig im Herbst, zu Beginn der kälteren Jahreszeit mit ihren ungünstigen naßkalten klimatischen Einflüssen auf. Der Gang der Epidemie war auf beiden Kontinenten von Norden nach Süden. Der Verlauf der Krankheit war ein günstiger. Die bis in das Jahr 1738 auftretenden Nachzügler bilden vielleicht eine Brücke zu den Epidemien der Jahre 1742/43, so daß wir also wahrscheinlich damals eine Periode 1729/43 von 14jähriger Dauer hatten. Im Januar und Februar 1742 epidemisierten an einzelnen Orten in Deutschland katarrhalische entzündliche Krankheiten. Im Herbst des gleichen Jahres erschien die Influenza in der Schweiz und in Italien, im Februar 1743 war sie in Frankreich (damals zuerst Grippe genannt). Von da an bis zum Mai war die Epidemie über den größten Teil von Europa verbreitet. In England war die Krankheit (nach Huxham) oftmals gefährlich. Auch anderweitig hatte sie nicht immer gutartigen Charakter. Die Greise lieferten das größte Sterblichkeitskontingent. Die Epidemien der Jahre 1729/43 ähneln sich alle sehr, sowohl ihrer Herkunft nach als nach der Art ihrer jedesmaligen Ausbreitung. Auch sind die Jahre 1729 und 1730 und 1742 auf 1743 sich sehr ähnlich in einer gewissen Bösartigkeit. Das Wiederaufflackern der Grippe in den Jahren 1742/43 mag vielleicht damit im Zusammenhang stehen, daß durch die damals sich ablösenden Kriege, die Schlesischen Kriege, den Oesterreichischen Erbfolgekrieg, ein geeigneter Boden für das ewige Wiederaufflackern der Epidemien geschaffen wurde. Infolge der schlechten Verkehrsverhältnisse war die Ausbreitung der Krankheit natürlicherweise nicht so rasch möglich wie heutigen Tages. Es war damals noch viel eher möglich, daß einzelne Gebiete und Länderteile von der Grippe verschont blieben, um in späteren Zeiten der Grippe anheimzufallen. Durch die Truppenverschiebungen der damaligen Zeit ist der Weiterverbreitung der Krankheit natürlich Vorschub geleistet worden. Im Jahre 1743 muß die Krankheit besonders in Frankreich sehr heftig gewesen sein. Französische Truppen wurden seit 1740 in Europa da- und dorthingeworfen; in dem sehr strengen Winter 1742 auf 1743 schlugen sich französische und bayrische Heere von Prag nach Eger durch (in der Nacht vom 16. auf den 17. Dezember 1742), wobei Tausende auf dem Marsch umkamen. Die 14 000 Mann, welche Eger erreichten, trugen den Todeskeim in sich. Wenn ich damit auch nicht sagen will, daß die Todesursache lediglich Grippe war, so ist vielleicht doch die Einschleppung der Krankheit nach Frankreich durch das Zurückfluten der Reste jener Heere zu erklären, welche aus dem seit 1742 wieder ziemlich mit Influenza verseuchten Deutschland ihrer Heimat zuströmten und so die Grippe mitbrachten. Der Charakter der Influenza als Infektionskrankheit bringt es mit sich, daß die Virulenz des Erregers schwankt. Sie ist zu gewissen Zeiten überall auf der Erde endemisch, sie bleibt irgendwo in der Welt in einem oder mehreren Orten und unternimmt von da aus ihre Seuchenzüge. Die Erkrankungen werden durch Bazillenträger, Leichtkranke, in Massen verschleppt. Nach gewisser Zeit, wenn die Verhältnisse es gestatten, nimmt die Virulenz der Erreger wieder zu. Teile der Bevölkerung, die früher von der Krankheit verschont wurden, werden dann ergriffen, oder schon einmal an Grippe Erkrankte werden erneut krank, wenn der Schutz ihrer Immunität ab-

genommen hat. Solche Verhältnisse spielten damals in den Jahren 1742/43 sicherlich eine große Rolle.

1757 auf 1758, 1761 auf 1762 und 1767 bilden wieder eine Grippeperiode. Es wird behauptet, daß die ersten Nachrichten über das Auftreten der Krankheit damals aus Nordamerika stammen und daß die Krankheit von hier aus nach Europa eingeschleppt worden sein soll. Zuerst wurde die Krankheit in Europa damals in Frankreich und England, dann in Deutschland und Italien beobachtet. Daß eine Reinfektion in Frankreich und England von Amerika aus erfolgt sein könnte, ist wahrscheinlich, da zu damaliger Zeit in Westindien und Nordamerika die Kolonialkämpfe um den Besitz Westindiens zwischen England und Frankreich sich abspielten und der Schiffsverkehr sehr leicht damals die Krankheit aus dem Westen nach dem europäischen Kontinent gebracht haben kann. Im Jahre 1781 auf 1782 herrschte eine bedeutende Pandemie. Das erste Auftreten wurde im Herbst 1781 in China und Indien beobachtet, sodann im Dezember in Sibirien, Rußland, im Februar 1782 in Finnland, dann im März bis Juli in Deutschland, Dänemark, Schweden, England, Schottland, Holland, Frankreich, Italien und Spanien. Ueberall, wo sie auftauchte, ergriff sie mit pestähnlicher Schnelligkeit die Bevölkerung (daher der Name Blitzkatarrh).

In Petersburg erkrankten im Jahre 1782 gleich zu Beginn etwa 40 000 Leute, in Königsberg täglich etwa 1000. Von dieser Pandemie wird zum ersten Mal das Auftreten der Krankheit auf Schiffen während der Reise berichtet. Beobachtungen über starke Beteiligung des Intestinaltraktus waren verhältnismäßig häufig. 1788/90 wurde eine weitere Pandemie beobachtet, ebenso 1799, welch letztere mit Nachzüglern bis 1808 dauerte. Diese Periode ist aus mehreren Eruptionen und Zügen zusammengesetzt. Der erste pandemische Zug beginnt im Dezember 1799 in Rußland. Die Krankheit verbreitete sich über Galizien, Polen nach Deutschland, Frankreich und Dänemark. Nach fünfmonatiger Pause zunächst im Oktober 1800, ferner im Winter 1802 auf 1803 kommt es zu endemischen Lokalepidemien von großer territorialer Ausdehnung in Frankreich, Deutschland, England, Schweiz. Ausläufer dieser Pandemie können bis 1808 verfolgt werden.

Im 19. Jahrhundert haben in Nord- und Südamerika verschiedene große Epidemien in den Jahren 1811, 1815 auf 1816, 1824 auf 1826 geherrscht. Die Zusammenfassung zu einer großen Periode ist etwas schwierig, aber immerhin in den Bereich der Wahrscheinlichkeit zu ziehen. 1827 war eine große Grippeepidemie in Rußland und Sibirien, vielleicht der Auftakt zu der großen Pandemie bzw. Grippeperiode der Jahre 1830/33 bis 1836/37. Diese außerordentlich in- und extensiv über die ganze Erde sich ergießende Influenzaperiode setzt sich aus 4 Zügen zusammen.

Ein erster Zug scheint im Jahre 1830 in China zu beginnen, ergriff Manilla, Polynesien, Borneo, Java, Sumatra, Indien. In Europa beginnt die Grippe im Oktober 1830 in Rußland, setzt sich sodann auf das übrige Europa fort. 1832 kommt die Krankheit nach Spanien und Nordamerika. Nach einjähriger Pause wird Europa in der gleichen Art und Weise, in der gleichen Richtung von der Krankheit heimgesucht. Drei Jahre später erfolgt wieder von Rußland aus im Dezember 1836 eine Durchseuchung Europas mit Grippe. Bereits im Sommer 1836 grassierte die Influenza in Australien, Polynesien, Indien. Die Epidemie 1837 gehörte nicht zu den gutartigen. Man war überall über die verhältnismäßig große Sterblichkeit erstaunt. Besonders klagte man darüber in London, Dublin, Paris, Hamburg, Genf, Toulouse, Monpellier und anderen größeren Städten. Die vorausgegangenen Epidemien von 1833 waren viel gutartiger wie auch die folgenden Epidemien der Jahre 1847/48 bis 1850. Bei der Epidemie 1847/48 erfolgte der Ausbruch diesmal nicht im Osten, in Rußland, sondern 1846 auf 1847 haben wir Grippeepidemien gleichzeitig in England, Dänemark, Belgien, Schweiz, Frankreich, und erst März 1847 haben wir die Grippe in Rußland. Sodann kam es im September 1847 zum Hauptausbruch der Krankheit, anscheinend zuerst in Frankreich und dann in rascher Folge im übrigen Europa. Dann war die Welt eigentlich von der Grippe verschont bis zum Jahre 1889, von einigen kleineren, mehr oder weniger lokalen Epidemien abgesehen. Im Winter 1889 auf 1890 nahm eine Influenzaepidemie mit bis dahin unbekannter Geschwindigkeit und Ausdehnung vom fernen Osten her ihren Sturmlauf nach und durch Europa und von hier aus über den größten Teil des Erdballs. Sie wurde zu einer richtigen Weltseuche. Die gewaltige räumliche Ausdehnung über den ganzen Erdball in verhältnismäßig kurzer Zeit, wie dies 1889 im Herbst erfolgte, war nur möglich an Hand der enormen Entwicklung, welche der Verkehr schon damals genommen hatte. In erster Linie kam dafür der Personenverkehr in Frage. Wie wir gesehen haben, wird von der Pandemie 1782 zum ersten Male über das Ausbrechen der Krankheit auf Schiffen berichtet. Daß der Verkehr eine große Rolle bei der Ausbreitung der Grippe überhaupt und vor allem bei der Geschwindigkeit der Ausbreitung ausschließlich eine Rolle spielt, dürfte durch den Gang der Ereignisse bei den letzten beiden großen Pandemien bewiesen sein. Es ist nicht richtig, wenn Biermer, allerdings aus seiner damaligen Zeit heraus, schreibt, daß die Influenza von dem Verkehr nur wenig oder gar nicht beeinflußt wird, daß die Verbreitungsweise der Influenza eine große Unabhängigkeit vom Verkehr habe. Es ist absolut richtig, was Leichtenstern betont: „Die Geschwindigkeit, mit welcher sich die pandemische Influenza über Länder und Weltteile zu verbreiten pflegt, ist eine außerordentlich große. Es gibt keine andere Infektionskrankheit, welche sich in dieser Hinsicht mit der Influenza messen könnte, und dennoch ist die Geschwindigkeit keineswegs, wie man angenommen hat, größer als die unserer schnellsten Verkehrsmittel, der Eisenbahn, der Ozeandampfer." Das genaue Studium der Verbreitungsweise der Pandemie 1889/1894 und 1917/1923 hat über alle Zweifel erwiesen, daß die Verbreitungsgeschwindigkeit der Seuche nirgendwo auf der Erde die Geschwindigkeit unserer schnellsten Transportmittel übertrifft. Je entwickelter der Verkehr wurde, desto rascher reisten die Pandemien durch die Welt. Ein Vergleich der Epidemien 1830/31 und 1889/90 zeigt am besten die Richtigkeit der Behauptungen von der Abhängigkeit der Ausbreitung, der Geschwindigkeit der Grippe vom Verkehr. Wozu die Influenza in den Jahren 1830/31 Monate gebrauchte, erreichte sie 1889/90 innerhalb weniger Wochen. Ebenso wie die Geschwindigkeit der Ausbreitung der Influenza vom Verkehr abhängt, genau so ist es mit der örtlichen Ausdehnung, welche die Pandemien jeweils genommen haben. Die Wege und Richtungen der Ausbreitungen werden nachweislich vom Verkehr bestimmt, sowohl im großen, wenn die Grippe über Länder und Weltteile dahinstürmt, als im kleinen, bei ihrer Verbreitung innerhalb eines Landes, einer Provinz, eines Bezirkes. Die Hauptverkehrszentren werden zuerst ergriffen, das platte Land, entlegene Orte, verkehrsarme Gegenden, werden von der Seuche meist erst viel, viel später erreicht.

Ueber die letzte große Pandemie 1918/23, von der wir eigentlich nicht sicher sagen können, von wo aus sie sich über die Welt ausgebreitet hat — bei sämtlichen früheren Pandemien wissen wir das — brauche ich wohl nichts zu sagen. Die Eindrücke über sie sind noch zu lebhaft in unserer Erinnerung. Sie war wohl die verbreiteste, vor allem die verheerendste und bösartigste aller Zeiten. Ob letzteres damit zusammenhängt, daß die Bevölkerung zum Teil durch die Kriegsstrapazen sehr mitgenommen war, ist fraglich; denn in allen Ländern, waren sie vom Kriege direkt betroffen oder nicht, war der Verlauf der Krankheit ein bösartiger, in einem bisher noch nicht beobachteten Ausmaße. Auffallenderweise erkrankten bei dieser letzten Pandemie vorwiegend Leute von 20—40 Jahren, seltener die älteren Jahrgänge. Vielleicht hatten die Leute über 30 Jahre noch eine gewisse Immunität von der Epidemie der Jahre 1889/90 her. Die Letalität soll in allen Lebensaltern annähernd die gleich große gewesen sein, vor allem war sie bei Leuten über 60 Jahre sehr groß. Nach meiner eigenen Erfahrung kann ich dem nicht ganz beipfichten. Ich kann sagen, daß die Kranken, welche ich während der Epidemie verloren habe, sich meist im Alter von 20—32 Jahren befanden. Ich muß allerdings zugeben, daß mein Material sich ausschließlich aus Soldaten zusammensetzte; dadurch war es von vornherein gegeben, daß ich Leute über 50 Jahre selten in Behandlung hatte. Wenn ich an die Gestorbenen meiner Abteilungen denke, so kann ich nur sagen, daß es mir unvergeßlich ist, daß gerade die jüngsten und kräftigsten Individuen es waren, welche ich durch den Tod meist innerhalb weniger Tage im Lazarett verloren habe.

Die Frage, weshalb die Influenza alle 25 bis 40 Jahre die Welt befällt, ist sehr interessant, bis heute noch nicht gelöst. Wir können wohl retrospektiv stets feststellen, wo der Herd der jeweiligen Pandemie war, wie sie aber auf einmal wieder so plötzlich entstehen konnte, das wissen wir nicht. Weshalb eine Durchseuchung der ganzen Welt mehr oder weniger eintritt, wissen wir gleichfalls nicht. Aus den Beobachtungen ergibt sich, daß nach dem Ausbruch einer

Pandemie durch ihren raschen Siegeslauf über die ganze Welt zunächst einmal eine gewisse Immunität eintritt, dann wird es etwas ruhiger. Wo sich in der Zwischenzeit das Virus konserviert, ob es im Körper einiger Virusträger ist, ob an einem, in mehreren Orten ein endemischer Herd für die Erhaltung des Erregers sorgt, ist uns gleichfalls bis jetzt unbekannt. Ob eine Virulenzsteigerung, Hungersnot, Kriegsstrapazen oder andere ungünstige äußere Umstände daran noch beteiligt sind, ist nicht sicher. Sicher ist jedoch, daß — vorausgesetzt, daß wir für die Influenza einen Errger anerkennen wollen — es einer Reihe von Jahren bedarf, um die Menschheit für den massenhaften Ausbruch der Krankheit wieder empfänglich zu machen. Der Erreger — ob es der Pfeiffersche Bazillus ausschließlich ist, ob er überhaupt als Erreger in Frage kommt, scheint mir noch nicht genügend geklärt oder gar bewiesen zu sein — braucht jedenfalls unbedingt eine bestimmte Zeit, um sich in einer neuen Pandemie wieder auswirken zu können, um eine explosionsartige Durchseuchung der Welt hervorzurufen. Wenn auch zwischen den einzelnen Grippeperioden stets kleinere Epidemien gleichsam als Verbindungsleute aufgetreten sind, so muß doch etwas daran schuld sein, daß es nicht jedesmal zu einer die ganze Welt befallenden Epidemie kommt. Entweder ist eine Immunität von so und so viel Jahren Dauer generaliter vorhanden oder der Erreger braucht Zeit, um erneut zu mächtigem Schlage ausholen zu können. Nehmen wir die Immunität als Grund dieses epidemiologischen Verhaltens an, so könnte dies für die Leute gelten, die beim ersten Ansturm erkranken; ein Teil wird aber doch jedesmal von der Krankheit verschont. Weshalb erkrankt dieser Teil anläßlich der Rezidiv-Epidemien nicht genau so stürmisch? Wir müssen dabei doch daran denken, daß die Erreger nicht mehr so angriffskräftig sind. Gerade die letzte Pandemie hat uns auf dem Gebiet der Frage des Erregers gewaltige Probleme aufgegeben, die meines Erachtens nicht so einfach zu lösen sind. So verlockend es war, nach der Entdeckung Pfeiffers im Januar 1892 zu glauben, daß der Erreger der Influenza gefunden sei, die Diagnose dadurch wesentlich erleichtert werden könnte, so groß ist die Ernüchterung jetzt, wo wir doch gelernt haben, daß der Nachweis des Influenzabazillus nicht immer gelingt, ja sogar in der Mehrzahl der Fälle nicht gelingt (1918/23), daß er andererseits auch gefunden wird bei Krankheiten, wo sicher keine Influenza vorliegt. Zudem ist das klinische Bild der Grippe so charakteristisch, daß wir zur Diagnose Grippe berechtigt sind auch ohne den Nachweis eines dazugehörenden Bazillus. In dieser Hinsicht unterscheidet sich die Influenza ganz wesentlich vom Typhus. Hier ein Erreger, von dem man sagen kann, ohne ihn kein Typhus. Dort aber ein für die Diagnose praktisch nicht zu verwertendes kleines Stäbchen. Zur Anerkennung einer Influenzaepidemie als „echte Influenza" können wir mit dem Postulat nach dem Nachweis des Pfeifferschen Bazillus in jedem einzelnen Falle nichts anfangen; denn die These: wo kein Influenzabazillus, da ist keine Influenza oder Grippe, hat sicherlich keine Berechtigung. Wir haben ja auch gelernt die Anerkennung der Diagnose Tuberkulose unabhängig zu machen von dem Nachweis des Tuberkelbazillus in jedem einzelnen Falle (z. B. die geschlossene Tuberkulose). Eine Enteritis mit Blut, Schleim und Eiter ist kein harmloser Darmkatarrh, sondern in klinischer Hinsicht eine Ruhr, besonders dann, wenn solche Fälle gehäuft auftreten. Wir sind berechtigt, klinisch die Diagnose Ruhr zu stellen, auch dann, wenn wir nicht jedesmal den Erreger zu finden in der Lage sind.

Medizinisch-rechtlicher Teil.

Bearbeitet von
Dr. J. FRANKFURTER, Leipzig, Elsterstraße 14.

Die Aufwertung des Arzthonorares.

Die zerrütteten allgemeinen Wirtschaftsverhältnisse unter dem fortwährenden Kurswechsel der Papiermark als Inlandszahlungsmittel hat die freien Berufe und vor allem die Aerzteschaft schwer betroffen. Nicht allein das Vermögen als Betriebskapital schwand jäh unter den Händen, da die gezahlten Honorare bei ihrer Abrechnung infolge der raschen Wertminderung der Papiermark nicht einmal zur Bestreitung des täglichen Lebensunterhaltes, geschweige denn einen Ueberschuß abzuwerfen vermochten, der zu Neuanschaffungen der notwendigen Instrumente und vor allem der Fachliteratur gereicht hätte. Das allgemeine Wissensniveau und mithin das Ansehen des Standes wurde dadurch stark untergraben, was erst nach der Währungsstabilisierung mit Müh und Not allmählich wieder im Interesse des allgemeinen Gesundheitszustandes und der staatlichen Wohlfahrt abgebaut werden mußte. Das Aufwertungsgesetz vom 16. Juli 1925 und seine Durchführungsverordnung vom 29. November 1925 hat auf diesen äußerst bedenklichen Wirtschaftszustand fast gar keine Rücksicht genommen, da sie sich vornehmlich mit dinglich gesicherten Schulden, wie Hypotheken, Grundschulden, Reallasten und Ansprüchen gegen Wirtschaftsunternehmungen, wie Bankinstitute, Industrie jeglicher Art u. a. m., befassen. Daher kommt es, daß die sehr dehnbaren allgemeinen Bewertungsbestimmungen von Schulden im Bürgerlichen Gesetzbuche von der Rechtsprechung der Gerichte in der Aufwertungsfrage des Arzthonorars in verschiedener Weise ausgelegt werden. Meistens kommen dieselben im Streitfällen garnicht zur Anwendung, da bereits z w e i J a h r e seit der Fälligkeit verstrichen und die Honorarforderungen infolgedessen gemäß § 196 Nr. 14 BGB. verjährt sind. Was Wunder, wenn unter diesem Rechtzustande große Zweckverbände — wie die Krankenkassen — auch in weniger zweifelhaften Fällen, sich auf eine ihnen günstige Rechtsprechung verlassen und g e r e c h t e Aufwertungsansprüche von gezahlten Papiermarkbeträgen glatt von der Hand weisen. Dies geht sogar soweit, daß Nachzahlungen von Entschädigungsansprüchen wegen der kurzen Verjährungsfrist als Honorar angesehen und daher verweigert werden. Da in Fachkreisen über die Verjährungsbestimmungen des Honoraranspruches vielfach Unklarheit herrscht, ist es in diesem Rahmen angebracht, darauf etwas näher einzugehen. Der § 196 BGB., der gewisse Ansprüche aus b e r u f l i c h e r oder gewerblicher Tätigkeit in zwei Jahren verjähren läßt, nennt unter Nr 14 Forderungen aus der B e h a n d l u n g der Aerzte, insbesonders auch der Wundärzte, Zahnärzte, Geburtshelfer mit Einschluß der gesamten Auslagen. Zu beachten ist, daß diese Gesetzesbestimmung nur auf a p p r o b i e r t e Aerzte Anwendung hat und in diesem Punkte der wissenschaftliche Befähigungsnachweis also ein privilegium odosium zur kurzen Verjährungsfrist darstellt. Diese Gesetzesstelle darf im Sinne ihrer Schöpfer nur sehr eng ausgelegt werden, da es sonst zu schweren Schädigungen kommt, die mit dem allgemeinen Rechtsempfinden, auf das auch das Bürgerliche Gesetzbuch aufgebaut ist, nur schwer in Einklang zu bringen sind. Sie ist einzig und allein dem Gedanken entsprungen, daß die allgemeine R e c h t s s i c h e r h e i t des Wirtschaftslebens es notwendig erheischt, daß alltägliche Geschäfte und überaus häufig wiederkehrende Ansprüche in k u r z e r Z e i t ihre e n d g ü l t i g e Erledigung finden.

Dies hat auch das Reichsgericht in seiner Entscheidung vom 24. November 1926 anerkannt und dementsprechend eine weitgehende Auslegung der Bestimmungen der zweijährigen Verjährungsfrist abgelehnt (III 182/26). Unter den § 196 Nr. 14 BGB. fallen daher nach der höchstrichterlichen Instanz nur diejenigen Forderungen der Aerzte, die ihnen aus der b e r u f l i c h e n T ä t i g k e i t erwachsen, was auch in der Literatur fast einmütig anerkannt wird. Bestehen hingegen Honorarforderungen zu Recht und sind seit der Fälligkeit oder M a h n u n g oder Klageerhebung, wodurch die Verjährung gehemmt wird, noch keine vollen zwei Jahre verstrichen, so kommen die Aufwertungsbestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches zur Anwendung, die in § 242 BGB. enthalten sind. Nach diesen muß der Schuldner seine Leistung so bewirken, wie Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte es erfordern, mithin eine Aufwertung nach den Grundsätzen der B i l l i g k e i t. Das gleiche gilt von Entschädigungssummen, die unter dem bloßen Titel „Honorar" gezahlt werden und kein Entgelt für g e l e i s t e t e ärztliche Tätigkeit darstellen. Ein sehr beachtenswerter Rechtsstreit der Ortskrankenkasse wegen Aufwertung der in Papiermark von ihr gemachten Leistungen zur Abgeltung der übernommenen vertraglichen Verpfichtungen wird die Sachlage am deutlichsten kennzeichnen. Die Ortskrankenkasse hatte zur Zeit des heftigen Kampfes mit dem Hartmannbunde einen Kassenarzt für 10 Jahre gegen ein festes Jahresgehalt angestellt, das nachträglich in ¼ Jahresraten fällig war. Vertraglich wurde festgelegt, daß der festgesetzte Betrag voll ausgezahlt werden müsse, wenn o h n e Verschulden des Arztes seine Tätigkeit von der Krankenkasse nicht mehr in Anspruch genommen

würde. Dieser Fall trat bereits drei Monate nach Beginn seiner Kassentätigkeit ein und das Arzthonorar wurde demnach für die gesamte Vertragsdauer in Papiermark ohne Rücksicht auf die Entwertung ausgezahlt. Naturgemäß wurden Aufwertungsansprüche geltend gemacht, da der erhaltene Wert des empfangenen Geldes kein, auch nur annäherndes Aequivalent für die mit großem Risiko übernommene Kassenbehandlung darstellte. Die vertraglich festgelegte Summe für die Gesamtdauer ist nämlich nur als eine Entschädigung dafür anzusehen, daß durch die Nichtbeachtung des Verbandsbeschlusses leicht eine Boykottierung von seiten der Aerzte, infolgedessen auch eine Herabsetzung in den Augen des Publikums und arge Schädigung der Privatpraxis eintreten könnte. Dies hat aber mit den einzelnen Dienstleistungen rechtlich keinen Zusammenhang und kann vor allem die zweijährige Verjährungsfrist hier nicht geltend gemacht werden. Es handelt sich hier einzig und allein um eine Entschädigungssumme für den Fall, daß die Vertragsgegnerin die kassenärztliche Tätigkeit ohne Verschulden der Gegenseite aufhebt, nicht aber um Honoraransprüche für ärztliche Dienstleistungen. Ebenso fehlen dabei die Merkmale eines Nothelfervertrages, der nur eine Abart des Dienstvertrages ist, so daß für die Anwendung des § 196 Nr. 14 keine rechtliche Möglichkeit gegeben ist. Dieser Standpunkt wird gleichfalls in der Reichsgerichtsentscheidung vom 27. November 1925 (III. 196/25) und vom 24. November 1926 (III. 187/26) vertreten. Für die Aufwertung des zu Recht bestehenden Anspruches ist folgendes ausschlaggebend. Vor allem kommt der für die letzten zwei Vertragsjahre (1922 und 1923) in Papiermark 1913 festgelegte und ohne weitere Erhöhung ausgezahlte Jahresgehalt hier in Betracht. Sowohl nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches, wie auch gemäß § 1 Aufw. Gesetz liegt ein berechtigter Anspruch auf eine entsprechende Aufwertung vor, da das zugrunde liegende Rechtsverhältnis noch vor dem kritischen Zeitpunkt (14. Februar 1924) begründet wurde. Da es sich im vorliegenden Falle um eine Art Unterhaltungsrente als Gegenleistung für eventuelle Einbuße der Privatpraxis handelt, so ist der seit Beginn des Währungsverfalles — nach ständiger Praxis des Reichsgerichtes (Urt. vom 12. Februar 1926, III. 100/25, Urt. vom 24. März 1926, III. 199/25, Urt. vom 15. Juni 1926, III. 188/25, Urt. vom 23. Juni 1926, III. 385/25) — fällige Gesamtbetrag aufzuwerten. Billigerweise müssen bei der Bemessung der Aufwertungshöhe die Interessen beider Streitteile gegen einander abgewogen und richtig ausgeglichen werden nach Vorschrift des § 242 BGB. Das freie richterliche Ermessen hat durch diese gesetzliche Bestimmung einen ziemlich weiten Spielraum, um die wirtschaftlichen Belange richtig abzuwägen. Eine bestimmte Grenze, wie es das Aufwertungsgesetz vom 16. Juli 1925 vorschreibt, ist dabei nur allgemein nach rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu ziehen, wie es den Grundsätzen von Treu und Glauben entspricht. Die Höhe der Aufwertung ist daher in der Rechtsprechung bei derartigen Ansprüchen stets verschieden und sind nur gewisse Grundgedanken festgelegt, die als Leitmotive für die Festsetzung des Aufwertungsbetrages in den Reichsgerichtsentscheidungen immer wiederkehren. Als Hauptgesichtspunkt wird meistens der allgemeine, in der fraglichen Zeit gewohnte Lebensstandard als richtiger Wertmaßstab angenommen. Durch die zugesprochene Aufwertungssumme soll bloß der Verlust an Vermögenssubstanz, der notgedrungen infolge der erhaltenen minderwertigen Papiermarkbeträge stattgefunden hat, wieder wettgemacht werden. Nicht richtunggebend hingegen ist die sehr verbreitete Annahme, daß der volle wertbeständige Geldbetrag zu ersetzen ist, da die Auslagen für den Lebensunterhalt sich größtenteils unter diesem Niveau hielten. Eine dadurch ermöglichte materielle Besserstellung von anderen Standes- oder Volksmitgliedern lehnt die höchste Gerichtsinstanz grundsätzlich ab. In der Mehrzahl der Fälle geschieht der Ausgleich der beiderseitigen Interessen in der Weise, daß 50% des Goldwertes als entsprechende Aufwertung angesehen wird, jedoch ist dies kein feststehender Satz. Das richterliche Ermessen hat sich vielmehr vor allen relevanten Tatsachen wirtschaftlicher Natur bei der Festsetzung der Aufwertungssumme leiten zu lassen, um eine gerechte Auseinandersetzung nach Billigkeitsgründen zu ermöglichen. — Die freien Berufe und besonders die Aerzteschaft hat ihre Bezüge in entwerteten Papiermarkbeträgen noch zu einer Zeit erhalten, in der bereits längst die anderen Wirtschaftskreise wertbeständige Umrechnungen vorgenommen hatten. Die Berücksichtigung dieses Umstandes in weitgehenstem Maße bei den Aufwertungsstreiten ist mehr als billig und muß deshalb in den Vordergrund gerückt werden. — Aus diesen Erwägungen heraus wird auch im vorliegenden Streitfalle die dem Arzte vom Reichsgericht zugesprochene Aufwertung von 50% des Goldwertes des vereinbarten Gehaltes als nicht zu hoch gegriffen erscheinen. Das Urteil der höchsten Gerichtsinstanz vom 18. März 1927 (III. 386/26) hat mithin der Rechtsunsicherheit in dieser speziellen Aufwertungsfrage ein gewisses Ziel gesetzt. —

Briefkasten.

Geh.-Rat Prof. J. in B. Ihre Honoraraufstellung kann gem. § 315, 316 und 612 BGB. nach **billigem Ermessen** so geschehen, daß sie einer angemessenen Vergütung entspricht. Bei wohlhabenden Patienten können die durch deren Behandlung entstandenen Verdienstausfälle dabei mitberücksichtigt werden, müssen sich aber in den erwähnten Grenzen halten. Das Reichsgerichtsurteil vom 28. Januar 1927 (III. 93/26) erklärt gleichfalls ausdrücklich, daß die Honoraraufwertung des Arztes die Vermögensverhältnisse der Behandelten in einem der Billigkeit entsprechenden Verhältnisse berücksichtigen darf. —

San.-Rat Dr. Str. in L. Nach der überwiegenden Mehrzahl der Oberverwaltungsgerichtsentscheidungen hängt es vom Willen der anstellenden Behörde ab, ob das Dienstverhältnis eines Armen- oder Impfarztes privatrechtlichen oder Beamtencharakter tragen soll. Die Beamtenanstellung ist rechtlich ein einseitiger Hoheitsakt des Staates.

Pol. Arzt Dr. K. in M. Die preußischen Beamten zerfallen in zwei Kategorien, nämlich in unmittelbare und mittelbare Staatsbeamte. Unmittelbaren Beamtencharakter haben nur diejenigen, die in einem direkten Gewaltverhältnis zum Staate stehen, während mittelbare sämtliche Beamte der öffentlichrechtlichen Korporationen sind, die staatliche Aufgaben zu erfüllen haben und in die Verfassung des Staates eingegliedert sind, sofern nicht ein privatrechtlicher Dienstvertrag vorliegt. Der Hausarzt einer Strafanstalt kann also den Charakter eines mittelbaren Staatsbeamten haben. (Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts, Pr. O. V. Bl. Bd. 15. S. 186). —

Laufende medizinische Literatur.

Medizinische Klinik.

Nr. 26, 30. Juni 1927.

Röntgenuntersuchung im Rahmen der klinischen Herzdiagnose. (Mit 5 Abb.) A. Slauck.
* Ueberempfindlichkeit bei Ekzemen. (Schluß aus Nr. 25.) P. Tachau.
Atemnot. Ewig.
* Offene Pleurapunktion. O. David.
Aleukämische Myelose und Osteosklerose. F. Reiche.
Querschnittläsion des Rückenmarks bei Morbus Recklinghausen in Abhängigkeit von Schwangerschaft. (Mit 1 Abb.) E. Hirsch.
* Salicyltherapie der Schizophrenie. M. Margulies.
Beeinflussung des erhöhten Blutdrucks. A. Petoe.
Gastritis und Duodenitis. G. E. Konjetzny, H. Puhl.
Ratschläge zur Alltagsarbeit des Kleinstadt- und Landpraktikers. (Fortsetz. aus Nr. 25.) H. Kritzler-Kosch.

Die Rolle der Ueberempfindlichkeit bei den Ekzemen beschreibt Tachau in Nr. 25 und in dieser Nummer der M. K. Wir wissen, daß seit den Arbeiten von J. Jadassohn und Br. Bloch über die Pathogenese der Ekzeme die Ekzemlehre eine Umbildung erfahren hat. Das Ekzem gehört heute nicht mehr in das engere Gebiet der Dermatologie, sondern es ist weit darüber hinaus von „allgemein pathologischer und allgemein biologischer Bedeutung". Als den wesentlichsten Grundsatz der Ekzemlehre kann man den folgenden Satz betrachten: nämlich, daß jedes Ekzem auf die Wechselwirkung von ekzematogenem Reiz und Ekzemdisposition der Haut zurückzuführen ist. Bei vorhandener Disposition genügen manchmal schon geringfügige Reize, um ein Ekzem manifest zu machen. Andererseits kann wieder eine ekzematöse Reaktion eintreten, wenn die Reize sehr stark und die Disposition relativ gering sind. Jadassohn hat im Jahre 1900 bereits den sehr genau abgewogenen Satz ausgesprochen, daß externe und in geringerem Maße auch

interne Reize und Idiosynkrasien von mannigfaltigster Art in der Aetiologie der Ekzeme die wesentlichste Rolle spielen. Bloch hat funktionelle Hautprüfungen angestellt und dabei gefunden, daß die nichterkrankte Haut der von ihm untersuchten Ekzemkranken etwa siebenmal häufiger ekzematös reagiert als die der Kontrollpersonen (35 % : 5,4 %). Nun haben aber 5 % der Kontrollpersonen ebenfalls positiv reagiert und darauf kann man nur erwidern, daß es sich bei diesen um sogenannte latente Ekzematiker handelt.

Im zweiten Teil seiner Arbeit geht Tachau nun auf den von Jadassohn für die Idiosynkrasien übernommenen Begriff der Sensibilisierung näher ein und stellt fest, daß der wesentlichste Teil der ekzematogenen Reize aus der Außenwelt stammt und von außen her an die Haut herantritt. Er konstatiert ferner einen Zusammenhang zwischen Sensibilisierung und bestimmten Allgemeinstörungen oder konstitutionellen Besonderheiten (Diathesen) und zieht so die Folgerungen, welche sich hieraus für die Prophylaxe und Therapie der Ekzeme ergeben.

Zur Frage der offenen Pleurapunktion. Brieger stellt sich auf den Standpunkt, daß die offene Pleurapunktion, welche von Adolf Schmidt im Jahre 1913 angegeben wurde, eine Vereinfachung auf Kosten des Patienten bedeute. David nimmt Veranlassung zu seiner Arbeit auf Grund der von Leschke erneut empfohlenen Art der Punktion und hat auch durch Einlaufenlassen sogar kleiner Flüssigkeitsportionen und Ausspritzen der Flüssigkeit durch den Hustenstoß bei chronisch rezidivierenden Exsudaten gute Erfolge gesehen. Er faßt seine Erfahrungen dahin zusammen, daß er im Gegensatz zu Brieger feststellt, das Verfahren sei einfach, schonend und nützlich. Er hält den Schmidtschen Satz, „ihr Nutzen liegt in der Verminderung der unangenehmen Zufälle bei der Punktion, in der vollständigen Entleerung der Flüssigkeit und in der technischen Vereinfachung des Eingriffes, und dieser Nutzen ist groß genug, um ihre allgemeine Anwendung zu empfehlen" für durchaus zu Recht bestehend.

Zur Salicyltherapie der Schizophrenie. Weichbrodt hat im Jahre 1925 für endogene Psychosen, besonders für schizophrene Zustände, eine energische Salicyltherapie vorgeschlagen. In Dalldorf hat Margulies festgestellt, daß eine günstige Wirkung der Salicyltherapie etwa in der Hälfte der behandelten Fälle nicht abzustreiten ist; denn selbst unter der Voraussetzung, daß ein Teil der Kranken auch ohne jeden Eingriff sich gebessert hätte, bleibt doch der Eindruck absolut bestehen, daß die Behandlung nicht ohne Einfluß war. Diese Methode ist keine umfassende oder allgemeingültige Therapie der Schizophrenie; aber in absehbarer Zeit werden wir auch keine solche haben.

Hofbauer, Berlin.

Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung.

14. Jahrg., Neue Folge, B. 4, 1. Heft.

Aus dem reichen Inhalte der einzelnen Nummern werden nur die rein medizinischen Aufsätze referiert, diejenigen mehr technischer Art müssen an dieser Stelle übergangen werden.

Basophile Körnigkeit bei den Arbeitern der Moskauer Typographen. Infolge der noch mangelhaften sanitären Einrichtung in den Moskauer Druckereien findet Kojranski eine höhere Prozentzahl von basophiler Körnelung der Erythrozyten als bei deutschen Blutuntersuchungen.

Die aromatischen Nitro- und Aminokörper als Blutgifte. In ausführlicher Weise erörtert Lipschütz die aromatischen Nitro- und Amidokörper als Blutgifte. Die Einatmung von Dämpfen oder die enterale Aufnahme beider Körperklassen kann zu Schädigungen führen. Beide reizen zuerst das Zentralnervensystem, um es später zu lähmen. Beide bewirken Temperaturabfall, Kopfschmerzen, mitunter klonische Krämpfe, Sensibilitäts- und Sehstörungen; sie rufen Gefäßerweiterung und Blutdrucksenkung, kleine Hämorrhagien unter der Haut oder in den Organen hervor, schädigen die Herzaktion und wandeln den normalen Blutfarbstoff in braunes Methämoglobin um. Gesicht, Lippen, Fingernägel werden graublau zyanotisch, die Atmung dyspnoisch, der Gang taumelnd, die Sprache lallend.

Der Sektionsbefund ähnelt sich bei beiden Krankeiten. Das in der Leiche nachgewiesene Anilin kann aus Nitrobenzol im Körper gebildet werden.

Therapeutisch sind Sauerstoffatmungen indiziert. Injektion von Natrimetbiosulfat drückte im Experiment die Methämoglobinbildung herab.

14. Jahrg., 2. Heft.

Berufsgefahren der Textilindustrie. W. Loch bespricht ausführlich die Berufsgefahren der Textilindustrie, insbesondere der Leinenindustrie, und ihre Verhütung. Die interessanten Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

14. Jahrg., 3. Heft.

Welchen Wert haben Cholesterinbestimmungen im Blute bei der Bleivergiftung. Der Cholesteringehalt ist nach Kühns zahlreichen Untersuchungen bei der Bleivergiftung im Gesamtblut häufig höher als im Serum. Ein ursächlicher Zusammenhang mit der bei der Bleiintoxikation auftretenden basophilen Punktierung konnte nicht erkannt werden. Die Umkehrung des Verhältnisses ist nicht häufig genug, um anderen Krankheiten gegenüber als für die Bleivergiftung spezifisch zu gelten.

Dr. Paul Michaelis, Bitterfeld.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 27.

Schilddrüsenüberpflanzung durch Injektion. Homoplastische Transplantate der Schilddrüse ebenso wie aller anderen Gewebe gehen früher oder später zugrunde. Die Stätte der Einpflanzung oder die Technik können daran nichts Wesentliches ändern. Subkutan injiziertes, vorher geschabtes Schilddrüsengewebe stirbt ebenfalls nach ca. 4 Wochen ab. Immerhin kann man solche Injektionen beliebig häufig wiederholen. Hiermit wurden in einigen Fällen Erfolge erzielt.

Eine neue Blasenfistelbandage. Ein Gummibandgurt hält mittels Haken eine Gummiplatte. In diese wird eine doppelte kreisrunde Metallscheibe eingeknöpft, durch deren Oeffnung man den (etwas dickeren) Katheter schiebt. Sauberer Verschluß, leichter Verband- und Katheterwechsel.

Eine neue Oberarmschiene für die Praxis. Die Schiene ist sehr stabil, da der Brustteil am Thorax und auf der Hüfte gut fixiert ist. Durch ein Gelenk kann der Arm in jede Stellung gebracht werden. Verstellbare mit regulierbarem Federzug versehene Extensionsvorrichtung in der Verlängerung des Ellbogens, die vom Verf. fast stets mit angewendet wird. Baldige funktionelle Behandlung möglich: frühzeitige Bewegung des Ellbogens. Auch das Schultergelenk kann bewegt werden, ohne daß der Arm in der Schiene aus seiner Lage kommt. Offene Wundbehandlung und Anfertigung von Röntgenbildern können während der Schienenbehandlung ohne Schwierigkeit vorgenommen werden.

Bemerkungen zu Makai's Autopyotherapie. Vor der Eigeneiterbehandlung bei Tuberkulose ist zu warnen. Es kann eine Reinfektion erfolgen.

Nr. 28.

Behandlung der Krampfadern mit Zuckerinjektionen, kombiniert mit Venenligatur. Sublimat- und Kochsalzlösungen veröden die Gefäße durch Intimareizung. Es erfolgt eine Fibrinausscheidung, die rasch organisiert wird. Keine Emboliegefahr. Aber bei paravenöser Injektion schwere Gewebsschädigungen. Diesen Uebelstand vermeiden konzentrierte Zuckerlösungen. Sie wirken durch Entquellung der Endothelzellen, also physikalisch. Die Emboliegefahr ist nicht ganz ausgeschlossen, deshalb Kombination mit der Ligatur der V. saphena magna, und zwar am höchsten Punkt der erweiterten Vene. An dieser Stelle Venaesectio in Lokalanästhesie unter dem Schutze einer zweiten peripheren Ligatur. Vom Einschnitt aus können große Mengen der Lösung peripherwärts injiziert werden. Nach Wundverschluß Kompressionsverband und elastisches Einwickeln des Beines. Der Eingriff ist ambulant, ohne besondere Assistenz, aber unter voller Asepsis auszuführen. Einspritzung kleiner Mengen ist häufig die Ursache von Rezidiven. Vom Hauptstamm in der Mitte des Oberschenkels kann in einer Sitzung meist der ganze Venenbaum verödet werden. Nach dem Eingriff kurz dauernder Krampf, einige Tage leichtes Ziehen. Die entzündliche Reaktion klingt in 2 bis 3 Wochen ab. In 150 Fällen nie zentrales Fortschreiten oder Embolie. Frische Thrombosen oder Phlebitis sind Kontraindikation, ferner ein sehr dichtes Venennetz. Für solche Fälle empfiehlt Verf. eine modifizierte Rindfleisch'sche Operation.

Bildung einer künstlichen Harnblase. Bei drei Frauen mit inoperabler Fistula vesicovaginalis wurde aus einer ausgeschalteten Dünndarmschlinge eine neue Blase gebildet. Als Urethraersatz wurde ebenfalls Dünndarm genommen. Der Sphincter ani wurde als Sphincter für diesen benutzt. Gute Funktion. Eine Methode, die neue Blase aseptisch zu halten, fehlt noch.

Beitrag zu den Gefahren der Bauchpunktion. Ablehnung des Frangenheimschen Vorschlags der Bauchpunktion mit der Götzeschen Nadel zu diagnostischen Zwecken. Akute Entzündungen sind vor allem eine Gegenindikation. Die Gefahr der Bauchpunktion ist bei nicht krankhaft veränderten Glutonverhältnissen der Därme gering. Doch sind Eingeweideverletzungen nicht so völlig auszuschließen wie Frangenheim behauptet. Erfahrung an 350 Fällen von Pneumoperitoneum ohne Zwischenfall. Mitteilung eines Falles von Leberechinokokkus, bei dem die unerwartet tiefstehende Leber angestochen und die Luft in eine Vene injiziert wurde. Exitus durch Luftembolie. Deshalb Vorsicht! Stets Beckenhoch- und Seitenlagerung nach Götze. Kohlensäuregemische oder Stickoxydul vermindern die Gefahren einer Embolie.

Walter Grossmann, Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

203. und 204. Band.

(Festschrift zum 60. Geburtstage von Herrn Geheimrat Lexer.)

Der Einfluß pathologischen Zwerchfellstandes auf die Blutströmung in der unteren Hohlvene. Durch eine Reihe von Tierversuchen konnte festgestellt werden, daß die Ruhigstellung des Zwerchfelles in jedem Falle eine Verminderung der Stromgeschwindigkeit in der unteren Hohlvene zur Folge hat. Die gefundenen Zeitunterschiede sind so erheblich und gleichmäßig, daß man wohl nicht mit Zufallsbefunden rechnen darf. Eine bestimmte Stellung des Zwerchfelles scheint nicht günstige oder ungünstige Rückflußbedingungen für das Hohlvenenblut zu schaffen, denn die Stromverlangsamung tritt sowohl bei hoch- wie bei tiefstehendem Zwerchfell ein. Die Geschwindigkeit des Blutstromes scheint vielmehr von der Tätigkeit oder von dem Stillstande des Zwerchfells abhängig zu sein.

Zur Behandlung der essentiellen Thrombopeni mit Milzexstirpation. In schweren Fällen von chronischer thrombopenischer Purpura (nach der neuesten Bezeichnung, von essentieller Thrombopenie), bei denen die interne Therapie versagt, können mit der Exstirpation der Milz ausgezeichnete Resultate erzielt werden. Um den Eingriff möglichst klein zu gestalten, rat Verf., die Laparotomie in Lokalanästhesie auszuführen und nur zur eigentlichen Entfernung des Organes einen Chloräthyl- oder Aetherrausch hinzuzufügen. Eine große Bluterspamis bei der Operation, besonders bei dem Lösen der Milz von den Nachbarorganen, wird dadurch erreicht, daß man sofort nach Eröffnung der Bauchhöhle den Gefäßstiel der Milz abzuklemmen versucht.

Ueber Hirntumoren und ihre operative Behandlung. Auf Grund ihres Materials von 69 Patienten kommen Verff. zu dem Resultat, daß die radikale Geschwulstentfernung im Vergleich zu anderen operativen Methoden bei Hirntumoren sowohl für die Dauerergebnisse als auch für die unmittelbaren Operationserfolge zu bevorzugen ist. Um diese radikale Entfernung in recht zahlreichen Fällen ausführen zu können, weisen sie auf die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnosenstellung der Hirntumoren hin. Aber selbst in Fällen, wo infolge des infiltrierenden Wachstums und der makroskopisch nicht sichtbaren Grenzen eine radikale Entfernung nicht möglich ist, brauchen wir nicht untätig zuzusehen. Die Beobachtungen von v. Eiselsberg haben gezeigt, daß mit vorsichtiger Röntgenbestrahlung eine Besserung erreicht werden kann. Leider muß hierbei die Einschränkung gemacht werden, daß durchaus nicht alle Hirntumoren günstig auf die Bestrahlung reagieren, daß vereinzelt im Anschluß an die Bestrahlung erhebliche Drucksteigerungen und Verschlimmerung des Leidens beobachtet wurden. Besonderer Wert muß nach den vorliegenden Erfahrungen auf die vorsichtige Dosierung und die wiederholte Bestrahlung mit gleichmäßigen Dosen gelegt werden. Bei Gliomen wurden bisher gute Resultate beobachtet. Ueber die Beeinflussung der Sarkome liegen noch keine endgültigen Resultate vor.

Ueber den Wert der Leberfunktionsprüfung für die Chirurgie. Gerade bei den Gallenerkrankungen scheint sich die Ansicht E. Rehns zu bewahrheiten, „daß wir in der Beseitigung des primären Leidens leicht erfolgreich sein können, dagegen den Kranken an den sekundären Organveränderungen noch oft genug verlieren". Es soll deshalb, um unsere Resultate in der Leber- und Gallenblasenchirurgie noch besser zu gestalten, eine Funktionsprüfung der Leber stattfinden und uns zur Zeit der Operation und zur Art des Eingriffs bestimmen. Als Funktionsprüfungen werden vorgeschlagen:

I. Eiweißbelastungsproben:
   Aminosäurebestimmung im Urin nach Abderhalden,
   Hersfeld,
   Reststickstoffbestimmung,
   Hämoklasieprobe nach Widal.
II. Kohlehydratstoffwechselproben:
   Alimentäre Lävulosurie,
   Gallaktosurie,
   Glykämie.
III. Nachweis der Gallenbestandteile:
   Urobilin- bzw. Urobilinogennachweis, Aldehydprobe,
   Bilirubinurie,
   Blut-Bilirubin,
   Prüfung auf Gallensäuren.
IV. Duodenalsondierung.
V. Chromdiagnostik.
VI. Röntgenbild.
VII. Bakteriologische und histologische Untersuchungen.

Wenn auch nicht jedes Prüfungsverfahren angestellt werden kann, ein Teil von ihnen sogar nur in der Klinik durchführbar ist, so werden doch gerade die verschiedenartigen Prüfungsmethoden uns eine bestehende Leberschädigung leichter erkennen lassen.

Es ist hauptsächlich vor zu spätem Operieren zu warnen. Besonders bei chronischen Gallensteinerkrankungen soll die Operation nicht so lange hinausgeschoben werden, da bei dieser Erkrankung Nachschübe aufzutreten pflegen, deren Verlauf man nicht voraussehen kann. Um nicht gezwungen zu werden, in einem ungünstigen Augenblick operieren zu müssen, soll bei der chronischen Gallensteinerkrankung möglichst in der anfallsfreien Zeit operiert werden. Bestehen bereits Stoffwechselstörungen, wie es bei allen eitrigen und fieberhaften Entzündungen der Gallenwege der Fall zu sein pflegt, so ist die Operation möglichst einfach zu gestalten. Besondere Berücksichtigung verdient die Narkose und die schonende Behandlung des ohnehin schon geschädigten Lebergewebes. Unter Umständen kann man der Erschöpfung der Alkalireserve und der Störung des Kohlehydratstoffwechsels durch zweckentsprechende Vorbereitungen vorbeugen.

Gleichzeitige Bauchspeichel- und Gallenperitonitis, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Aetiologie der perforationslosen Gallenperitonitis. Verf. beschreibt einen Fall von perforationsloser Gallenperitonitis, die folgendermaßen zustande kam: Ein Gallenstein war in der Papilla Vateri derart eingeklemmt, daß er unterhalb der Einmündungsstelle des Ductus pancreaticus saß. Das Sekret der Bauchspeicheldrüse gelangte also bei offenem Ausführungsgang in die Gallengänge hinein und staute sich in der Gallenblase, führte daselbst zu schweren Wandungsschädigungen in Form der Verdauungsgangrän, so daß Galle in die freie Bauchhöhle hinaustreten konnte. Durch die veränderten Wandungen trat aber nicht nur Galle, sondern auch der Bauchspeichel aus und führte in der Bauchhöhle zu dem bekannten Bilde der Fettgewebsnekrose. Verf. gibt mit der Beobachtung dieses Falles eine Erklärung für das Zustandekommen der perforationslosen Gallenperitonitis.

Das Krankheitsbild der Gallenblasenadhäsionen und seine Behandlung. Bei nicht geklärten Erkrankungen in der Oberbauchgegend muß an Gallenblasenadhäsionen gedacht werden. Anamnese und Röntgenbefund ermöglichen es in den meisten Fällen, die Erkrankung differentialdiagnostisch abzugrenzen. In schweren Fällen, die zur Arbeitsunfähigkeit führen können, ist einzig und allein von der chirurgischen Behandlung Heilung zu erwarten. Die Operation besteht in Entfernung der Gallenblase.

Experimentelle Untersuchungen zur Behandlung der freien eitrigen Bauchfellentzündung (Koliperitonitis). Durch experimentelle Versuche und klinische Beobachtungen konnte festgestellt werden, daß Säure auf Kolibakterien schädigend wirkt. Die Kolibakterien vermögen Wasserstoffionen zu adsorbieren. Sie werden dadurch bei geeigneter Wasserstoffionenkonzentration in erhöhtem Maße phagozytiert. Danach könnte die Wirkung der Säure mit der der Opsonine verglichen werden. Als Behandlung bei freier eitriger Bauchfellentzündung wird Spülung der Bauchhöhle mit 2 bis 5 l einer Ringerlösung empfohlen, die zur Hälfte mit n/10 Salzsäurelösung vermischt ist. Mit diesen Spülungen wurden gute Erfolge erzielt.

Der Dämmerschlaf in der Bauchchirurgie. Verf. teilt seine Beobachtungen an 667 großen Operationen, unter denen sich 523 Laparotomien befanden, in Dämmerschlafanästhesie mit. In ungefähr 15% genügte die Narkophin-Skopolamin-Vorbereitung völlig zur Ausführung der Operation, in mehr als 70% konnte die Operation unter Zugabe minimaler Aetherdosen (unter 50 ccm) ausgeführt werden. Einen Todesfall, der dem Skopolamin zur Last gelegt werden könnte, hat er nie beobachten können. Der Dämmerschlaf wird folgendermaßen vorbereitet und ausgeführt: Am Abend vor der Operation wird 0,75 Veronal gegeben, am Morgen des Operationstages ungefähr 2 Stunden vor der Operation nochmals 0,5 g Veronal.

Gibt es eine spontane oder nicht operative Heilung der Nierentuberkulose? Bisher konnte kein Fall von Nierentuberkulose beobachtet werden, bei dem es zu einer spontanen oder durch Anwendung von Tuberkulin bedingten Heilung gekommen wäre. In denjenigen Fällen, in denen man bisher eine Spontanheilung annehmen zu dürfen glaubte, lag eine vollständige tuberkulöse Zerstörung des ganzen Organes, eine Autonephrektomie, vor. In allen übrigen Fällen lagen Scheinheilungen vor infolge der Ausschaltung eines zirkumskripten tuberkulösen Nierenherdes.

Durch frühzeitige Operation dagegen gelingt es in einer verhältnismäßig großen Anzahl, eine endgültige Heilung der erkrankten Seite herbeizuführen und die gesunde Seite vor der Infektion zu schützen.

Die Wiederherstellungschirurgie des Eileiters. Irgend ein Ersatzmaterial (Appendix) für den Eileiter gibt es nicht. Will man eine Eileiterplastik bei nachgewiesener Tubenundurchgängigkeit machen, so muß ein Teil der Tube ungefähr 6 bis 7 cm durchgängig sein und sich für die Implantation eignen. Verf. gibt eine besondere Implantationsmethode des durchgängigen Tubenteiles an, nach der es ihm in zwei Fällen gelungen ist, Konzeption herbeizuführen.

Zur operativen Behandlung der Elephantiasis. Zur operativen Behandlung der Elephantiasis liegen heute hauptsächlich zwei verschiedene Verfahren vor, das von Handley und von Lanz. Handley legte Seidenfäden in das erkrankte Gebiet. Sein Verfahren wurde von Lexer derart modifiziert, daß er die Seidenfäden nicht nur subkutan verlaufen ließ, sondern nach Exzision der verdickten Faszie die Seidenfäden vom subkutanen Gewebe in die Muskulatur durchzog. Das Verfahren von Lanz besteht darin, daß die enorm verdickte Faszie zum großen Teil exzidiert wird, und eine Verbindung zwischen dem subkutanen Gewebe und der Muskulatur oder der Knochenmühle dargestellt wird. Payr änderte die Lanzsche Methode derart ab, daß er die Ränder der Faszienfenster in die Muskulatur einnähte und die Pumpkraft der Muskulatur zur Beförderung der Lymphe benutzte. Das von Handley angegebene Verfahren als Fadendrainage zu bezeichnen, ist irreführend, da die Wirkung nicht in der Form einer Drainage beruht. Verf. glaubt der Einlagerung von Seidenfäden eine Wirkung im Sinne fermentativer Vorgänge zuschreiben zu müssen. Während man früher annahm, daß nur die lymphangiektatischen Formen der Elephantiasis einer operativen Behandlung zugänglich seien, geht aus den Erfahrungen des Verf. hervor, daß auch die Hautveränderungen, sowohl die Konsistenz wie die Pigmentierung, schwinden. Er hält deshalb die subfasziale Einlagerung von Seidenfäden in Verbindung mit Faszienexzisionen sowohl bei der lymphangiektatischen wie bei der fibrösen Form für erfolgversprechend. Bei den allgemeinen lymphangiektatischen Formen kann zunächst das Lanzsche Verfahren mit der Modifikation von Payr versucht werden. Es sind jedoch Fälle beobachtet worden, bei denen nach diesem Verfahren eine Verschlimmerung des Leidens aufgetreten ist. Erzielt man mit dem Lanzschen Verfahren keine Erfolge, so können mit der Handley-Lexerschen Operation noch gute Resultate erzielt werden.

Ueber physikalische Zustandsänderungen an Knochentransplantaten und krankhaft veränderten Knochen. Auch an der Hand physikalischer Größenwerte läßt sich der Umbau von Knochentransplantaten nachweisen. Wird ein periostgedeckter autoplastischer Tibiadiaphysenspan eines Kaninchens in die Weichteile verpflanzt, so ist bis zu 20 Wochen nach der Implantation eine Abnahme der Biegungselastität nachzuweisen. In der neunten Woche nach der Einpflanzung hat die Elastizität ungefähr um die Hälfte abgenommen. Erst von der 35. Woche ab ist wieder eine Zunahme zu verzeichnen.

Verfolgung des Heilverlaufs bei Knochen- und Gelenktuberkulose mit der Blutkörperchensenkungsprobe. Die kurvenmäßige Verfolgung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit empfiehlt sich zur Beurteilung der Knochen- und Gelenktuberkulose. Wir bekommen dadurch schneller als bei anderen Untersuchungsmethoden die Veränderungen im Krankheitsverlauf zu erfahren und eine bessere Bewertung unserer therapeutischen Maßnahmen. Besonders wenn es sich darum handelt, die Erkrankten aufstehen zu lassen oder eine Reiztherapie einzuleiten, ist der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit ein besonderer Wert beizumessen.

Die Behandlung der akut-eitrigen Entzündungen durch Röntgenstrahlen. Die Behandlung der akut-eitrigen Entzündungen durch

Röntgenstrahlen führte in ⅘ der Fälle zu einem schnellen und guten Erfolge. Sie ist deshalb vollauf berechtigt und hat in vielen Fällen, wo andere Behandlungsmethoden versagten, Heilung gebracht. Für die Maximaldosis der Bestrahlungstechnik sollen 25% der H. E. D. nicht überschritten werden. Trotz ihrer guten Erfolge soll die Strahlenbehandlung keine selbständige Therapie sein. Nur in der Hand des Chirurgen kann sie wertvolles leisten.

Zur Berechtigung der Eigenbluttherapie in der Chirurgie. Die Wirkung der Eigenbluttherapie beruht in erster Linie auf dem Zerfall unspezifischen parenteralen Eiweißes. Da es sich um körpereigenes Eiweiß handelt, so ist die Wirkung intensiver als bei artfremdem, z. B. Milch. Von ihr wurde kein Erfolg gesehen, selbst nicht in Fällen, die später auf Eigenblut gut reagierten. Verf. hält die Eigenbluttherapie nur für berechtigt, wenn es sich in erster Linie um die Bekämpfung der allgemeinen Toxikose handelt, vor allen Dingen beim Erysipel und bei pyogenen Allgemeininfektionen.

Gohrbandt.

Dermatologische Wochenschrift.

85. Nr. 29. 16. Juli 1927.

Ueber Erfahrungen mit der Epilation durch Thallium aceticum nach Buschke. Der Ersatz der Röntgenepilation des Kopfes bei Kindern durch eine andere Methode ist zu begrüßen, weil erstere doch unter Umständen Schädigungen, vielleicht auch des Gehirns im Gefolge haben kann. Im ganzen wird auch durch die Thalliumepilation die Behandlungszeit herabgesetzt, indem sowohl Haarausfall aus auch Wiederwachsen früher auftritt. Ersterer ist jedoch gewöhnlich kein spontaner, vielmehr müssen ungefähr vom achten Tage ab die Haare ausgezupft werden; es empfiehlt sich danach noch eine Nachepilation vorzunehmen, indem die Kopfhaut (unter Umständen zu mehreren Malen) dick mit Zinkleim bestrichen und die gebildete Haut am nächsten Tage abgezogen wird. Es wurden 80% absolute Heilungen erzielt.

Die Trichophytie der Augenbrauen und der Wimpern und die seltenen Formen der Trichophytie. Die Trichophytie tritt unter Umständen in außergewöhnlicher Form auf, so hier an den Augenbrauen und Wimpern; man hätte die Affektion für ein Ekzem halten können, wenn nicht in der Gegend des Oberkiefers sich Reste eines Trichophytieherdes gefunden hätten. In anderen Fällen zeigte sich die Erkrankung in einer an Ichthyosis oder Psoriasis erinnernden Form.

Zur Kenntnis der Serologie der Gonorrhoe. Prüfungen der Komplementablenkung bei Gonorrhoe mit dem Scheringschen Antigen gaben unbefriedigende Ergebnisse. Von 89 z. Zt. in Behandlung befindlichen Tripperkranken reagierten 60% positiv, 40% negativ (Versager); unter den ersteren waren 9%, unter den letzteren 10% seropositive Luesfälle. Von 191 Fällen ohne klinische Gonorrhoe reagierten 55% positiv, von denen 42% seropositive Lues betrafen. Die große Zahl der Versager und der unspezifischen Ausschläge läßt die Reaktion unbrauchbar erscheinen.

Persönliche Prophylaxe venerischer Krankheiten nach zweijährigen Erfahrungen in der Prophylaxestation in Odessa. Während des bisher zweijährigen Bestehens erfreute sich die prophylaktische Station eines regen Besuches und zwar sowohl in Hinsicht auf die Erst- als auch auf die Wiederholtbesucher; es fanden durchschnittlich täglich im ersten Jahre 11,2 im zweiten 12,7 Besuche statt. Den Hauptkern (97%) bildet die arbeitende Klasse; verheiratete Personen sind in nur geringer Zahl vertreten. In 70% der Fälle hatte Verkehr mit Prostituierten stattgefunden. Bei einer Gruppe regelmäßiger Besucher, die zum Teil häufigen Verkehr hatten, konnte nur einmal eine Infektion trotz Desinfektion nachgewiesen werden; Nachfragen an venerologischen Behandlungsstellen ergaben neun Infektionen (sieben Tripper, zwei Ulc. mixt.) bei desinfizierten Personen. Es ist nicht zu befürchten, daß die Prophylaxe zu frühem geschlechtlichen Verkehr führt, da die Gruppe der ganz jugendlichen in geringer Zahl vertreten ist und nur sechs Personen im Alter von 16—17 Jahren mit Rücksicht auf die Prophylaxe den Verkehr angefangen hatten. Die Desinfektion bestand bei Männern in Abseifen der Genitalien, Einträufeln von Albargin 10% oder Protargolglyzerin 20% in die Harnröhre, Einreiben der Genitalien und der anliegenden Teile mit Kalomelsalbe, in letzterer Zeit statt dessen 2‰ Sublimat. Bei Frauen Abseifen der äußeren Genitalien, Abwaschen von Scheidengewölbe und Vagina mit Seifentampons, Ausspritzen der letzteren mit 2 Liter Seifenlösung, darauf 2 Liter 1‰ Sublimat, dann Einschmieren mit 30%igem Ichthyolglyzerin, Einlegen eines Ichthyolglyzerin-Tampons; Einträufeln von Albargin 10% oder Protargolglyzerin 20% in die Harnröhre, Einreiben der äußeren Genitalien und deren Umgebung mit Kalomelsalbe.

85. Nr. 30. 23. Juli 1927.

Ein Fall von tiefer primärer Blastomykosis der Haut (Busse-Buschke). Auf dem größeren Teil des behaarten Kopfes eines Knaben und auf der Stirn tiefe Ulzerationen mit übelriechendem, eitrigem, grünlich-gelbem Sekret bedeckt, mit wallartig erhobenen, weit unterminierten Rändern. Der Zustand verschlechterte sich unter dauernden Temperatursteigerungen mit Diarrhoen, Pleuro-Pneumonie, Exitus durch Kachexie, Lungenödem. Eine zunächst wegen der Erscheinungen am Kopfe eingeleitete antisyphilitische Behandlung versagt vollkommen. Es gelang dann Blastomyzetenkulturen zu erhalten; eine damit geimpfte Maus starb nach sechs Tagen, Aussaat von ihren Organen ergab wiederum Blastomyzetenkulturen. Mit Vakzine von der Kultur war die intradermale Reaktion stark positiv. Besonders charakteristisch ist das immer weitere Umsichgreifen der Affektion; die Diagnose wird gesichert dadurch, daß auch aus der der Pleura entnommenen Flüssigkeit Blastomyzetenkulturen angingen.

Ueber Thallium-Aceticum-Epilation bzw. ihre Kombination mit Röntgenstrahlen. Die Epilation mit Thallium aceticum zeigt doch gelegentlich Versager, wiederholte Darreichung des Medikamentes ist wegen zu befürchtender Nebenwirkungen bedenklich; überhaupt ist es unangenehm, daß die Dosis curativa und toxica so nahe bei einander liegen. Deshalb ist immer noch an der Röntgenepilation festzuhalten, die bei exakter Dosierung auch bei kleinen Kindern kaum zu Schädigungen führt. Ist exakte Röntgentherapie nicht durchzuführen, so kommt Thallium aceticum in Betracht. Besonders auszubauen wäre eine Kombination beider Methoden, wobei geringere Mengen Thallium aceticum und geringere Röntgendosen genügen.

Intradermalreaktion bei Gonorrhoe. Da alle bisherigen Methoden des sicheren Gonokokken- und Heilungsnachweises versagt haben, sind neue Wege zu diesem Zwecke, besonders für die Untersuchung von Frauen berechtigt. Als aussichtsreich erwies sich die Intradermalreaktion mit dem Antigen von Borü und Scherischorina, das in zwei Verdünnungen — 10 000 000 und 30 000 000 — Dosis 0,1 ccm angewendet wurde. Die innerhalb 2½ Stunden deutliche Reaktion zeigt einen roten Fleck oder Infiltrat von einer 1—4 cm breiten bleicher gefärbten Zone umgeben; an der Injektionsstelle der Kontrolle nur reaktive Flecken von der Größe eines Stecknadelkopfes. Bei negativer Reaktion auch nach Antigen nur kleine Fleckchen. Im allgemeinen war die Reaktion bei akuter Gonorrhoe mit Gonokokkenbefund in 100%, bei chronischer Gonorrhoe mit Gonokokkenbefund in 73,7% positiv, bei Gesunden in 100% negativ.

Ernst Levin, Berlin.

Wiener medizinische Wochenschrift.

77., Nr. 14, 2. April 1927.

Das Wesen der Hautimpfung beim chronischen Rheumatismus und ihrer Bedeutung für die Bekämpfung dieser Weltkrankheit. Die Ponndorf'sche Impfung mit Alttuberkulin zeigte bei den verschiedensten Formen von chronischem Gelenksrheumatismus günstige Resultate. Trotzdem konnte sich diese Therapie gegenüber der Injektionstherapie von verschiedenen Proteinkörpern nicht einbürgern. Verf. selbst konnte bei schweren Formen von Arthritis deformans nicht selten eine Tuberkulinüberempfindlichkeit beobachten, die sich recht unangenehm bemerkbar machte. Im „Cutivaccin-Paul" gelang es nun, einen Hautimpfstoff herzustellen, der allen Anforderungen zur radikalen Beeinflusung des chronischen Rheumatismus entspricht. Seinem Aufbau lag nicht die Idee einer beabsichtigten Polyvalenz der Wirkung, sondern vielmehr die Absicht zugrunde, die Möglichkeit einer harmonischen Abstimmung durch Variation der Reizstoffstärke zu schaffen. Das Cutivaccin

Paul besteht aus einem Gemenge von drei Originalpräparaten: dem Tuberkulo-Mucin-Weleminsky, dem mitigierten Vaccine-Toxin-Paul, gewonnen aus animalischem Vakzine-Rohstoff, dem Saprophytin-Günther, dem Extrakt aus einer Gruppe von Saprophyten mit hautreaktiver Wirkung. Das Cutivaccin-Paul ist ein vollkommen reines Präparat von stets gleichmäßiger Zusammensetzung und nahezu unbegrenzter Haltbarkeit. Auf Grund seiner reichen Erfahrungen glaubt sich Verf. zur Behauptung berechtigt, daß der chron. Rheumatismus nur eine sehr zarte und schonende Reiztherapie verträgt. Eine solche stellt unter der Voraussetzung einer rationellen Technik und Methodik die Hautimpfung mit dem Cutivaccin dar. Die zweifellose Ueberlegenheit der Hautimpfung im Vergleich zur Injektionsmethode ist begründet: in der besonderen Art der verwendeten Reizstoffe mit hautreaktiven Eigenschaften, in der Eigenart ihrer Einverleibung und in der Wahl der Fortleitungswege und Rezeptionsorgane. Während bei der Injektionstherapie die Reizkörper unmittelbar in die Blutbahn gelangen und die Krankheitsherde zu schroff und unvermittelt treffen, bildet bei der Kutanimpfung die skarifizierte Hautstelle mit den eröffnenden Lymphbahnen die Eintrittspforte, die Lymphgefäße fungieren als Zirkulationsorgane und das System der Lymph- und Hormondrüsen als Rezeptionsorgan. Verf. hält die Behandlung mit Cutivaccin für die wirksamste Waffe im Kampf gegen den chron. Rheumatismus als Weltkrankheit.

Ueber Geburtsleitung. (Fortsetzung zu Heft 13.) Von den mechanischen Mitteln zur Eröffnung des Muttermundes bei verstrichener Zervix ist das natürliche und schonendste Verfahren die richtig angewandte Dehnung mit der Hand. Die Gefahr der Infektion besteht, wenn unter den nötigen aseptischen Kautelen gearbeitet wird, praktisch nicht. Sie ist jedenfalls geringer, als bei den übrigen blutigen und unblutigen Methoden der Eröffnung des Muttermundes. Bei der Metreuryse werden noch andere Keime vom Eingang des Muttermundes bis gegen den Fundus hinaufgeschleppt, während die dehnende Hand den Eingang nicht überschreitet. Auch die Muttermundinzisionen stellen ebenso wie die darauffolgende Naht der Schnitte eine viel größere Infektionsgefahr dar. Diese Methode hat auch noch den Nachteil, daß in der Regel die mehr oder minder forcierte Entbindung gleich daran angeschlossen werden muß; nicht selten sind schwere Zangen erforderlich. Ein weiterer Vorteil der manuellen Dehnung in der Eröffnungsperiode ist die Annäherung an das Ideal der schmerzlosen Entbindung.

Ueber das Wesen des Bauchschmerzes und seiner Begleiterscheinungen. (Fortsetzung zu Heft 13.) Für die subjektive Lokalisation des Eingeweideschmerzes scheint der gleiche Mechanismus in Betracht zu kommen, der zur Entstehung der Head'schen Zone führt (Uebertritt der von den Eingeweiden zentripetal geleiteten Erregungen auf zerebrospinale Fasern, und zwar erfolgt diese Irradiation im Bereiche der Hinterhörner). Da die Empfindung aus dem erkrankten Organ fehlt, wird sie in der Richtung der hyperästhetischen und hyperalgetischen Körperdecken projiziert und gleichzeitig wird mehr minder unbewußt die Annahme gemacht, daß das erkrankte Organ in derselben Richtung liege. Die Irradiation stellt wahrscheinlich nur einen, allerdings sehr wichtigen Faktor für das Zustandekommen der Lokalisation von Eingeweideschmerzen dar. Ein direktes Ergriffensein des Peritoneum parietale mag in manchen Fällen ebenfalls von Bedeutung sein. Es erscheint möglich, daß die aus den Eingeweiden stammenden Erregungen nach Unterbrechung im Hinterhorn eine Fortsetzung im Vorderseitenstrang durch eigene Fasern finden, die Irradiation auf die aus den äußeren Körperdecken stammenden Elemente nur einen Nebeneffekt darstellt, der aber zum Zustandekommen des Eingeweideschmerzes nicht notwendig ist. Für diese Anschauung scheint die Tatsache zu sprechen, daß Eingeweideschmerzen auch zum Bewußtsein gelangen können, ohne daß eine Hyperästhesie in den dem erkrankten Organ segmentär zugehörigen Decken nachweisbar ist.

77., Nr. 15, 9. April 1927.

Das dynamische Prinzip in der Klumpfußtherapie. Die folgerichtige Therapie des kongenitalen Klumpfußes besteht einerseits in der Behandlung der momentanen Deformität, andererseits in der Beeinflussung der die Deformität verursachenden Kräfte. Diese sind: 1. Wachstumskräfte, die in die Richtung des Entstehens bzw. Rezidivierens der Deformität drängen. 2. Muskuläre Kräfte im Sinne des Ueberwiegens der tibialen Muskulatur über die perorale nach Verdehnung dieser letzteren. 3. Rein mechanische infolge falscher Belastung des Beines bei falscher Achsenlagerung der Sprunggelenke. Als erstes Moment kommt bei der Behandlung des Klumpfußes die exakte Wiederherstellung der äußeren Form durch Redressement in Betracht bis zur richtigen Einstellung der Gelenksachse. Für schwerere Fälle hat Spitzy die in der Behandlung des paralytischen Klumpfußes bereits übliche Sehnentransplantation eingeführt, und zwar kommt nach Spitzy der Tibialis ant. und post., entweder einer oder beider Muskeln zur Verpflanzung. Verf. verwendet neben dieser Operationsmethode die totale Abschaltung des Flexor hallucis, eine partielle des Flexor digitorum und sah in einer Kombination dieser Methoden die besten Erfolge. Die Auswahl der zu verpflanzenden Muskeln, muß in individueller Weise im Einzelfall entschieden werden.

77., Nr. 16, 16. April 1927.

Ueber vorzeitige Plazentalösung. Unter den an der ersten Frauenklinik in der Zeit vom 1. Januar 1925 bis 5. August 1926 erfolgten 15 000 Geburten, ist in 27 Fällen, d. i. 0,18%, eine vorzeitige Plazentalösung vorgekommen, darunter 13 schwerere Fälle, bei denen die vorzeitige Ablösung eines mindestens handtellergroßen Bezirkes zu starken Blutungen geführt hat. Zwei dieser Fälle endeten letal für Mutter und Kind. 15 Frauen hatten keinerlei Blutungen, darunter waren die 14 leichteren Fälle, sowie ein Fall mit einem über handtellergroßen vorzeitig gelösten Bezirk an der Plazenta. Da dieser der oberen Hälfte der Plazenta angehört hat, kam es nicht zu Blutungen nach außen. Als ätiologische Momente kamen bei einzelnen Fällen Schwangerschaftstoxikosen in Betracht. (Eklampsie, Nephropathie, chron. Nephritis.) Bei einer Frau bestand im dritten Lunarmonat ein Abortus imminens, die Schwangerschaft nahm weiter den normalen Verlauf, an der geborenen Plazenta fand sich ein randständiges schokoladefarbiges, ausgelaugtes Blutgerinsel. Eine Frau hatte eine Enzephalitis. In einzelnen Geburtsgeschichten fanden sich mehrfache Nabelschnurumschlingungen der Frucht vermerkt; da dies auch bei normalen Geburten ein häufiges Vorkommnis ist, wird diesem Umstand keine ätiologische Bedeutung beigemessen. 16 Geburten verliefen ohne Eingriff, fünfmal wurde die künstliche Sprengung der Blase vorgenommen. Die vorzeitige Blasensprengung wird nur dann angewendet, wenn der Muttermund wenigstens klein handtellergroß und dünnsaumig, dabei die Wehentätigkeit gut ist, so daß die Erweiterung des Mundes durch den Schädel besorgt werden kann. Einmal wurde zur Beschleunigung der Geburt ein Metreurynter eingeführt, einmal die Geburt durch typische Zange beendet. Zweimal wurde die Wendung ausgeführt, zweimal die Sectio caesarea mit nachfolgender supravaginaler Amputation wegen atonischer Blutung. Von den Kindern kamen 12 tot zur Welt (davon waren 9 tot in die Klinik eingeliefert worden). 15 Kinder sind lebend geboren worden, zwei davon starben in den ersten Lebenstagen. H. Maslowski.

Svenska Läkaresällskapets Handlingar.

53., H. 2, 1927.

Neurose mit transitorischer Glykosurie. Ein Fall transitorischer Glykosurie bei einem Neurotiker mit starker Affektibilität wird beschrieben. Es bestand ein Parallelismus zwischen Glykosurietagen und den Affektzuständen des Kranken. In Hypnosezuständen bestand eine deutliche Steigerung des Nüchternwertes des Blutzuckers. Die Glykosebelastungskurve nahm durch die Hypnose einen diabetesähnlichen Charakter an, ohne daß die Affekte darauf Einfluß hatten.

Die Korsakowsche Krankheit. Marcus fand als pathologische Veränderung bei der Korsakowschen Krankheit Alterationen der Hirnstruktur, die die tiefsten Schichten der Hirnrinde einnahmen und vorwiegend die Frontalwindungen betreffen.

Spontane subarachnoideale Blutungen. 9 Fälle von spontanen subarachnoidealen Blutungen betrafen besonders das Alter von 30 bis 42 Jahren. Geplatztes Aneurysma, Endocarditis lenta, chronische Nephritis waren mitunter die Ursache, dazu Hypertonie und Syphilis. Apoplektiformes Einsetzen, Nackenstarre, meningitische Symptome, einmal auch spastischer Torticollis, initiales Coma, psychische

Störungen, Stauungspapille, Netzhautblutungen, Haematome der Sehnervenscheiden, basale Hirnhaematome sind nicht seltene Symptome. Zum Unterschied anderer Hirnblutungen sind Stauungspapille und Netzhautblutungen sehr häufig bei den subarachnoidealen Blutungen. Pleozytose, Eiweiß- und Zellvermehrung, Gelbfärbungen im Liquor (meist nur 1 bis 2 Wochen) positiver Nonne kommen ebenfalls vor.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Norsk Magazine for Laegevidenskaben.

Nr. 7, Juli 1927.

Insulinbehandlung bei Diabetes mellitus. H. F. Höst.
Tuberkulose des Magens. Gemeinsames Vorkommen von Tuberkulose und Krebs in den Verdauungsorganen. Francis Horbitz.
Das neue Diabetesmittel Synthalin. L. Stoltenberg.
Mitteilungen über das Krankenhaus Interred. Christian Johannesen.
Diastasen im Serum und Urin. Ch. K. Schaaning.

S. Kalischer.

Hygiea.

H. 12, 30. Juni.

Rolf Eidem †. Gedenkworte von Gunnar Nilsen.
Erfahrungen in einer Serie von Myom-Laparatomien. Lorenz Lindquist.
Einige Betrachtungen über die neurologischen Semiologien. Gotthard Söderbergh.

S. Kalischer.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 26, 30. Juni.

Serumkrankheiten. (Fortsetzung folgt.) Hans Heckscher.
Macleans Nierenfunktionsprobe. Erik Gottlieb.
* Zwei Fälle von Diphtheritis, die mit Metallsalz (Mangan) behandelt wurden. E. G. Budde-Lund.
Hypertonie (Uebersetzung). F. H. Humphris.

Behandlung des Diphtheritis mit Metallsalz. In zwei Fällen von Diphtheritis sah Heckscher gute Erfolge durch intramuskuläre Injektion von Metallsalz (4000 I. E. + 1 ccm Metallsalz, Mangan, $MnCl_2$).

Nr. 27, 7. Juli.

* Serumkrankheiten (Schluß). Hans Heckscher.
Webers Gesetz. Henning Rönne.
Hausepidemie von Paratyphus und Behandlung der Bazillenträger. C. A. Blume.

Serumkrankheiten. Die Ursachen, die Häufigkeit, die klinischen Erscheinungen, Therapie, Prognose der Serumkrankheiten werden eingehend erörtert. Palliativ wirken Atropin und Adrenalin mehr bei dem Serum-Fieber als Antipyretica oder Salicyl, auch gegen juckende Exantheme. Injektionen von polyvalenter Staphylokokkenvakzine in steigenden Dosen, auch in Verbindung von Darreichung von Kalkpräparaten werden besonders empfohlen.

Nr. 28, 14. Juli.

* Vergrößerung der Erythrozyten und ihre Form bei Anämien. H. C. Gram.
Metallsalztherapie. L. E. Walblum.
Spinale Hemiplegie. Viggo Christiansen.
* Pathogenese des Oedems. Poul Iversen und Fusakishi Nakazawa.
Behandlung des Diabetes mit Synthalin. J. N. Lorenzen.
Emil Kraepelin. H. J. Schon.

Erythrozyten, Zahl und Form bei Anämien. Der Mitteldurchmesser der normalen Blutkörperchen wird auf 7,8 μ angegeben, deren mittlerer Umfang in Grenzen von 83,5 bis 91,6 μ^3, durchschnittlich 87 μ^3. Der Durchschnitt ist bei perniziöser Anämie in der Regel vermehrt; er ist bei einfachen Anämien ohne Mikrozylose meist normal.

Pathogenese des Oedems. Bei Nephrose-Kranken mit Oedem finden sich so niedrige Werte des kolloid-osmotischen Drucks, daß daraus ein Filtrations-Oedem entstehen kann, wie es auch Hagedorn, Rasmussen und Rehberg annehmen. Auch bei akuter Albuminurie ist der kolloid-osmotische Druck und seine Erniedrigung genügend, um die Entstehung des Oedems zu erklären. Wo der hydrostatische Druck nicht pathologisch erhöht ist, bekommt man Oedeme der Füße bei einem Druck zwischen 240 bis 270.

S. Kalischer.

The Lancet.

212., Nr. 25, 18. Juni 1927.

* Menstruelle Funktion und Beobachtungen über die Beziehung von Graafschem Follikel und Corpus luteum zu pathologischer Uterusblutung. B. Whitehouse.
* Schwierigkeiten in der Diagnose der akuten Leukämie. J. B. Davey and L. E. H Whitby.
* Schwefelstoffwechsel bei der Arthritis deformans. A. P. Cawadias.
„Petechiasis" der Netzhaut, eine heilbare Krankheit. H. M. Mc. Crea.
Allergenfreie Kammern in der Behandlung von Bronchialasthma und andere Respirationskrankheiten. W. St. van Leeuwen, W. Einthoven and W. Kremer
Vier Fälle von Tetanus im Anschluß an intramuskuläre Chinininjektion. J. Mac queen.
Vorhofflimmern von 15jähriger Dauer. E. E. Laslett.
* Epilation durch Thalliumazetat. F. H. Curtis.

Einige Probleme der menstruellen Funktion mit Beobachtunge über die Beziehungen des Graafschen Follikels und des Corpus luteu zu pathologischer Uterusblutung. Verf. gibt eine interessante Schil derung von der Natur der menstruellen Funktion bei verschiedene Säugetieren, deren Brunstzyklus aus einem Anöstrum, einem Pro östrum, einem Oestrum und der Schwangerschaft oder Pseudo schwangerschaft besteht, und der Beziehungen zwischen Ovulatio und Geschlechtszyklus. Daß die Ovulation beim Menschen zwische dem 13. und 17. Tage des menstruellen Zyklus erfolgt, konnte e öfters an Ovarien nach Laparotomien bestätigen. Von der Ovulatio an besteht ein Zustand von Pseudoschwangerschaft bis zum 28. Tag wo mit der Nekrose der menschlichen Dezidua die Blutung beginn Pari passu entwickelt sich ein Zustand von Proöstrum, der seine Höhepunkt auch am 28. Tage erreicht, aber während des Aborts de Pseudoschwangerschaft andauert. Es folgt der Blutung eine kurz östrische Phase. Das Menstrualblut ist das Ergebnis zweier Fak toren, einer Blutung infolge Nekrose des Endometriums und eine Blutung infolge Ruptur von Kapillaren durch die proöstrale Hyper ämie. In 12 Versuchen hat Verf. das Corpus luteum in verschiedene Zeiten der Entwicklung zwischen dem 17. und 25. Tage des men struellen Zyklus exzidiert, und stets erfolgte innerhalb 36 bis 48 Stun den Uterusblutung mit Nekrose des Endometriums, die nächstfolgend Periode aber stellte sich ungefähr zu der normalen Zeit ein, als wen keine experimentelle Unterbrechung des menstruellen Zyklus erfolg wäre. Aus einer Reihe von Beobachtungen nach Zerstörung oder Ex zision großer Graafscher Follikel vor ihrer Ruptur ging hervor, da nicht nur das C. luteum, sondern auch der Graafsche Follikel für da Wachstum des Endometrium verantwortlich ist, Infektion von Liquo folliculi erzeugte keine Uterusblutung. Das Follikelhormon schein also mehr als ein aktives Prinzip zu haben. Das letztere wir wahrscheinlich von den Zellen der Tunica granulosa erzeugt, und d es im Follikel wie auch im C. luteum sezerniert wird, so bezeichne er das für Wachstum und Funktion des Endometriums verantwort liche Hormon als Ovarin, während Oestrin nur das Oestrum er zeugende Hormon ist, das nicht im C. luteum vorkommt und für di prämenstruelle Kongestion und die funktionelle Tätigkeit der Uterus drüsen verantwortlich ist. Daß eine Erkrankung die gleichen Wir kungen wie Zerstörung oder Exzision von reifem Follikel und C luteum hat, läßt sich häufig nachweisen. Untersuchungen mehrere Ovarien in Fällen großer Fibrome mit Metro- wie Menorrhagie er gaben stets große zystische, nicht geborstene Follikel und degene rierte C. lutea. In diesen Fällen hatten Uterusbildung und Sterilitä einen gemeinsamen ovariellen Ursprung. Partielle Reife des Graa schen Follikels mit folgendem Absterben ist wahrscheinlich stet mit Nekrose des Endometriums und Blutung verbunden. Ueber mäßige Bildung von Ovarin führt zu frühzeitiger dezidualer Entwick lung und scheint eine Ursache in der Entstehung schwerer, men strueller Schmerzen zu sein. Mit den im Handel befindlichen Ex trakten hat Verf., wie wohl jeder, hier und da einen scheinbaren E folg gehabt, in gleichen Fällen versagten sie aber vollkommen. E ist sehr zweifelhaft, ob viele dieser Extrakte aus ovarinhaltigen O ganen hergestelt sind, es sollten dafür nur reife Follikel oder funk tionierende C. lutea, nicht aber degenerierte gelbe Körper verwan und nur tierische Ovarien während des Proöstrum oder frühe Schwangerschaftsmonate benutzt werden.

Einige Schwierigkeiten in der Diagnose der akuten Leukämi Verf. haben das in letzter Zeit häufigere Vorkommen akuter Le kämiefälle hervor, sie beobachteten in 18 Monaten nicht weniger wi sechs Fälle, die sie beschreiben, davon drei Fälle, des seltenen akute lymphatischen Typus; in gleicher Zeit sahen sie 13 Fälle chronisch lymphatischer und 11 Fälle chronischer myelozytischer Leukämi Der Prozeß der akuten Leukämie greift das Knochenmark bis zur Ve nichtung des erythroblastischen Gewebes an, und die begleitende Blutungen führen zu einer Anämie, die das fehlende erythroblastisch Gewebe nicht wettmachen kann; so kommt der Tod durch Anämi und Erschöpfung zustande, wenn nicht die Blutungen zuvor die Funk tionen eines vitalen Organs, wie z. B. der Niere lahmgelegt habe Zur Unterscheidung der akuten lymphatischen Leukämie von de myeloblastischen, anderen Leukämien und Drüsenfieber einige A haltspunkte: Milzvergrößerung ist bei beiden akuten Formen nic sehr ausgesprochen. Eine sehr große Milz bei Erwachsenen spric mehr für die Endphase einer chronischen oder subakuten Leukämi als für akute Erkrankung. Bei Drüsenfieber kommt Milzvergrößerun bisweilen vor, dagegen keine Blutungen. Bei den primären akute

Leukämien dauern die Symptome, besonders die Blutungen, selten länger als einige Wochen. Kurze Dauer der Symptome bei sehr großer Milz kommt häufiger in der Endphase chronischer lymphea-tischer Leukämie vor, die Jahre lang ohne Symptome bestehen kann, als bei myelozystischer. Bei akuter lymphatischer Leukämie Erwachsener ist die Leukozytenzahl oft normal, selten über 3000 (bei Kindern viel höher), eine hohe Zahl bei Erwachsenen spricht mehr für chronische Form. Bei akuter myeloblastischer Leukämie kann die Zahl beträchtlich höher sein, bei Drüsenfieber beträgt sie meistens 10 000—30 000. Große Lymphozyten sind charakteristisch für akute lymphatische Leukämie und Drüsenfieber. Fälle mit großen Lymphozyten und Megaloblasten sind gewöhnlich rein myeloblastischer Natur. Die Lambrightsche Oxydasefärbung ist verläßlicher als alle andern Färbungen, um Myeloblasten von großen Lymphozyten zu unterscheiden. Verringerung der roten Zellen und des Hb kommt bei beiden akuten Formen vor, aber ausgesprochener bei der myeloblastischen. Zahlreiche Myeloblasten und Mekrozyten sprechen für myeloblastische, viele Normoblasten und Poikilozyten bei starker Herabsetzung der gesamten roten Zellen für akute lymphatische Leukämie. Bei beiden Formen schreitet die Anämie sehr rasch vorwärts. Veränderung der Zahl und Form der roten Zellen fehlt bei Drüsenfieber.

Schwefelstoffwechsel bei der Arthritis deformans. Es gibt drei Formen des normalen S. Stoffwechsels: S. wird zuerst in Form unvollkommen oxydierten Schwefels (Cystin, Cystein u. a.) aus dem Eiweiß abgespalten und 20% davon werden im Urin, zum kleineren Teil in den Faeces ausgeschieden. Der größte Teil des neutralen S. wird dann vollkommen zu SO_4H_2 oxydiert und erscheint in Form von schwefelsaurem Salzen im Harn. Ein viel kleinerer Teil dieses S. geht die sog. Sulfokonjugation mit toxischen aromatischen Produkten der Fäulnis oder abnormer Eiweißzersetzung oder in Eiweißzerstörung in Eiterherden ein, wandelt sie in weniger toxische Sulfocyanate oder in nicht toxische ätherische Sulphate um. Normalerweise besteht beim Erwachsenen vollkommenes S. Gleichgewicht. Bei der Stoffwechselfunktion des Organismus, die dieses Gleichgewicht erhält, der sog. „Thiopexie", spielt wahrscheinlich die Leber eine große Rolle, vielleicht auch die Schilddrüse. Der Index der Thiopexie (Gesamt S : Gesamt N) beträgt in der Norm bei feststehender, g Eiweiß pro Kilo Gewicht enthaltender Diät 1 : 7 bis 1 : 10, der Koëffizient der Oxydation wird durch das Verhältnis im neutralen S : Gesamt S. bestimmt und beträgt 10—20%, die Sufokonjugation wird durch die Bestimmung der Menge ätherischer Sulfate im 24 Stunden-Harn festgestellt. Die Untersuchungen bei Arthritis deformans ergaben eine normale Oxydation des S., eine bisweilen leicht gesteigerte Sulfokonjugation, aber eine sehr starke Störung der Thiopexie. Daraus kann man folgern, daß die äußeren Ursachen der Arthritis, wie Mikroben, Toxine, Feuchtigkeit, auf die Regulierung besonders des S.-Stoffwechsels wirken, es entstehen Störungen des S.-Stoffwechsels und als letzte derselben das Gelenkleiden. Die guten Resultate der Schwefelbehandlung bestätigen diese Auffassung. Es ließ sich unter dem Einfluß kolloidalen Schwefels eine Besserung des Index der Thiopexie feststellen.

Zur Frage der Epilation durch Thalliumazetat. Im Hinblick auf die Ratschläge, nur frisch bereitetes Thalliumazetat zu verwenden, einige Versuche an Ratten, bei denen am 7.—8. Tage nach subkutener Infektion einer frischen Lösung von 7,5 mg per Kilo Körpergewicht Epilation eintrat. Lösungen, die drei Monate vorher bereitet und steril aufbewahrt waren, zeigten den gleichen, prompten Erfolg. Die kumulative Wirkung der Thalliumazetat wurde durch Tierversuch bestätigt. Ratten blieben bei einer Dosis von 22 % mg per Kilo vollkommen gesund; erhielten sie jedoch 7,5 mg und drei Wochen später 15 mg per Kilo, so starben sie in wenigen Tagen unter Appetit- und Gewichtsverlust, Konjunktivitis, Stomatitis und Epistaxis.

212. Nr. 26, 25. Juni 1927.

Ein Beitrag zur klinischen Diagnose von Hypophysentumoren. Beschrieben sind bisher die folgenden Krankheitstypen: Akromegalie, Dystrophia adiposogenitalis, die okuläre Form, die Simmondschen Krankheitsbilder der hypophysären Kachexie und die Diabetis insipidus, die Nanosomia pituitaria und die Dystostosis pituitaria. Verf. beschäftigt sich nur mit zwei Formen. Der von ihm zuerst beschriebene okulare Typus ist vor allem durch Sehstörungen charakterisiert. Bei genauer Befragung und sorgfältiger Untersuchung findet man meistens geringe Funktionsstörungen sexueller Natur, Verlust der Scham- und Achselhöhlenhaare, Störungen der Schweißsekretion, Somnolenz, psychische Störung, niedrige Temperaturen; bei Frauen läßt sich oft Milch aus der Brustdrüse ausdrücken. Die Sehstörungen bestehen in Verringerung der Sehschärfe und des Gesichtsfeldes in Form der für Hypophysentumoren fast pathognomonischen bitemporalen Hemianopsie (bei sehr geringen Graden der Kompression des Chiasma nur für Farben). Diese Hemianopsie kam in 84% seiner Fälle vor, in den übrigen Fällen verschiedene Sehstörungen anderer Art, primäre Optikusatrophie fand sich in 89% der Fälle. Stauungspapille und Neuritis optica sind selten und sprechen eher gegen die Diagnose eines Hypophysentumors. Bei der Akromegalie unterscheidet Verf. in seinen 30 Fällen zwei Gruppen von gleich häufigem Vorkommen, die benigne und maligne Form. Das hauptsächlichste Unterscheidungsmerkmal sind die Sehstörungen, die bei der benignen Form nie vorkommen. Das Chiasma liegt mehr als 1 cm über und hinter dem Sulcus des Stuasma, es kommt daher nur zu Sehstörungen, wenn der Tumor gegen die Schädelbasis zu wächst. Bei der benignen Form entwickelt sich der Tumor in der Fossa pituitaria und sie mehr und mehr erweiternd gegen den Sinus sphenoidalis. Die benigne Form weist sehr oft starke Hypertrichosis auf, dagegen sind sexuelle Störungen viel seltener als bei allen andern Hypophysenerkrankungen. Die Störungen betreffen vor allem die aus dem Ektoderm stammenden Gebilde, in viel höherem Grade als bei den anderen Formen: Einfluß auf Talg- und Schweißdrüsen, Verdickung und Runzelung der Haut, Hypertrophie des Zungenepithels, Defekte im Zahnschmelz, Störungen des Nagelwachstums. Sehr häufig sind Kopfschmerzen, besonders in den ersten Jahren, mehr endokriner als kompressorischer Aetiologie. Trotz des benignen stationären Adenoms im Vorderlappen und der ausbleibenden Sehstörungen handelt es sich um eine ernste Erkrankung (psychische Störungen). Diabetes ist selten, alimentäre Glykosurie häufiger. Verf. operierte bisher nur drei Fälle, in Anbetracht der geringen operativen Mortalität ist eine Operation vielleicht häufiger zu empfehlen, als es bisher geschah.

Bei der malignen Akromegalie handelt es sich um einen klinisch, aber nicht immer pathologisch-anatomisch malignen Tumor. Metastasen kommen kaum je vor: Charakteristisch sind die Sehstörungen. Durch das fortschreitende Wachstum gegen die Gehirnbasis wird das Chiasma gegen den Circulus Willisii gepreßt. Neben den Sehstörungen findet man die meisten Symptome der benignen Form, dagegen keine Hypertrichosis. Sexuelle Störungen sind so häufig, wie bei der Fröhlichschen Krankheit oder der okulären Form. Heftige Kopfschmerzen viel seltener als bei der gutartigen Form. Adipositas wird oft beobachtet. Routal.

213. Nr. 1, 2. Juli 1927.

Farbreaktionen des Vitamin A und ihre Anwendung bei in der Natur vorkommenden Produkten. In Anbetracht der mühevollen und kostspieligen Fütterungsversuche und der ihnen anhaftenden Fehlerquellen wären spezifische Proben chemischer Natur mit Ausarbeitung quantitativer Bestimmungen von großem Wert. Versuche mit den verschiedenen Farbreaktionen an einem Lebertran von bekanntem Gehalt an Vitamin A, das durch die Quarz-Hg-Lampe in 7½ cm Entfernung innerhalb 2 Stunden vollkommen zerstört war, ergaben mit konzentrierter Schwefelsäure und mit Phosphor-Pentoxyd bereits nach einer Stunde negative Resultate, so daß sich diese Reagentien nur halb so empfindlich zeigten als Arsentrichlorid oder Antimontrichlorid. Fearons Trichloressigsäure mit Pyrogallol zeigte noch nach 5½ Stunden unverminderte Invensität, ist also sicher nicht spezifisch. Mit Hilfe eines Farbmessers gelangen quantitative Ablesungen der blauen Farbe, welche Arsen- und Antimontrichlorid geben, an in 5 Minuten Intervall entnommenen Proben des bestrahlten Lebertrans. Jedoch müssen einige störende Faktoren im Auge behalten werden. Es zeigte sich nämlich, daß die Zerstörung des Vitamin A auch nach Aufhören der Strahlenwirkung weiter ihren Verlauf nahm; ein Oel, von dessen Vitamin A nur 3% zerstört waren, hatte nach 3 Monaten 25% verloren. Ein anderer störender Faktor waren die photosynthetischen Pigmente der vegetabilischen Nahrungsstoffe. Chlorophyll A und B erzeugen zwar Wachstum von Ratten bei Vitamin-A-freier Diät, doch waren adsorbierte Vitaminspuren die wahrscheinliche Ursache; Carotin wurde mit negativem Resultat verfüttert, ein reines krystallinisches Xantophyll erwies sich ebenso als nicht identisch mit Vitamin A. Jedoch gaben die beiden letzteren Pigmente mit Arsen- und Antimontrichlorid eine permanente Blaufärbung, welche die Vitamin-A-

Reaktion (vorübergehende Blaufärbung) störte. Es gelang Verff., die beiden störenden Pigmente aus Butterfett, Eigelb, Maisöl, Spinat u. a. durch mehrstündiges Schütteln in Petroläther mit guter Pflanzenkohle zu entfernen, ohne anscheinend eine Adsorption von Vitamin A herbeizuführen. Die beiden Farbenproben ergaben bei Lebertran verschiedener Herkunft gute, nach Zerstörung des Vitamin A in den Oelen stets negative Resultate, in welcher Weise auch immer das Vitamin A zerstört wurde. Nach vollständiger Entfernung des Vitamin D aus dem Lebertran durch den Zuckerschen Prozeß blieb sein Vitamin A weiter wirksam und gab stets positive Farbreaktionen, während ein konzentriertes Vitamin D (Ostelin) negative Farbreaktion gab, interessant im Hinblick auf die Tatsache, daß die ultravioletten Strahlen, welche Vitamin D erzeugen, zerstörend auf Vitamin A wirken. Olivenöl und Oelsäure, obwohl sie selbst negative Reaktion geben, wirken hemmend auf die Farbreaktionen, da ihre organische Peroxyde allmählich das Vitamin A zerstören, eignen sich also nicht als Lösungsmittel für Lebertran. Auch für Nahrungsstoffe und natürliche Produkte nach Entfernung der Pigmente durch Adsorption zeigten beide Farbreaktionen befriedigende Resultate, wie für Butterfett, Trockenmilch u. a. Speck gab stets negatives Resultat. Auch die Oele aus Orangen- und Zitronenschalen mußten zuvor entfärbt werden. Mit als die besten Quellen für Vitamin A unter den Vegetabilien zeigten sich das Oel aus der Orangenschale und die Spinatblätter.

Hypertrophie der Papilla foliata bei Männern. Verf. fand diese wenig bekannte Affektion in den letzten vier Jahren bei 19 Männern, sie kommt scheinbar nie bei Frauen vor. Die Patienten klagen über prickelndes Gefühl unabhängig von der Nahrungsaufnahme und kommen aus Angst vor Krebs zum Arzt. Diät, Rauchen, Syphilis, Zahnsepsis spielen keine ursächliche Rolle. Die Anomalie kann ein- oder doppelseitig auftreten, der Rest der Zunge bleibt ganz gesund. Es handelt sich um einen milden, chronisch entzündlichen Prozeß. Behandlung: Zahnsäuberung, alkalische Mundwässer, lokale Pinselung mit 5% Chromsäure oder Salicylsäure. Einige Fälle sind sehr hartnäckig. Die letzte Zuflucht bleibt Zerstörung mit dem Thermokauter. Rontal.

British medical Journal.

Nr. 3466, 11. Juni.

Entstehung und Behandlung des Vorhofflimmerns. Wenn die Vorhöfe sich sehr rasch kontrahieren, etwa 300mal in der Minute, so kann das Reizleitungssystem nicht alle Impulse, die es erreichen, weitergeben. Die Ventrikel antworten nur auf jeden 2. oder 3. Reiz (Block 2:1, 3:1) und eine Pulsfrequenz von 100 oder 150 ist die Folge. Dieses Phänomen entsteht durch teilweise Uebermüdung der Vorhofsmuskulatur. Die normalerweise vom Sinusknoten ausgehenden Kontraktionsreize werden nicht mehr in bestimmter Reihenfolge gleichmäßig nach allen Richtungen von den Muskelfasern weitergeleitet, sondern der Impuls wandert in einer Richtung um die Muskelfibrillen herum, die die Einmündungsstelle der großen Venen umgeben. Diese Kreisbewegung reizt die ganze Vorhofsmuskulatur zur Kontraktion an, ohne daß die Vorhöfe durch diese ungeordnete Muskeltätigkeit wirksam zusammengezogen werden. Bei Kontraktionen über 450 in der Minute ändert sich die kreisförmige Bahn des Impulses ständig, da bereits ermüdete und gegen den Reiz refraktäre Fasern den Weg versperren. So entsteht ein völlig unregelmäßiges Kreisen mit Kontraktionen, die nur zum Teil sich über die Vorhofsmuskulatur ausbreiten und in ganz regellosem Rhythmus an das Reizleitungsbündel gelangen. Die Ventrikel antworten in der gleichen, regellosen und übermäßig beschleunigten Weise auf die ihnen übermittelten Impulse. Im Elektrokardiogramm bleibt die Form der Ventrikelzacke im ganzen erhalten, während statt der normalen Vorhofsschwankung wellenförmige, regellose Zacken auftreten; ein Beweis dafür, daß an sich der Anreiz zur Ventrikelkontraktion auf dem normalen Wege des Reizleitungssystems fortgeleitet wird.

Zeichen von Herzinsuffizienz — wenn auch von der voll entwickelten Dekompensation bis zur Atemnot bei stärkerer Anstrengung in wechselndem Grade ausgeprägt — sind so gut wie immer vorhanden und vor allem durch die übermäßige Beschleunigung der Schlagfolge bedingt. Die schwache Tätigkeit der Vorhöfe erlaub nur eine unzureichende Füllung der Herzkammern, die infolge de Abkürzung der Diastole noch verringert wird, so daß ein gering Schlagvolumen und eine ungenügende Kreislaufversorgung sic ergeben. Für die Behandlung des Vorhofflimmerns muß als zunächst der Gesichtspunkt maßgebend sein, die Häufigkeit de Kammerkontraktionen derart zu vermindern, daß die Diastole lan genug ist, um eine regelrechte Füllung der Ventrikel zu gestatte und daß der Muskel nach jeder Kontraktion Zeit zur Erholung ha Nur so kann eine ausreichende Ernährung des Herzmuskels durc die Kranzarterien sichergestellt werden. Für diese Ueberwachun der Ventrikeltätigkeit kommen im wesentlichen die Digitaliskörpe in Frage, die bei hoher Pulsfrequenz infolge Vorhofflimmerns ein ganz andere Wirkung besitzen als bei dem aus anderer Ursach beschleunigtem Puls. Bei Darreichung des Digitalis in der üblich Dosis ist eine günstige Wirkung erst nach etwa einer Woche z erwarten, da erst dann die ausreichende Kumulation eingetrete ist. Diese für die Qualen der Herzinsuffizienz leidenden Kranke so grausame Frist läßt sich durch massive Digitalisierung bedeuten verkürzen, ohne daß bei sorgfältiger Errechnung der notwendige Dosis Vergiftungserscheinungen zu befürchten sind. Voraussetzun dieser Behandlungsweise ist der Gebrauch eines gleichmäßi wirkenden Standardpräparates mit genau bekannter Wirkungsstärk Schon 2—4 Stunden nach der erstmaligen Darreichung einer solche Digitalistinktur in Mengen von 0,1 ccm pro ½ kg Körpergewich (1 ccm Tct die geringste tödliche Dosis für 1 kg Katze enthaltend die in etwa 12 Stunden verabfolgt wurden, war ein therapeutische Effekt erkennbar. Nach etwa 6 Stunden wurde gewöhnlich di vollständige Wirkung erlangt. Bei 54 mit einer etwas schwächere Tinktur behandelten Kranken wurden im Durchschnitt 13 ccm verabfolgt. Die Pulsfrequenz sank von 140 im Durchschnitt vo der Behandlung innerhalb von 8 Stunden auf 90 ab. Erbrechen tra nur bei 2 Kranken auf, die eine höhere Dosis erhalten hatten. Au die Frequenz und den Rhythmus des gesunden Herzens blieb di Zufuhr solch großer Digitalismengen ohne jeglichen Einfluß. Di massive Digitalisierung ist nur bei deutlicher Dekompensation an gebracht, wo es gilt, die Zeit des Leidens zu verkürzen. Di augenblicklichen Erfolge sind glänzend. Das Pulsdefizit wird vie geringer. Auch dort, wo trotz bestehenden Vorhofflimmerns die Zah von 100 Schlägen an der Herzspitze nicht überschritten wird, leiste diese Darreichungsart hervorragende Dienste. Freilich wird durc das Digitalis der normale Rhythmus nicht wiederhergestellt. Selbs bei Aufhebung des Pulsdefizits können die Schläge genau so chaotisc wie vorher aufeinander folgen. Die segensreiche Wirkung diese massigen Digitalisdosen beginnt nach etwa 6—7 Tagen nachzulasse und die Pulsfrequenz steigt allmählich an. Um den Puls bei eine Frequenz von ca. 90 zu halten, ist es nötig, dann dreimal täglic 5—10 Tropfen der Tinktur während längerer Zeit zu verabfolge ohne daß die zu Unrecht besonders gefürchtete „kumulative Wir kung" zu Schädigungen Anlaß gibt. Vielmehr ist es oft zu beob achten, daß Vorhofflimmern erst entsteht, wenn die Digitalismed kation abgebrochen wird. Für die Behandlung der Kranken, di kurze Zeit vorher Digitalis erhalten haben, sind folgende Erwägur gen maßgebend, die im Dringlichkeitsfall die Zufuhr großer Digitalis dosen ohne Gefahr der toxischen Schädigung ermöglichen. Di Wirkungsdauer der Droge hält etwa eine Woche an, wobei täglic ca. 25 Tropfen der Tinktur der Zerstörung anheimfallen. Von de auf der Grundlage von 0,1 ccm pro 0,5 kg Körpergewicht errechne ten therapeutisch notwendigen Dosis ist die über siebenm 25 Tropfen hinausgehende Menge abzuziehen, die in der letzte Woche verabfolgt wurde. Bei sorgfältiger Beobachtung (evtl. unte ständiger Aufnahme von Elektrokardiogrammen) bietet die massiv Digitaliszufuhr kaum Gefahren, zumal das sofort einsetzende Er brechen gegen eine weitere Resorption schützt. Dieses einmalig Erbrechen unterscheidet sich wahrscheinlich in seiner Entstehungs weise von dem bei chronischer Digitalisierung auftretenden, das tag lang anhält und mit schweren Magenstörungen einhergeht. Z Erklärung dieser therapeutischen Wirkungsweise großer Digitalis mengen erscheint die Beeinflussung des Vagus auszureichen. Sovi von dem Medikament ist zu verabfolgen, daß bei Hemmung de Reizleitung nur noch so viel Impulse zur Kammer gelangen, um ein einigermaßen normale Frequenz zu ermöglichen. In den Fällen vo Arrhythmia perpetua mit etwa 80 Pulsfrequenz und trotz der außer ordentlichen Pulsirregularität erhaltenen Arbeitsfähigkeit kommt di Digitalisverordnung nicht in Frage. Sobald infolge passiver Hype ämie des Magens als Teilerscheinung allgemeiner Kreislaufstauun dauernd Erbrechen besteht — ein ziemlich seltenes Vorkommnis — ist die Verabfolgung der großen Digitalisdosen nicht durchführba

Die Behandlung des Vorhofflimmerns mit Digitalis ist lediglic symptomatisch und nur darauf gerichtet, das Ueberströmen der ge häuften Reize von den Vorhöfen auf die Ventrikel zu verhindern, u so den Herzkammern eine genügende Diastole zu ermöglichen. B der Chinidinbehandlung wird hingegen der Versuch gemacht, de normalen Rhythmus wiederherzustellen und so kausal zu wirke

iese Therapie ist kontraindiziert, sobald noch schwerere Erscheinungen von Herzinsuffizienz vorhanden sind. Daher ist bei der Mehrzahl der Kranken die vorherige Durchführung einer Digitaliskur notwendig, um eine ausreichende Kompensation zu erzielen. Der Erfolg des Chinidins geht darauf zurück, daß drei Faktoren die Dauer der Kreisbewegung in den Vorhöfen bestimmen: die Länge der vom Reiz durchlaufenen Strecke, die Reizleitungszeit und die refraktäre Periode der Muskulatur. Jede wesentliche Veränderung eines oder mehrerer Faktoren beendet sofort die Kreisbewegung des Reizes. Das Chininderivat verlängert die reizrefraktäre Phase der Muskelzellen und führt so zum Auftreten regulärer Vorhofskontraktionen. Ein Dauererfolg ist jedoch selten beschieden, da die wirkliche Ursache des Vorhofflimmerns unbeeinflußt bleibt und auf die Reizzentren einwirkt. Entgegen der verbreiteten Meinung, daß in fast allen Fällen von Arrhythmia perpetua mit Chinidin der normale Rhythmus erzwungen werden kann, sobald ausreichende Dosen verabfolgt werden, ist zu betonen, daß dieses für längere Zeit nur bei sehr wenigen Kranken gelingt. Ein Teil von ihnen fühlt sich zudem bei der gelungenen Regelung der Pulsfrequenz nicht wohler als vorher. Zur Erzielung einer Pulsfrequenz von 80 wird bei Bettruhe Chinidin. sulph. in 5 Dosen à 0,4 g mit 2stündigen Pausen verabfolgt. Vor jeder Dosis werden Elektrokardiogramme angefertigt und die Dosierung ausgesetzt, sobald die normale Schlagfolge eingetreten ist. Erst vom nächsten Tage ab werden täglich dreimal 0,06 g für 6 bis 8 Wochen verabfolgt. Wenn kein Elektrokardiogramm die genaue Überwachung möglich macht, sollte die Chinidinbehandlung nicht versucht werden, da selbst bei vorsichtiger Dosierung ganz unerwartet bedrohliche Zeichen der Herzschädigung sich einstellen können (plötzliche Steigerung der Frequenz usw.). In der Regel kommt daher nur Digitalis bei der Behandlung des Vorhofflimmerns in Frage.

Ursache der Angina pectoris. Theorien, die lediglich die Neuralgie berücksichtigen und die Angina pectoris als paroxysmale Neurose auffassen, gehen weit über das Ziel hinaus, indem sie die nahezu immer vorhandenen Gefäßveränderungen, einen wesentlichen Teil des Krankheitsbildes unberücksichtigt lassen. Andererseits ist es nicht angängig, als Ursache einzig eine Störung der Herztätigkeit infolge Myokardschädigung anzusehen und über die Rolle des Nervensystems sowie die Erfolge der chirurgischen Eingriffe hinwegzugehen. Neuere experimentelle Ergebnisse weisen auf das Bestehen eines Zwischengliedes hin, das beide für die Pathogenese bedeutungsvollen Faktoren verbindet. Reizung peripherischer Nerven durch Trauma oder anatomische Abweichungen (Halsrippe) führt in dem Versorgungsgebiet des betreffenden Nerven zu degenerativen Gefäßveränderungen. Durch ständige Reizung zervikaler Nerven am Nacken von Kaninchen gelang es, bei 80 % der Tiere entzündliche Veränderungen jeglichen Grades im Anfangsteil der Aorta hervorzurufen (Intimaproliferation, Bildung atheromatöser Herde, Entstehung von Aneurysmen). Durch Störung der Nervenversorgung konnten atheromatöse Flecke in der Arteria pulmonalis und der Aorta abdominalis erzeugt werden. Die eben erwähnten Versuche erweisen, daß eine Beeinträchtigung der Reizleitung in den zum Herzen und zur Aorta führenden Nervenfasern pathologische Schädigungen bedingt, die sich im Laufe der Zeit ständig verschlimmern und auch degenerative Veränderungen der Herzmuskulatur bedingen. So liegt die Annahme nahe, daß die Angina pectoris ein Symptomenbild darstellt, das durch eine Nervenschädigung hervorgerufen wird im Bereich des unteren Hals- oder des oberen Brustmarkes, der zugehörigen Ganglien oder ihrer Verbindungen. Sekundär läßt diese Nervenstörung degenerative und entzündliche Reaktionen in der Aorta entstehen. Diese Gewebsprozesse erhöhen ihrerseits wiederum den Reizzustand, so daß eine allgemeine Ueberempfindlichkeit des sensomotorischen Apparates am Herzen sich ausbildet, die in den Anfällen zum Ausdruck kommt. Für diese Hypothese spricht — abgesehen von den Erfolgen der Nervendurchtrennung — eine Reihe klinischer Tatsachen. In einer Reihe von Fällen geht die Angina pectoris mit Funktionsstörungen von Nerven, besonsers des linken Armes, auf motorischem, sensorischem und trophischem Gebiet einher. So kommen Lähmungen des Armes oder einzelner Muskelgruppen, Steigerung der Reflexe mit Störungen aller Sensibilitätsqualitäten vor; z. T. treten die Sensibilitätsstörungen in der Reihenfolge in Erscheinung, wie sie eine Nervenkompression charakterisiert. An trophischen Störungen werden Muskelatrophien, oberflächliche Hautnekrosen, herpetiforme oder Lichen planus ähnliche Ausschläge beobachtet. In anderen Fällen findet sich eine Spaltung der Symptome, indem peripherische, neuritische Schmerzen oder schmerzhafte Empfindungen in der Brust mit klassischen Angina pectoris-Anfällen abwechseln. Wenn eine Nervenläsion als Ursache angenommen wird, so ist es verständlich, daß eine Reizung bestimmter Fasern statt hat, die entweder zentrale oder peripherische Symptome auslöst. Bei sekundärer Entstehung der neuritischen Erscheinungen als Folge kardio-aortaler Läsionen müßte der eigentliche Krankheitsherd stets zugleich mit den üblichen Folgeerscheinungen manifeste Symptome hervorrufen. Noch andere neurologische Begleitsymptome sprechen zugunsten der neurologischen Theorie. Entsprechend dem Sitz der Nervenschädigung treten Reizerscheinungen in der sympathischen Innervation hervor (Pupillenveränderungen, profuse Schweiße, Störungen der nervösen Regulation des Herzschlages, plethysmographisch erkennbare Schwankungen der Armdurchblutung, Veränderung des Muskeltonus usw.). Gelegentlich ist das den Anfall charakterisierende Gefühl der Herzbeklemmung bei Vaguskompression beobachtet worden. Sogar die nahe verwandte Empfindung des drohenden Todes (Angor animi) ist schon bei Hirntumoren in typischer Weise aufgetreten. Auch die so häufige Salivation und die Magenauftreibung im Anfall sind Phänomene, die nur durch die Annahme verständlich werden, daß von dem Herd im Halsmark aus störende Impulse zu den medullären Zentren des Vagus und Sympathikus sowie zu höher gelegenen Hirngebieten hin ausstrahlen. Für die engen Beziehungen zwischen Herz und Nervensystem beweisend sind die Fälle, in denen es im Anschluß an Wirbelsäulenveränderungen (traumatische Spondylarthritis, Kyphoskoliose) zu Herzhypertrophie, halbseitiger Vasomotorenlähmung und typischen Angina-pectoris-Anfällen kam. Die bisher mit der Exstirpation des linken kardio-aortikalen Sympathikusastes erzielten Erfolge rechtfertigen die klinisch und experimentell genügend gestützte Ansicht von der neurogenen Entstehung der Angina pectoris-Anfälle durchaus.

Biberfeld.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 40, 18. Mai 1927.

* Die Insulinbehandlung bei nicht diabetischen stenosierenden Arteritiden. H. Vaquez und I. Yacoel.
Die Rolle der hereditären Syphilis in der Aetiologie der subarachnoidalen meningealen Spontanhämorrhagien. H. Schaeffer.

Die Insulinbehandlung bei nicht diabetischen stenosierenden Arteritiden. Verff. berichten über fünf Fälle von juveniler obliterierender Arterinitis, die sie als trophische Störungen auffaßten und mit Insulin behandelten. Gegeben wurden täglich 15 Einheiten 20 Tage lang. Die Besserung war ganz auffallend, die heftigen Schmerzen ließen nach oder verschwanden ganz und die Durchlässigkeit der Arterien wurde erhöht. Aehnliche Erfolge wurden bei einzelnen Fällen von Angina pectoris beobachtet. Die Annahme der endokrinen Störung als Aetiologie, besonders der Pankreas- und Nebennierensekretion gewinnt dadurch einen neuen Beweis; erstere hat die Aufgabe, letztere zu hemmen und muß bei Insuffizienz unterstützt werden.

Nr. 41, 21. Mai 1927.

Ergebnisse der Anwendung der verschiedenen serologischen Methoden. E. Techoneynes und Mlle. Pillement.
Latenz der Fremdkörper in den oberen Luft- und Verdauungswegen bei kleinen Kindern und Säuglingen. I. Guisez.
* Zur Pathogenese des epileptischen Anfalls. A. Sopea und G. Enstatzion.
Praktische Histo-Pathologie; gegenseitiges Vertrauen und Einverständnis. M. Letulle.
Peripherische Formen der Encephalitis epidemica.

Zur Pathogenese des epileptischen Anfalls. Gestützt auf die Beobachtungen Brown-Séquards, Vulpians, Nothnagels, Krauses u. a., daß Reizung des oberen Halssympathikus beim Tier eine zerebrale Anämie durch Vasokonstriktion gefolgt von Krampfzuständen ergibt, wandten Verff. das Amylnitrit als gefäßerweiternde Substanz an und konnten den epileptischen Anfall dadurch unterdrücken oder abkürzen. Da das Amylnitrit ein allgemein gefäßerweiterndes Mittel ist, so läßt sich der Sitz der Vasokonstriktion damit nicht genauer bestimmen. Auch nach den neuen Versuchen von Tinel, Santenoise, Popea u. a. ist die determinierende und wichtige Rolle des sympathischen Systems für die Pathogenese der Epilepsie erwiesen.

Nr. 42, 25. Mai 1927.

* Chronische intestinale Stase. M. Chiray u. I. Lebon.
Anwendung von Metallverbindungsstücken bei einer doppelten retro-dentären Fraktur des Unterkiefers.

Beitrag zum Studium der chronischen intestinalen Stase. Verf. unterscheiden drei Formen von Stase: 1. Die banale Form, die hauptsächlich das Caeco-Colon betrifft und mit Verstopfung und Schmerzen im rechten unteren Quadranten des Abdomens einhergeht. Ersteres ist das Initialsymptom und äußerst hartnäckig, letzteres ist erst vorübergehend, dann permanent und hauptsächlich in der rechten Fosta iliaca lokalisiert. Vom Blinddarmschmerz unterscheidet es sich durch die Beständigkeit und den Mangel an Präzision. 2. Die hepato-biliäre Form, mit Leberstauung und dem Syndrom der Cholezystitis ohne Steinbildung. Die Stühle sind häufig entfärbt

und enthalten viel Pigment. Zuweilen besteht geringe Temperaturerhöhung und Schmerzausstrahlung in die rechte Schulter. 3. Die renale Form, die auf einer urinären Infektion beruht und sich teils in einer Pyelonephritis, teils in einer kolibazillären Zystitis äußert. 4. Die gastrische Form, die eine ileale und ileo-caecale Stase ist und mit Pylorospasmus einhergeht. 5. Die respiratorische Form, bei der ebenfalls der Kolibazillus eine Rolle spielt. 6. Die febrile Form und 7. die anämische Form, die beide ätiologisch noch wenig erforscht sind.

Nr. 43, 28. Mai 1927.

Vulpian (1826—1887). M. Letulle.
Vulpian und sein Werk. G. Catola.
Behandlung der thrombosierenden Phlebitiden durch Blutegel. I. Mouzon.
Die wertlosen Gemüse. H. Leclerc.

Nr. 44, 1. Juni 1927.

Philippi Pinel (1745—1826). D. Jemelaigne.
* Das praktische Interesse am Synthalin in der Diabetes-Therapie. H. Charanier und M. Lebert.
* Desensibilisierung der Asthmatiker mittels leichter Serum-Schocks. Die Methode von Bouché-Hustin. W. Sponjitch.

Das praktische Interesse am Synthalin in der Diabetes-Therapie. Verff. stützen sich im wesentlichen auf die Arbeiten deutscher Autoren und kommen bei der Beobachtung von 27 eigenen Fällen von Diabetes ungefähr zu demselben Resultat wie diese, nämlich, daß es nicht nur nicht imstande ist, das Insulin zu ersetzen, sondern sogar eine Verschlimmerung des Gesamtzustandes hervorrufen kann, bestehend in einem Appetitmangel, der nach und nach fast zur völligen Anorexie führt, dadurch zu beträchtlicher Abmagerung und hochgradiger Asthenie. Vielfach stieg der Blutzucker wieder an, auch das Wiederauftreten von Gangrän wurde beobachtet, das während der Insulinkur geheilt worden war. Besonders unbefriedigend waren die Ergebnisse beim kindlichen Diabetes, wo außer den obigen auch schwere toxische Erscheinungen von Seiten des Magendarmkanals auftraten.

Die Desensibilisierung der Asthmatiker mittels leichten Serum-Schocks. Unter den vielerlei spezifischen und unspezifischen Reizmethoden zur Desensibilisierung bei Asthma gibt Verf. letzterer den Vorzug und zwar mittels des Behringschen antidiphtheritischen Serums. Gegeben wurden 0,25 bis 0,50 ccm, die, falls am andern Tag keine Reaktion eintrat, auf 2,5 bis 5 ccm gesteigert wurde. Eine lokale Reaktion trat am 5. bis 11. Tag ein. Die Behandlung muß 2 bis 3 Monate fortgesetzt werden. In den beobachteten 13 Fällen trat voller Erfolg ein. Haber.

Le Progres Medical.

Nr. 16 vom 16. April 1927.

Der normale und pathologische Zinkgehalt der Organismen. Henri Labbey, F. Nepveux.
Unsere gegenwärtige Kenntnis der Physiopathologie des Zinks. P. Cristol.
Wirkung der Zinksalze auf die Koagulation. Auguste Luniere.
Zinkoxyd in der Verdauungspathologie. Henri Dejust, Gaston Durand

Nr. 17 vom 23. April 1927.

Typhusimpfungen. Ch. Achard.
Paradoxe Peristaltik bei manchen Formen der Atonie. M. Loeper, J. Baumann.

Nr. 18 vom 30. April 1927.

Puerperale Infektion. A. Frühinsholz.
Die Bedeutung des Chlorgehaltes des Blutes und des Liquor bei Meningitis. Jos. Chalier, Henri Paul Thiers.

Nr. 19 vom 7. Mai 1927.

* Enzephalopathien der ersten Kindheit. H. Baruk.

Die Enzephalopathien der ersten Kindheit. Diagnostisch kommen weder Mißbildungen in Frage, die lediglich theoretisches Interesse haben oder ein akuter oder schleichender Beginn. Entweder im Verlauf einer Infektionskrankheit, einer Grippe, Gastroenteritis oder von vornherein als akute Enzephalitis mit Konvulsionen, Erbrechen, Fieber, Agitation und dann Torpor. Vortreibung und Pulsation der Fontanelle. Die Lendenpunktion gibt Auskunft, ob eine akute Zerebrospinalmeningitis, eine tuberkulöse Meningitis oder eine meningeale Hämorrhagie vorliegt. Konvulsionen. Wenn man keine der gewöhnlichen Ursachen dafür findet (Infektionen, Lungen, Magen-Darm, Intoxikationen, Reflexe, Spasmophilie), so muß man nach einer Enzephalopathie suchen. Die Anfälle an sich haben nichts Charakteristisches; jedoch ist die verlängerte Wiederholung der Anfälle und das fehlende ätiologische Element, ferner das baldige Auftreten motorischer und sensibler Störungen charakteristisch.

Der schleichende progressive Verlauf führt allmählich zu eine Entwicklungsstörung, die sich oft schon recht früh zeigt. Hier gib eine eingehende Untersuchung der Sinnesorgane nicht immer Auf schluß. Differentialdiagnostisch kommt die kongenitale Myatoni die spinale Amyotrophie und auch das Myxödem in Betracht. Ge wöhnlich wird das Kind zum Arzt gebracht, weil es spät gehen lern oder Sprachstörungen aufweist; oft findet man dann, daß das Kin überhaupt nie versucht hat, zu gehen. Gleichzeitig findet man ein Verzögerung des Zahnens und der psychischen Entwicklung. Manch Fälle können Rachitis vortäuschen; dabei hat aber das Kind an gefangen zu gehen, hat erst später darin Schwierigkeiten gehab Ferner löst Röntgen dabei jeden Zweifel. Hinsichtlich der Sprach störungen kommt lediglich die kongenitale Taubstummheit in Frag Hier hilft nur eine eingehende Untersuchung. Zu beachten sind dab die Veränderungen der Sehnenreflexe, die etwa im 30. Monat ei treten.

Von den motorischen Störungen ist die häufigste die zerebrale in fantile Hemiplegie, die plötzlich, auch in der Form eines Iktus, wi beim Erwachsenen, oder schleichend auftreten kann und zwar vo Beginn an mit spasmidischer Tendenz. Charakteristisch ist hier di Stellung der oberen Extremität in Beugung, der unteren in Streckun man findet auch Bajonettestellung der Finger und Beugung de unteren Extremität; ferner die Equinusform der Füße; die Kontrak tur und Hypotonie gleichzeitig; Synkinesie, abnorme fast chore atrophische Bewegungen; dazu die Konvulsionen und die intellek tuellen Störungen und, was pathognomonisch ist, die Entwicklung hemmung auf der kranken Seite mit vasomotorischen Störungen, di weniger auftreten, wenn sich die Hemiplegie nach dem 9. Jahre ein stellt. Oft sind die Erscheinungen nicht strikte einseitig. Vo Diplegien unterscheidet man zwei Formen, die bilaterale hem plegische und die paraplegische entsprechend der zerebralen For der Littleschen Krankheit. Oft ist bei der ersteren das Bild de Idiotie, Blindheit und Nystagmus, Mikrozephalie zu finden. Bei de paraplegischen Form sind mehr die unteren Extremtäten betroffe In manchen Fällen herrscht auch das Bild der Chorea und de doppelten Athetose vor. Dann wären noch die Idiotie und der Hydro zephalus zu erwähnen.

Nr. 20 vom 14. Mai 19227.

Die Heilquellen Frankreichs.

Nr. 21 vom 21. Mai 1927.

Das Gehirn Voltaires. G. Variot.
Ernährung und Diät auf Kinderstationen. H. Jumon.
Kolonialhygiene. G. Ichok.

v. Schnizer.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

6. Serie, 8., Nr. 5, Mai 1927.

Aetiologie der Impetigo herpetiformis. François Walter.
* Behandlung des Rheumatismus gonorrhoicus und der Gonokokkensepsis mit intr venösen Injektionen von Gonokokkenserum. Paul Ravaut, Ducourtioux.
Disseminierte miliare Lupoide. Grégoire Duwé.
Lipomatosis und Hypercholesterinämie. Ch. Laurentier, A. Valdiguié.

Behandlung des Rheumatismus gonorrhoicus und der Gonokokke sepsis mit intravenösen Injektionen von Gonokokkenserum. In d Behandlung dieser beiden Krankheiten haben Vakzine-, Kolloi Proteinkörpertherapie sowie die unspezifischen Methoden kein Erfolg gehabt. Die Chemotherapie hatte sehr inkonstante, salizylsaur Natrium, Hexamethylentetramin, Elektrokollargol hatten kaum Erfolg Trypaflavin ist noch zu neu, um beurteilt werden zu können. D Serumtherapie mit dem im Institut Pasteur hergestellten Gonokokke serum von Nicolle dürfte die Methode der Wahl sein.

Die Autoren erörtern die Technik und die Nebenwirkungen b dieser Methode genau. Es handelt sich um Früh- und Spätwirkunge Erstgenannte sind: Gesichtskongestion, Kopfschmerz, Angst und B klemmung. Hier unterbricht man besser die Injektion und gibt 1 r Adrenalin. Bei anderen Kranken kommt es zu einem Gesichtsöde (Nase, Lider, Lippen), das meist nach einer Stunde schwindet. D Urtikaria ist als gewöhnliche Serumnebenwirkung bekannt, sie ka hier gleich nach der Injektion oder auch einen Tag später erschein Therapie: Natriumhyposulfit.

Der Schüttelfrost bedarf besonderer Aufmerksamkeit. Oft genü es, den Kranken warm zu halten, aber in anderen Fällen kommt danach zu alarmierenden Erscheinungen: plötzliche Blässe, klein Puls, äußerste Schwäche, doch ist dies glücklicherweise selten.

Im ganzen sahen die Autoren nach 100 Injektionen keinen wirkli schweren Zwischenfall.

Die Resultate zeigen sich in den frischen Fällen zunächst in ei augenblicklichen Beruhigung der Schmerzen. Dies ist so augenfäll

ıß man die Serumwirkung hier mit der Natrium-salicylicum-Wirkung ei wahrem Rheumatismus vergleichen kann, oder mit der Wirkung es Hg. bei dolores osteocopi. Schon am selben Abend ist der ranke schmerzfrei und dies fast stets schon nach einer einzigen ijektion. Erst kommt es zu Schüttelfrost und einer kurzdauernden rhöhung der Schmerzen, dann schläft der Kranke ein, auch dann, enn er bis dahin gar nicht hatte schlafen können. Durch die Aufebung der Schmerzen kann der Termin der Mobilisierung näher erückt werden, woraus sich wieder eine Verbesserung der Endsultate ergibt. Die nächsten Injektionen bewirken dann eine esorption des Exsudates, es kommt zu progressiv fortschreitender esserung. Nach 10 bis 15 Tagen ist die Serumtherapie beendet, und an hat nun zur Massage und zur funktionellen Wiederherstellung erzugehen.

In alten Fällen kann man natürlich nicht erwarten, daß eine nkylose oder eine Muskelatrophie geheilt wird. Aber manche verhleppten Arthritiden, die von Zeit zu Zeit wieder fluktionieren und mit einen aktiv infektiösen Prozeß anzeigen, können noch gebessert erden.

Auch die septischen Allgemeinerscheinungen werden durch das erum augenblicklich und in konstanter Weise günstig beeinflußt. Das eber sinkt und die Anämie schwindet danach.

Was nun die Wirkungsweise des Nicolleschen Serums betrifft, so irfte es sich wahrscheinlich um eine Antikörperwirkung handeln, rade die Fälle, die von einer subkutanen Injektion nicht profitierten, ıgegen durch kleine intravenöse Dosen gebessert werden, gehören erher. Andererseits kann man sich auch denken, daß die Einritzung von artfremdem Eiweiß auch dasselbe erreicht und daß das, as dem Serum zugute geschrieben wird, nichts anderes ist, als oteinkörperwirkung. Um dieser Frage näher zu kommen, gaben e Autoren an Stelle des Gonokokkenserums ein anderes Serum, B. Diphtherieserum, aber dies hatte bei einer Kranken gar keine irkung, und das Nicollesche Serum mußte ihr gegeben werden, orauf sie geheilt wurde. Es scheint also, daß dies doch eine ezifische Wirkung hat, die möglicherweise durch die sogenannte ıokwirkung vervollständigt wird.

Die intravenöse Injektion ist nötig für eine sofortige allgemeine irkung. Diese läßt sich subkutan und intramuskulär nicht erzielen. ie intraartikuläre Injektion kann zur Not auch gemacht werden, sie i aber nur für die großen Gelenke anwendbar und hat keine irkung auf den Allgemeinzustand.

Nr. 6, 1927.

Die Behandlung der Keria und gewisser Formen von follikulärer Trichophytie mit intravenösen Injektionen von Lugolscher Lösung. ls Kerion Celsi und manche Fälle von follikulärer Trichophytie ilen selbst unter spezialistischer Behandlung mit allen Methoden, e bisher bekannt waren, durchaus nicht immer. Will man die Wirksamkeit einer Behandlung näher bestimmen, so muß man wissen, ie lange sie normalerweise dauert, in welchen Zeiträumen sie sich z entwickeln pflegt. Nun sind aber die Angaben über die Dauer dr Trichophytie sehr verschieden, sie variieren zwischen 10 Tagen ud 3 Monaten. Die eiternden Formen heilen jedenfalls durchaus nht so leicht, wie man denkt.

Die Autoren suchten nun nach einer neuen Methode, die rasch ud wirksam auf *internem* Wege zum Ziele führen sollte. Das Jd, dessen Wirkung auf Mykosen unbestreitbar ist, lag am nächsten. Pr os war sie schon von Sabouraude, der Jodalkalien verwendete, ftgestellt worden. Natürlich mußte Jod, intravenös gegeben, noch aiver sein. So kam die Lugolsche Lösung denn zur Verwendung. S enthält Jod in metallischer Form und ist von bekannter antiticischer und antiparasitärer Wirkung. Spolverini benutzte diese Eenschaften 1907 für die intravenöse Behandlung der Tuberkulose, d chronischen Rheumatismus und der Syphilis. Später hat man ach Lungenkomplikationen der Grippe und Trichophytia barbae dmit geheilt.

Das Neue an dieser Methode ist, daß sie die Möglichkeit zeigt, dch eine rein intravenöse und nicht mehr äußerliche Methode die Tchophytie zu heilen. Die Autoren behandelten 16 Fälle. Alle hten entzündliche Folliculitis barbae. Bei einem Kinde handelte es sh um ein Kerion Celsi des behaarten Kopfes, bei einer Frau saß d Affektion am Handgelenk, stets wurden die Parasiten gefunden. Aßer den typischen Kerionformen fanden sich auch isolierte, kaum eirnde Follikulitiden mit peripherem entzündlichem Oedem, zweimal wr der Schnurrbart ergriffen, und die Läsionen erinnerten an Skosis. Endlich wurden auch auf den glatten Partien der Haut: Sultern, Vorderarmen, typische Trichophytien gefunden. Einige Mle bestanden auch schwerere Allgemeinsymptome, Fieber bis 39, Disenschwellungen, besonders in der Unterkiefergegend, Schwerbeweglichkeit des Halses störte die Nahrungsaufnahme. All diese Erscheinungen verschwanden sehr rasch bei der Behandlung.

Was die Dauer der Behandlung betrifft, so schwankte sie zwischen 12 und 25 Tagen, bei fast allen Kranken bestand die Affektion aber vorher schon mehr als einen Monat, bei einigen sogar 50 Tage bis 3½ Monate. Alle waren vorher mit allen möglichen Methoden behandelt worden, worunter Röntgenstrahlen, Jod extern oder Jodkali per os.

Die Lugolsche Lösung setzt sich folgendermaßen zusammen:

Metallisches Jod	1 g
Jodkalium	2 g
Aqua dest.	100 g

Die Autoren finden die intravenöse Methode am leichtesten, verträglichsten und wirksamsten, per os war die Wirkung unvergleichlich schwächer. Man kann in einer einzigen Sitzung 5 bis 20 ccm in die Vene spritzen, muß aber die vierfache Menge Wasser oder physiologisches Serum zur Verdünnung hinzufügen, man kann täglich oder alle 2 bis 3 Tage injizieren, beginnend mit einer schwachen Dosis zur Vermeidung von Herdreaktionen, steigere dann allmählich und progressiv.

Der einzige Nachteil ist der häufig nach 8 bis 10 Spritzen auftretende Venenverschluß, dies sei nicht von Bedeutung, zwinge aber zur Wahl einer anderen Vene. Vielleicht kann man diese Methode zur Behandlung von Varicen verwenden. Andere Jodpräparate machten keine Venenobliterationen, waren aber weniger wirksam. Nach 12 Injektionen, also 15 bis 20 Tagen heilten sämtliche Fälle.

Nach der ersten oder zweiten Spritze kommt es zu einer Herdreaktion, die Eiterung nimmt zu, nach weiteren ein bis zwei Tagen geht alles zurück und die therapeutische Wirkung beginnt. Man soll die Kranken auf diese Herxheimersche Reaktion vorbereiten. Zuerst gehen die Oedeme und Drüsen zurück, dann vermindert sich das Fieber, Eiterung und Knotenbildung nimmt ab, es kommt zur Krustenbildung und zum Haarausfall, so daß jetzt kahle Stellen übrig bleiben.

Interessant war, daß nach völliger Heilung der Follikel in zwei Fällen doch noch ein Trichophyton gefunden wurde. Das scheint zu beweisen, daß das Jod keine direkte Wirkung auf den Erreger hat und ihn vernichtet, sondern daß es vielmehr Allgemeinreaktionen sind, die diese Wirkung hervorbringen. Niemals sind Rückfälle gesehen worden. Kurt Heymann, Berlin.

Biologie Médicale.

17., 25. Jahrg., Nr. 4, April 1927.

Nr. 5, Mai 1927.

Kurt Heymann, Berlin.

The Journal of the American Medical Association.

88. Nr. 25. 18. Juni 1927.

Die Diät in der Behandlung von Herzkrankheiten. Der Wert einer zweckmäßigen Diät bei Kompensationsstörungen des Herzens wird noch zu wenig erkannt. Die Karell-Diät erweist sich besonders bei starken Oedemen als geeignet zur Hebung der Diurese, hat aber einen viel zu niedrigen Energiewert zur Aufrechterhaltung eines normalen Stoffwechsels. Verff. empfehlen eine Diät, die aus 44 g Eiweiß, 100 g Fett und 222 g Kohlehydraten besteht bei Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahme auf 1500 ccm und des Salzes auf ein Minimum; dieselbe hat einen Kalorienwert von 2100. Dieser besonders durch die reichlichen Kohlehydrate in Form von Zucker leicht auszunützenden Energiemenge neben dem niedrigen Salzgehalt

schreiben sie die vorzügliche Wirkung zu, welche diese Diät allein in 50 Fällen schwerer Kompensationsstörungen auf die große Flüssigkeitsausscheidung und die Besserung des Gesamtzustandes hatte.

Gehalt der Kuhmilch an antiskorbutischen Vitaminen bei Stallfütterung während des ganzen Jahres. Die Milch von Kühen, die während des ganzen Jahres ein gut gemischtes und in seiner Zusammensetzung gleichartiges Stallfutter erhalten, zeigte während der verschiedenen Jahreszeiten einen stets gleichmäßigen Gehalt an antiskorbutischen Vitaminen. Verfütterung von 50 ccm solcher Milch an 6 Tagen in der Woche schützte ein 300 g wiegendes Meerschweinchen zu jeder Zeit im Jahr vor Erkrankung an Skorbut. Mit einer fünfmal größeren Menge von Vitamin C kann man ein Kind vor Skorbut schützen.

Tuberkulose und Basedow. Die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Frühfällen von Lungentuberkulose ohne erkennbare Lungensymptome und von Basedow ohne merkbare Vergrößerung der Schilddrüse sind groß. In beiden Fällen finden sich oft die gleichen Symptome: Tachykardie, unbeständiger Puls, Gewichtsverlust trotz vermehrten Appetits, Schweiße, nervöse Symptome, Gemütsveränderungen. Nicht zu selten ist bei beginnender Tuberkulose selbst eine leichte Steigerung des Grundstoffwechsels vorhanden, wie bei den abortiven oder milden Formen des Basedow. Besteht gar noch eine leichte Schilddrüsenvergrößerung bei Mädchen in der Pubertät oder jungen Frauen in der Schwangerschaft, so kann das diagnostische Problem noch schwieriger werden. Da Ruhe der wesentlichste Behandlungsfaktor in beiden Fällen ist, ist es wohl möglich, daß manche Fälle abortiven Basedows nach 3- bis 6monatlicher Sanatoriumsbehandlung als geheilte Tuberkulosefälle entlassen werden. Und trotzdem ist die Diagnose von großer Wichtigkeit. Klinisches Urteil und Erfahrung werden gerade in diesen Fällen eher zum Ziel gelangen als alle Laboratoriumstechnik, Goetsch- und Tuberkulinproben. Viel häufiger, als angenommen wird, kommen beide Krankheiten zugleich vor. Ein günstiger Einfluß des Basedow auf die Tuberkulose, wie man oft behauptet hat, ist ein Unding. Beides sind Krankheiten, die zu langdauernder Toxämie führen, nur eine Summierung der Symptome ist denkbar. Die Frühbehandlung dieser Mischfälle besteht in Ruhe und Hygiene. In Spätfällen muß sie bei sicheren Symptomen einer Thyreotoxikose chirurgisch sein, vorausgesetzt, daß Natur und Ausdehnung der Lungenerkrankung noch nach Beseitigung der Thyreotoxikose eine Hoffnung auf Stillstand oder Genesung rechtfertigen.

Das Vorkommen von Staphylococcus aureus-Infektion mit scharlachartigem Ausschlag. Typische Scharlachfälle sind leicht erkennbar, in vielen Grenzfällen kann die Diagnose schwierig werden. Die am wenigsten zeitraubende, anscheinend spezifische Methode für die Erkennung ist eine Modifikation der Schultz-Charlton-Probe mit Scharlach-Rekonvaleszentenserum. Verf. bringt 3 Fälle von scharlachartigem Exanthem bei einer Staphylococcus aureus-Infektion. Das Exanthem läßt sich vom Scharlach nur dadurch unterscheiden, daß das Fehlen des Scharlach-Streptokokkus, der Befund von Staphylococcus aureus, ein negatives Auslöschphänomen durch Scharlachantitoxin oder Rekonvaleszentenserum und ein positives mit Staphylokokkenantitoxin festgestellt wird.

Einige interessante Fälle von Lungentuberkulose. In 3 durch Serienröntgenbilder illustrierten Fällen zeigt Verf., wie tuberkulöse Lungenerkrankung nicht nur durch Bildung von Narbengewebe, sondern auch durch Resorption der Infiltration heilen kann, wie Kavernen unter Besserung des Befindens allmählich sehr viel kleiner werden, ja vollkommen verschwinden können und wie der künstliche Pneumothorax oft selbst bei starker doppelseitiger Erkrankung von Nutzen ist. Die meisten tuberkulösen Kranken finden in dem trockenen sonnigen Klima des hochgelegenen Colorado Hilfe. Rontal.

Archives of Internal Medecine.

39, Heft 4, April.

Bedeutung des Hausstaubes für die Aetiologie des Asthma bron chiale und des Heufiebers. Häufig ergibt die Anamnese, daß Husten
Schnupfen- oder Asthmaanfälle sich einstellen, sobald der Kranke m
Hausstaub in Berührung kommt. Oft genügt die geringe Meng
Staubes, die ein Luftzug im Zimmer emporwirbelt. Solche Krank
vermeiden ängstlich das Betreten der Räume während der Säube
rung. Bei dem Auftreten nächtlicher Anfälle spielt nicht nur ein
Ueberempfindlichkeit gegen Bettfedernstaub eine Rolle, sondern au
lösend kann auch der Staub des Schlafzimmers wirken, der allmäh
lich auf den Schleimhäuten sich ansammelt. Staubempfindlich
Kranke haben mehr im Winter zu leiden, wo sie sich länger in de
Hausräumen aufhalten. Etwa 42% der Asthmatiker und Heufiebe
kranken reagieren auf Hausstaubextrakt mit einer positiven Imp
reaktion. Solche Hautreaktionen sind entweder einem Stoff oder de
Zusammenwirkung mehrerer Stoffe zuzuschreiben, die für sich alle
nur eine schwache Reaktion ergeben würden. Unter den letztere
spielen die von der tierischen Epidermis stammenden Substanze
die größte Rolle (Ziegenhaar aus Polsterungen usw.), wenn auc
Stoffe pflanzlicher Herkunft (Veilchenwurz aus Puder, Staub g
wisser Holzarten) und Staub aus den verschiedensten Fabriken v
Bedeutung sein können. Die Ueberempfindlichkeit gegen Staub i
zumeist mit einer Reaktionsbereitschaft für einen oder mehrere d
üblichen als Tests verwendeten Eiweißkörper vergesellschaftet,
gewöhnlich eine Vielheit von Ueberempfindlichkeitsreaktionen b
den Asthmakern auszulösen ist. Der Nachweis einer Ueberempfin
lichkeit gegen Hausstaub bringt die Mahnung, die Wohnungshygien
des Kranken zu überwachen. In den Fällen mit typischer Anamne
ist eine Desensibilisierung mit geeigneten Extrakten ratsam.

Wert des Histamins bei der Prüfung der Magenfunktion. Das
der Literatur vorliegende Material über die Achylie ist zum größt
Teil wertlos, denn nur das Ausbleiben einer Sekretion nach Hist
mininjektion beweist die Richtigkeit dieser Diagnose. Gewiß ste
die öfters wiederholte fraktionierte Ausheberung mit Bestimmung d
Azidität und des Fermentgehaltes eine ziemlich sichere Metho
dar, um eine Achylie in den meisten Fällen zu diagnostizieren. Do
ohne Bestätigung durch die Histamininjektion sollte diese Diagno
nur eine vorläufige sein. Derselbe diagnostische Wert ist dem U
vermögen des Magens zuzuschreiben, intravenös zugeführtes Ne
tralrot auszuscheiden. Bei der intramuskulären Injektion des Far
stoffes kann die Ausscheidung durch die Magenwand ausbleib
obgleich noch eine geringere sekretorische Funktion vorhanden i
Durch Histamin kann bei der Hypochlorhydrie während der ganz
Periode der Magenverdauung bei einem Ewaldschen Probefrühstü
die Azidität gesteigert und die Sekretionszeit verlängert werde
Diese Vermehrung der Säuresekretion ist größer als die beim No
malen mit Histamin zu erzielende. Bei der Superazidität hingeg
spricht der Magen nicht auf das Histamin an. Zur Beurteilung d
sekretorischen und motorischen Magenfunktion reicht die Histami
probe allein nicht aus. Sie muß — besonders bei herabgesetzter A
dität — mit der gewöhnlichen fraktionierten Ausheberung ko
biniert werden.

Verlauf des Hyperthyreoidismus unter Jodmedikation. In fa
allen Fällen von Hyperthyreoidismus — gleichgültig, welche path
logische Veränderungen zugrunde liegen — bewirkt die Da
reichung größerer Jodmengen (dreimal täglich 10 bis 15 Tropf
Lugolscher Lösung) das Eintreten einer Remission, die im Durc
schnitt 10 bis 15 Tage anhält. Der Grad der Besserung wechs
außerordentlich. Nur in einem Drittel der Fälle kann der Grun
umsatz bis zur Norm gesenkt werden. Doch stellt sich gewöh
lich — selbst bei geringer Herabsetzung des Grundumsatzes — ei
allgemeine klinische Besserung ein (Gewichtszunahme, Pulsverlan
samung). Trotz weiterer Darreichung von Jod kommt mehr od
weniger schnell zu einem Rückgang, zur Wiederkehr des Hype
thyreoidismus. Am Ende des zweiten oder dritten Monats ist d
Grundumsatz wieder genau so hoch wie vor Beginn der Jodbehan
lung. Das Jod kann also nicht auf unbegrenzte Zeit hinaus d
Hyperthyreodismus in Schranken halten. Vielmehr kann es nur da
dienen, Zeit für die Operation zu gewinnen. Es ist verkehrt, n
dem Eingriff nach dem Beginn der Jodtherapie (länger als 10 Ta
in der Erwartung zu zögern, daß durch das Jod eine Remission b
zur Norm erzeugt wird. Ebenso falsch ist es, die Operati
nach Ablauf von 3 bis 4 Wochen — trotz Bestehens der Remission
nicht vorzunehmen, da sich zu diesem Zeitpunkt gewöhnlich d
Rückfall einstellt. Daß das Jod den Hyperthyreoidismus nicht he
beweist das Auftreten einer plötzlichen Steigerung des Grun
umsatzes und der Verschlimmerung aller klinischen Symptome, s
bald nach einer Periode längerer Darreichung das Mittel gänzli

abgesetzt wird. Diese Reaktion zeigt sich bei dem Fortlassen des Medikamentes, gleichgültig ob gerade die Remission oder der Rückfall sich entwickeln oder nicht. Thyreotoxische Krisen treten als Operationserfolge nicht auf, wenn Jod während der Operationsperiode und noch mindestens 10 Tage nach dem Eingriff ständig verabfolgt wird. In ganz schweren Krisen erweisen sich sehr große Jodgaben (15 ccm Lugalscher Lösung innerhalb 24 Stunden) als außerordentlich nützlich. Auch bei den Fällen von Hyperthyreoidismus mit schwerer Herzerkrankung oder sehr hoher Grundumsatzsteigerung ist das Jod als Vorbereitung zur Operation unbedingt zu empfehlen. Die Jodbehandlung soll nie abgebrochen werden, ehe nicht zum mindesten die vollständige Wirkung einer subtotalen Thyreoidektomie eingetreten ist. Die einheitliche Wirkung der Jodmedikation bei den verschiedensten Arten des Hyperthyreoidismus macht es wenig wahrscheinlich, daß qualitative Differenzen bei dem Zustandekommen dieser Erscheinung obwalten. Vielmehr kann es sich bei dem Hyperthyreoidismus der adenomatösen Struma und dem des Basedowkropfes nur um graduelle und zeitliche Unterschiede handeln.

Hodgkinsche Erkrankung mit vorwiegender Lokalisation im Nervensystem, Frühdiagnose und Radiotherapie. Die Hodgkinsche Erkrankung kann nicht mehr als spezifische Schwellung von Milz und Lymphknoten mit gelegentlichem Befallensein anderer Organe definiert werden, die mit einer starken sekundären Anämie einhergeht. Sie ist vielmehr eine spezifische bösartige Erkrankung mit vielgestaltiger, proteusähnlicher Symptomatologie, bei der jedes Gewebe, jedes Organ und jede Körperstelle klinisch zuerst und vorwiegend befallen sein kann. Pathologisch-anatomisch ist diese Erkrankung gekennzeichnet durch eine spezifische Hyperblasie der retikulo-endothelialen Elemente, überall dort, wo das krankheitsauslösende Agens zur Wirkung gelangt. Da dieses Zellsystem sich überall im ganzen Körper verbreitet findet, wenn auch vorwiegend im lympho-hämatopoetischen Apparat, so kann die Erkrankung an beliebiger Stelle des Organismus ihren Anfang nehmen. Das Proliferationsstadium der Zellen stellt nur einen Abschnitt im Verlauf des Morbus Hodgkin dar. In Spätstadien treten regressive Veränderungen (Nekrose, Bindegewebsentwicklung) immer mehr hervor. Durch Schrumpfungsvorgänge kann es — nach Ablauf der proliferativen Prozesse — zur unheilbaren Schädigung lebenswichtiger Organe kommen. Neben der spezifischen Hyperblasie der retikulo-endothelialen Zellen — mit oder ohne Beteiligung des lymphatischen Systems — spielt der toxische Faktor eine große Rolle. So können Menschen im Verlauf weniger Wochen hochfieberhaft unter den toxischen Allgemeinerscheinungen einer akuten Infektionskrankheit dem Morbus Hodgkin erliegen, ohne daß die Zellwucherungen größeren Umfang erreicht hätten. Zwar steht die Toxämie bei den chronisch verlaufenden Fällen nicht derartig im Vordergrund. Doch beweisen die Häufigkeit der Fieberanfälle, die fortschreitende Anämie und Kachexie sowie das Auftreten größerer Nekroseherde innerhalb der spezifischen Zellproliferationen und die Entwicklung von Amyloid zur Genüge das Wirken eines toxischen Momentes. Im allgemeinen geht die Stärke der Anämie dem Grad der Erkrankung des blutbildenden Systems parallel.

Die Erkrankung des Nervensystems ist keineswegs so selten wie nach den gebräuchlichen Lehrbüchern anzunehmen ist. Das Literaturstudium, sowie eigene Erfahrungen ergeben, daß das Nervensystem klinisch zuerst erkranken kann und daß nervöse Symptome allein Monate und Jahre hindurch bestehen können, ehe eine Vergrößerung von Lymphknoten oder der Milz nachweisbar wird. Unter 36 am Montefivre-Spital innerhalb von 12 Jahren beobachteten Kranken war das Nervensystem zehnmal befallen, wobei die verschiedenartigsten Symptome zur Beobachtung gelangten. Wiederholt kam es — nach vorangehenden heftigen Schmerzen — ziemlich akut zur Entwicklung von Querschnittslähmungen, die ab und zu sich spontan besserten. Durch Einwuchern des spezifischen Granulationsgewebes in das Gehirn entstanden epileptiforme Krämpfe. Durch Invasion und Kompression sensorischer Nerven werden — weit entfernt vom eigentlichen Sitz der Läsion — Hautjucken und Schmerzen ausgelöst, die oft lange auf einen Bezirk beschränkt bleiben und irrtümlich zur Annahme einer Neuritis Veranlassung geben. Dieselbe Fehldiagnose wird gestellt, wenn eine isoliert bestehende Knochenerkrankung jahrelang nur als alleiniges Symptom Schmerz hervorruft. Die neurologische Untersuchung allein — selbst in Verein mit den in der Neurologie gebräuchlichen Laboratoriumsmethoden — führt nicht zur richtigen Diagnose. Diese kann nur aus einer gründlichen Allgemeinuntersuchung erwachsen unter genauester Berücksichtigung der Vorgeschichte. (Auftreten von Hautjucken, oft mehrere Jahre vorher, langsam einsetzende Körperschwäche.) Die allgemein verbreitete Annahme, daß der Morbus Hodgkin eine im lymphatischen System lokalisierte Erkrankung ist, bedingt es, daß diese Erkrankung gar nicht in den Bereich der diagnostischen Erwägungen gezogen wird und daß therapeutisch verhängnisvolle Irrtümer begangen werden. (Laminektomie in der Annahme eines Rückenmarktumors, monatelange Behandlung als Spondylitis uam.) Eine wesentliche Erleichterung der Frühdiagnose stellt die radiotherapeutische Probe dar. Ebenso wie das lymphatische Gewebe ist das Granulationsgewebe bei der Lymphogranulomatose außerordentlich strahlenempfindlich. Durch Bestrahlung mit hochgespannten Röntgenstrahlen kann rasch und sogar für dauernd ein Verschwinden oder eine wesentliche Besserung der Ausfallserscheinungen und Reizsymptome am Nervensystem — wie auch an anderen Organen — herbeigeführt werden.

Für den Erfolg der Röntgen- oder Radiumtherapie ist es unbedingt erforderlich, daß die Strahlen in dem Krankheitsstadium zur Anwendung gelangen, bevor durch toxische Einflüsse die Gewebswucherungen in dichtes hyalines Gewebe umgewandelt sind, das sich ebenso wie Narbengewebe gegen die Bestrahlung völlig refraktär verhält. Zudem bedingt am Nervensystem eine länger bestehende oder stärkere Gewebskompression auch ohne Mitspielen toxischer Faktoren unheilbare degenerative Nervenveränderungen. Die Chemotherapie und chirurgische Maßnahmen sind als Vorbeugungs- und Heilungsmittel völlig wertlos. Mit der Strahlentherapie ist zum mindesten — nach den vorliegenden Ergebnissen — eine wesentliche Verlängerung der Lebensdauer und eine Befreiung von quälenden Symptomen zu erreichen. Selbst große Infiltrate und Tumor engehen rasch zurück, wobei nicht nur die Kompressionserscheinungen beseitigt werden, sondern auch die begleitende Toxämie verschwindet. Jeder mit Strahlen erfolgreich behandelte Kranke muß dauernd in Beobachtung bleiben, um jeden neu auftretenden Krankheitsherd im Beginn bestrahlen zu können.

39., H. 5, Mai.

Grundumsatz bei Akromegalie. In etwa der Hälfte der Fälle findet sich bei der Akromegalie eine über 10% des Normalwertes hinausgehende Steigerung des Grundumsatzes. Bei über ⅔ der an Hypopituitarismus Erkrankten (Adipositas, Lethargie, sexuelle Dystrophie, subnormale Temperatur) erweist sich der Grundumsatz um einen außerhalb der Fehlergrenzen liegenden Betrag als erniedrigt. Bekanntlich wird die Thyreoidea als das innersekretorische Organ angesprochen, von dem die Regelung der Verbrennungsvorgänge in den Geweben abhängt. In welchem Grade ist nun die Schilddrüse bei der an die Anwesenheit chromaffiner Zellwucherungen gebundenen Akromegalie beteiligt? Ist eine gleichzeitige Ueberfunktion der Schilddrüse, primärer odeer sekundärer Natur, für die so oft beobachtete Grundumsatzsteigerung verantwortlich zu machen? Sekundäre Hypophysenveränderungen kommen beim Hyperthyreoidismus nicht vor. Andererseits ist die Akromegalie oft mit einer Anschwellung der Schilddrüse vergesellschaftet, deren Größe es verbietet, sie als Teilerscheinungen der allgemeinen Splanchnomegalie aufzufassen. Jedoch findet sich die Grundumsatzsteigerung bei der Akromegalie sehr häufig bei solchen Fällen, in denen eine Schilddrüsenschwellung nicht nachweisbar ist. Gelegentlich ist ein solcher Kropf bei Akromegalie in der Annahme entfernt worden, daß die sich darbietenden Krankheitserscheinungen (Herzhypertrophie mit Tachykardie, Exophthalmus, profuse Schweiße, Störungen der Urinsekretion, Polyphagie) auf einen primären Hyperthyreoidismus zu beziehen wären. Bei der genauen mikroskopischen Untersuchung der Thyreoidea in drei solchen Fällen fanden sich nur geringfügige Veränderungen im Sinn der Kolloidstruma, ohne Anzeichen für das Bestehen des toxischen Hyperthyreoidismus. Trotzdem wurde der vorher vermehrte Gaswechsel durch den operativen Eingriff deutlich vermindert. Auch durch Darreichung von Lugolscher Lösung konnte in einer Reihe von Fällen mit Akromegalie eine ausgesprochene Herabsetzung der Grundumsatzsteigerung herbeigeführt werden. Für die Entstehung der Stoffwechselveränderungen bei der Akromegalie kann jedoch die Schilddrüse — trotz dieser Ergebnisse — nicht verantwortlich gemacht werden. Denn in 9 Fällen von Akromegalie mit Grundumsatzsteigerung, bei denen klinisch keine Erscheinungen der gesteigerten

Schilddrüsentätigkeit erkennbar waren, führte die operative Entfernung von chromophilem Hypophysengewebe zu einem Absinken des Grundumsatzes, das ebenso gleichmäßig und deutlich zu beobachten war wie nach der Schilddrüsenverkleinerung bei der Thyreotoxikose. Es ist daher anzunehmen, daß die chromophilen Zellen des Hypophysenvorderlappens außer der das Spitzenwachstum fördernden Substanz auch ein Hormon produzieren, das den Gaswechsel steigern kann. Ob dieser Stoff direkt auf die Gewebe einwirkt oder erst durch Vermittlung der Thyreoidea die Verbrennungsvorgänge im Körper beeinflußt, läßt sich heute nicht entscheiden. Jedenfalls gehört die Stoffwechselbeseitigung zum Symptomenbild des Hyperpituitarismus, genau so wie sie bei der Basedowschen Erkrankung durch Ueberfunktion der Schilddrüse entsteht.

Gleichzeitiges Vorkommen von Morbus Addison und Diabetes mellitus. Die Kombination dieser beiden Krankheitsbilder ist außerordentlich selten. Sie ist deswegen von großem Interesse, weil zwei innersekretorische Drüsen befallen sind, deren Hormone in entgegengesetzter Weise auf den Kohlehydratstoffwechsel einwirken. In dem mitgeteilten Fall bestanden die klinischen Erscheinungen des Morbus Addison (Pigmentation der Haut, Asthenie, Blutdruckerniedrigung und Magendarmstörungen), die sich gleichzeitig mit Diabetessymptomen schwerster Art entwickelten. Die Unterscheidung von dem ebenfalls mit allgemeiner Pigmentierung einhergehenden Bronzediabetes bot so keinerlei Schwierigkeiten. Nach dem Autopsiebefund lag der Erkrankung ein älterer entzündlicher Prozeß unbekannter Aetiologie zugrunde, der die Langerhansschen Inseln und die linke Nebenniere (angeborenes Fehlen der rechten!) gleichmäßig befallen hatte. Klinisch beachtenswert war die außerordentliche Ueberempfindlichkeit der Kranken gegen Insulin, die sich mit dem Fortschreiten der Erkrankung immer mehr steigerte. Wiederholt bewirkte die Ueberschreitung der zur Beseitigung der Glykosurie unbedingt erforderlichen Insulinmenge um 2 oder 1 Einheiten das Auftreten schwerster hypoglykämischer Erscheinungen. Andererseits stellte sich bei der geringsten Belastung sofort eine beträchtliche Glykosurie ein, der bald Ketonurie und Erbrechen als Zeichen drohenden Komas folgten. Während der Beobachtung schwankte der Blutzucker zwischen 0,03 und 0,423%. Die ungewöhnliche Insulinüberempfindlichkeit ist durch die Nebenniereninsuffizienz hervorgerufen. Insulin ruft bei Addisonkranken sehr leicht hypoglykämische Zustände hervor, die bei weitem über das hinausgehen, was sich beim Normalen bei erhaltener Adrenalinsekretion ereignet.

Schwere chronische Glomerulonephritis ohne Hypertonie, Herzhypertrophie oder Netzhautveränderungen. Durch pathologisch-anatomische Untersuchungen ist sichergestellt, daß der Grad der Gewebszerstörung in den Nieren nicht der entscheidende Faktor für die Entstehung der Blutdruckerhöhung und der Herzhypertrophie sein kann. Wiederholt wurden typische Schrumpfnieren ohne die üblichen Veränderungen am kardio-vaskulären System gefunden. Der Begriff der chronischen Glomerulonephritis ist so eng mit dem Vorhandensein von Blutdruck- und Herzveränderungen verbunden, daß der Praktiker beim Fehlen dieser Symptome eine chronische Nierenerkrankung entzündlicher Art aus der Reihe der diagnostischen Erwägungen ausschaltet. Wie zwei durch die Obduktion bestätigte Fälle lehren, kommen — wenn auch relativ selten — chronische diffuse Nephritiden vor, die sogar unter urämischen Erscheinungen zum Tode führen, ohne daß jemals während des Krankheitsverlaufes eine Blutdruckerhöhung nachzuweisen war.

Biberfeld.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. 13. Nr. 6. Juni 1927.

Magnesiumsulfat bei Eklampsie. Im Gegensatz zu Stander steht Verf. auf dem Standpunkt, daß die intravenösen Magnesiumsulfatinjektionen die Eklampsie günstig beeinflussen. Weder das Blut noch die Leber zeigen pathologische Veränderungen. Auch im präeklamp- tischen Stadium sind prophylaktische Magnesiumsulfatinjektione von Nutzen, wenn es auch nicht in allen Fällen gelingt, den Ausbruc der Krämpfe zu verhindern. Besonders der „nephritische Typ" er weist sich häufig als refraktär, so daß man in solchen Fällen die Gra vidität beenden muß. Verf. hofft, mithilfe der Magnesiumsulfat therapie die Mortalität bei Eklampsie auf weniger als 5% herabzu drücken. (Ueber die Methodik der Injektionen s. d. Ztschrft. 192 Nr 24!).

Obturierende rekto-vaginale Endometriosis. Da Endometriom sowohl histologisch als auch physiologisch der Uterusmukos gleichen, so ist es verständlich, daß sie sich, vorausgesetzt daß kein maligne Degeneration erfolgt ist, zurückbilden und atrophieren, wen die Ovarialtätigkeit ausgeschaltet ist. Verf. konnte diese Rückbildun an drei Fällen verfolgen, bei denen er wegen eines Endometriom des hinteren Scheidengewölbes die supravaginale Amputation aus geführt hatte. Wenn der Tumor einen vollständigen oder annähernde Verschluß des Rektum verursacht, so ist es zweckmäßig, im Anschlu an die supravaginale Amputation eine temporäre Kolonfistel anzu legen, bis die Rückbildung des Tumors so weit fortgeschritten is daß die Passage frei ist.

Affektleben der Frau in Beziehung zur gynäkologischen Praxis Psychische Alterationen wie Angst, Furcht, Unglück in der Ehe usw können Störungen der Sexualfunktionen hervorrufen, die sich in de bekannten Symptomen wie Menorrhagien, Amenorrhoe, Dysmenorrho Kreuzschmerzen, Müdigkeit, Pollakisurie, Fluor u. ä. äußern. Nebe diesen Affektionen von Seiten des Genitalapparates finden sich hie bei als allgemeine Symptome Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Ve dauungsstörungen, Uebelkeit, Erbrechen, Herzklopfen. Auch Ge wichtsverluste werden beobachtet. Die Genitaluntersuchung ergib fast stets eine chronische passive Hyperämie, kenntlich an einer leb haften Rötung der Cervix uteri, starker zervikaler Absonderun (Leukorrhoe), Weichheit und Fülle des Uterus, die in manchen Fälle eine junge Gravidität vortäuschen kann, und zuweilen deutlich pu sierenden Gefäßen. Stets fällt der Gegensatz zwischen der groß Zahl der Klagen und Symptome und dem Mangel an objektivem Be funde auf. Die emotionellen Störungen beeinflussen das Genita einmal durch Vermittlung des sympathischen Nervensystems un zweitens durch die der endokrinen Drüsen und äußern sich haup sächlich auf drei verschiedene Arten: 1. In Störungen des men struellen Zyklus; 2. in solchen, die die sexuellen Beziehungen zu Manne betreffen; 3. in solchen, die im Verlauf einer Schwangerscha manifest werden. Zur ersten Gruppe gehört als häufigstes Sympto die Dysmenorrhoe. Unglück in der Ehe wird hierbei oft als äti logischer Faktor anzutreffen sein. Oligomenorrhoe findet sich be sonders bei Kummer und Heimweh. Furcht vor Gravidität erzeu Amenorrhoe, die aber auch bei jungen Mädchen auf Grund endokrin Störungen gefunden wird. Am häufigsten entsteht als Folge ps chischer Erregungen der Fluor, der meist in Verbindung mit ander Symptomen erscheint. Alle Fälle, die eine Kongestion in d Beckenorganen aufweisen, leiden an klarem, nicht eitrigem, flüssige Fluor. Im Gegensatz hierzu ist der Fluor als Zeichen entzündlich Erkrankungen dickflüssiger, undurchsichtig und von schleimi eitrigem Charakter. — In der zweiten Gruppe spielt die Impote des Mannes eine erhebliche Rolle. Ferner die sexuelle Erregu bei langer Verlobungszeit ohne entsprechende Befriedigung; ab ebenso der übermäßige Geschlechtsverkehr. Die Symptome si Schmerzen, Meno- und Metrorrhagien, Vaginismus, Sterilität. D dauernden Kongestionen können schließlich organische Schädigung hervorrufen, die sich vor allem an den Ovarien in Form der klei zystischen Degeneration dokumentieren. Abnorme sexuelle Bet tigung erzeugt ferner Verdauungsstörungen, Kopfschmerzen, Schla losigkeit, Fluor und Kreuzschmerzen. — Psychische Alteration während der Gravidität verursachen Uebelkeit, Erbrechen und könn den Abort hervorrufen. Soziale Schwierigkeiten und Eheunglü sind hier vor allem zu berücksichtigen. Daher hat die völlige Is lierung einer an Hyperemesis leidenden Graviden von allen äusser Einflüssen oft so gute Erfolge.

Prophylaxe des Zervixkarzinoms. Jedes Zervixkarzinom entste als die Folge einer chronischen Zervizitis. Aus diesem Grunde i mehr als bisher auf die chronisch-entzündlichen Erkrankungen d Zervix zu achten. Die Studenten sind entsprechend zu unterrichte ebenso ist das Publikum aufzuklären. In fast allen Fällen von Zerv zitis besteht Fluor.

Behandlung des Genitalprolapses mittels Ventrifixur der Vagin F. empfiehlt zur Beseitigung des Prolapses die Ventrifixur d Vagina: Nach Eröffnung der Bauchhöhle Abpräparieren der Vesi von der vorderen Zervixwand bis herab zur Vagina, deren Wa doppelseitig angeschlungen wird. Durchführung der Seidenfäd durch sämtliche Schichten der Bauchwand, wo sie auf der Haut üb einem Gazeröllchen geknüpft und nach 14 Tagen entfernt werden.

Pneumonie als Folge der Anästhesien. Die Anästhesie als solche spielt wahrscheinlich als Ursache der postoperativen Pneumonie eine geringe Rolle. Dagegen sind folgende Faktoren von Bedeutung: die Aspiration von septischem Material; das Aufflackern von bereits vorhandenen latenten Lungenprozessen; die Abkühlung des Patienten auf dem Operationstisch. Eine beträchtliche Anzahl von postoperativen Pneumonien muß man sich so entstanden denken, daß sich septisches Material aus dem Operationsgebiet im Lungengewebe anedelt.

Pathogenese des Pemphigus neonatorum. In den Pemphigusefflorescenzen findet sich ein Staphylococcus aureus, der sich weder kulturell noch tinktoriell von Staphylokokken, die anderen Hautläsionen entstammen, unterscheiden läßt. Andere durch Staphylococcus aureus erzeugte Pyodermien finden sich häufig in Verbindung mit Pemphigus. Es ist demnach anzunehmen, daß aus irgendwelchen Hautaffektionen stammende Staphylococcen typischen Pemphigus und damit den Ausbruch einer Pemphigusepidemie erzeugen können. In den Mütter- und Säuglingsheimen sollen daher die Ammen und Mütter, die an einer Pyodermie leiden, isoliert werden.

Kann Chinin den Fötus im Uterus töten? Die Einleitung der Geburt mit Rizinusöl und Chinin ist nicht so harmlos, wie allgemein angenommen wird. Verf. konnte einen Fall beobachten, bei dem der intrauterine Tod des Fötus zweifellos auf das Chinin zurückzuführen war. Auch von anderer Seite sind ähnliche Fälle mitgeteilt worden. Es ist daher vor der übermäßigen Verabfolgung von Chinin zur Einleitung der Geburt zu warnen.

Paul Braun, Stettin.

The Urologic and Cutaneous Review.

Nr. 6. Juni 1927.

Das normale Nierenbecken. Die Nierenbecken beider Seiten eines Individuums ähneln sich mehr oder minder, sind jedoch nie vollkommen gleichmäßig; dagegen variieren die Maße und Anordnungen von Kelchen und Nierenbecken verschiedener Personen ganz erheblich. Letztere läßt sich auf folgende vier Typen zurückbringen: 1. Der häufigste Typ ist der verzweigte Typ mit gut geformten Nierenbecken und Kelchen, 2. der verzweigte Typ mit Halbbecken nach Hyrtl, 3. der extrem verzweigte Typ ohne genau umgrenztes Nierenbeckenampulla, 4. der ampulläre Typ mit nur kleinen Kelchen. Diese vier Typen entsprechen den Befunden in der Tierwelt und sind daher auf embryonale Entwicklungsprozesse zurückzuführen.

Ueber die Menge der zur Erhaltung des Lebens notwendigen Nierengewebes mit Berücksichtigung der funktionellen Tüchtigkeit des erhaltenen Restgewebes. Zur Erhaltung der Lebensfähigkeit genügt ⅓ ja bisweilen ¼ des Nierengewebes, denn die angeborene oder erworbene Reservekraft dieses Gewebes vermag die Arbeit des durch Krankheit oder Operation verloren gegangenen zu übernehmen. Wieviel dieses restierende Gewebe zu leisten vermag, zeigt am besten Addis'Test, das Verhältnis des Harnstickstoff in einstündiger Urinmenge zum Harnstickstoff in 100 ccm Blut.

Analyse eines Falles beginnender Tabes, der mit unspezifischen Maßnahmen behandelt wurde. Die spezifische Behandlung der Lues wird in allen Stadien derselben aufs nachdrücklichste durch unspezifische Therapie unterstützt, da diese sowohl die Widerstandskraft des Patienten als auch die Wirksamkeit der Spezifika hebt. Auch in einem Falle deutlicher Tabes bei einem 38jährigen Patienten konnte J. dieses beobachten. Nach heftigen Fieberreaktionen, — hervorgebracht durch Einspritzung konzentrierter Staphylokokkenvakzine — mit anschließender intensivster Schmierkur trat völlige Arbeitsfähigkeit und Wiederherstellung normaler Reflexe ein; daher sollte sich jeder Luetiker von Zeit zu Zeit einer unspezifischen Kur unterwerfen.

Harnröhrenstriktur. Zur Anaesthesierung der Harnröhre ist besonders bei älteren Personen Kokain unbedingt zu vermeiden. Bei Strikturen desselben unter Nr. 16 dürfen nur Gummibougies, nie Metallsonden verwandt werden. Ist eine Uretrotomie erforderlich, — in der Hauptsache bei traumatischer Striktur —, so ist die Uretrotomia interna nur für den vorderen Teil der Harnröhre gestattet. Für den hinteren Teil der Harnröhre kommt nur der externe Harnröhrenschnitt in Frage. Sind Urinextravasate vorhanden, so muß diesem der suprapubische Blasenschnitt vorangehen, da man nur von diesem aus der drohenden Infektion und Sepsis Herr werden kann.

Mechanische Faktoren bei der Schwangerschaftspyelitis. Der Fötus übt zwar in den letzten Monaten einen erheblichen Druck auf das Harnsystem der Mutter aus, der so groß sein kann, daß er z. B. den Ureterenkatheterismus unmöglich macht, und der sicher eine Dilatation des Nierenbeckens und des Ureters hervorrufen kann, aber eine Pyelitis verursacht er nur selten, wenigstens nicht primär. An der Hand von 18 genau untersuchten Fällen von Schwangerschaftspyelitis nämlich zeigt W., daß die Pyelitis sich in den meisten Fällen durch Infektion eines schon vor der Schwangerschaft dilatierten Nierenbeckens entwickelt, und daß die temporäre Dilatation meist ohne Krankheitserscheinungen sich wieder zurückbildet. Bei vorhandener Pyelitis gibt die Drainage im Verein mit Urinantisepsie die besten Resultate.

California and Western Medicine.

26. Nr. 6.

Fortschritte in der Kinderheilkunde. Die Kinderheilkunde ist diejenige Disziplin in der Medizin, welche die raschesten Fortschritte gemacht hat. Die Untersuchungen über den Neugeborenen, über die Ernährung, des weiteren über Infektionen und die Behandlung der Purpura haemorrhagica haben uns gezeigt, wie gerade besonders in der Pädiatrie die Fortschritte segensvoll gewesen sind. In Bezug auf den Neugeborenen beanspruchen sehr viele namhafte Gynäkologen den Kinderarzt und dieser muß die Verantwortung für das junge Lebewesen übernehmen. Da ist vor allem die Frage der Ernährung sehr wichtig. Wir wissen heute absolut, daß die Muttermilch nicht etwa unbedingt für das Neugeborene notwendig ist und es ist bekannt, daß sie auch keinesfalls das Ideal der Ernährung darstellt. Die Ernährungstherapie ist dank Marriotte, Mc. Collum und Gerstenberger — es werden nur amerikanische Autoren angeführt — so vorangegangen, daß wir heute nicht nur gleichwertige Mittel haben, sondern weit bessere kennen, als es die Muttermilch ist. Gemeinsam mit dem Ernährungsproblem geht auch die Ueberlegung der Infektionsverhütung einher. Die Erkältungen, welche durch den Respirationsweg kommen, bieten eine nicht zu unterschätzende Gefahr für den Säugling. Eine Infektion ruft die größte Störung in der Säuglingsernährung hervor, und es wäre wünschenswert, wenn der Allgemeinpraktiker dieses stets vor Augen hätte und Magen- und Eingeweidestörungen auf Infektionen und nicht immer auf die Nahrung zurückzuführen wüßte. Es würden dann sicher unangenehme Komplikationen vermieden werden.

Die Behandlung der Purpura haemorrhagica durch die Anwendung der Quarzlicht-Quecksilber-Dampflampe hat enorme Erfolge gezeitigt. Auch die Transfusion ist angewandt worden, aber sie hat mit ihren Erfolgen im Stich gelassen und die Splenektomie in den akuten Fällen zeigt leider eine sehr hohe Mortalität. Im übrigen muß hier hervorgehoben werden, daß der Kinderarzt, welcher seine Patienten sorgfältig beobachtet, viel eher imstande ist, die Indikation für eine in Frage kommende Operation zu stellen, als der Chirurg, welcher das Kind bei einer Konsultation zum ersten oder vielleicht auch noch ein zweites Mal sieht.

Spontan-Ruptur eines sekundären hydronephrotischen Sackes nach Ureterstein. Obwohl traumatische Rupturen der Niere nicht unbekannt sind, so muß doch hervorgehoben werden, daß eine Spontan-Ruptur als relativ selten zu bezeichnen ist, und Verf. schildert hier einen Fall, in welchem eine Spotan-Ruptur durch einen Ureterstein hervorgerufen wurde. Der rückwärtige Druck in der Niere, welcher durch ungenügende Drainage hervorgerufen ist, genügt, um die Hauptteile zu zerstören, indem er eine Spontan-Ruptur des Nieren-Parenchyms oder Nierenbeckens hervorruft. Die spontane, nicht traumatische Ruptur der Niere kommt immer in solchen

Fällen vor, in denen eine Tuberkulose, eine akute, fokale Infektion oder Abszeß-Bildung vorliegt, des weiteren finden wir sie bei der Hämophilie, dem Infarkt, der Hydronephrose oder polyzystischen Niere. Unter den eben genannten Fällen ist die Ruptur des Parenchyms weit häufiger, als die des Beckens und wird gewöhnlich durch eine perineale Hämorrhagie begleitet, während auf die Ruptur des Nierenbeckens oder des Ureters eine Extravasation von Urin ohne Hämorrhagie sattfindet. Der sofortig chirurgische Eingriff ist die einzige Art der Behandlung, welche von Erfolg begleitet sein kann. Sieht man den Schaden sehr früh, so kann die Entfernung des verschließenden Kalkulus unter Umständen genügen, so daß weiterhin konservative Behandlung, Packungen und Drainage zum Ziel führen. Bei vorgeschrittenen Fällen ist die Nephrektomie die Behandlung der Wahl, wobei nicht vergessen werden darf, daß sie des öfteren von Komplikationen begleitet wird.

Der Kretinismus und seine Beziehungen zum Kropf. Der endemische Kropf und der Kretinismus sind zwei geschlossene Bedingungen. Die Theorie, daß der endemische Kropf, welcher durch mehrere Generationen hindurch nicht behandelt wurde, der Vater des Kretinismus sei, besteht sicherlich zu Recht. Es wäre wünschenswert, daß durch Demonstrationen darauf hingewirkt würde, den Aerzten das Fortschreiten des Kretinismus durch den endemischen Kropf zu zeigen. Man könnte in der Behandlung lediglich günstige Resultate erhalten, wenn man die Heirat solcher Defekten verbieten würde oder aber, wenn sie heiraten dürfen, so müßte man beide Eltern sterilisieren. In Gebieten, wo der endemische Kropf herrscht, sollte man den Kropf des Kindes dadurch zu vermeiden versuchen, daß man die Eltern schon von klein auf behandelt und die Mutter besonders während der Schwangerschaft. Die Behandlung aller Kretins sollte schon in der Kindheit beginnen und dauernd fortgeführt werden; mit genauester Sorgfalt sollte man jeden Fortschritt aufzeichnen und die Behandlung während der ganzen Lebenszeit fortführen.

Hofbauer-Berlin.

Buchbesprechungen.

Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen. Herausgegeben von Prof. Dr. L. R. Grote, Chefarzt des Sanatoriums Dr. Lahmann Weißer Hirsch-Dresden. Bd. 6. Bechterew (Leningrad), Forel (Yvorne), Gluck (Berlin), Hauser (Erlangen), von Liebermann (Budapest). IV, 251 Seiten. Leipzig, 1927. Verlag von Felix Meiner. Preis geb. 12·M.[1] — Die Reihe des vorliegenden Bandes eröffnet der bekannte russische Neurologe von internationalem Ruf, Wladimir Bechterew. Bereits sein Bildnis ruft einen tiefen Eindruck hervor, der durch die Lektüre seiner Autobiographie noch verstärkt wird. Er verkörpet nicht nur einen klugen, weitblickenden, vielseitigen Gelehrten, sondern eine überaus starke Kampfnatur, starke Willenskraft und eine außergewöhnliche Arbeitsfähigkeit. Es ist geradezu erstaunlich, wieviel Hemmnisse Bechterew zu überwinden gehabt hat, bevor es ihm gelungen ist, seinen Ideen Beachtung zu verschaffen. Aber er ist Sieger geblieben, nicht nur auf russischem Boden. Was seine wissenschaftlichen Leistungen betrifft, so haben hier seine zahlreichen Experimentalarbeiten auf dem Gebiete der Hirnforschung, vor allem seine bekannte Reflexologie eine eingehende Schilderung gefunden. Bechterews Bedeutung liegt aber nicht nur auf dem Gebiet der Neurologie, sondern auf allgemein kulturellem Gebiete, Verdienste, die sich auch der andere Verfasser dieses Bandes, der große Schweizer August Forel, erworben hat. Eine umfangreiche Autobiographie Forels wird erst nach seinem Tode erscheinen. Aber auch aus der vorliegenden geistreich und temperamentvoll, allerdings skizzenhaft geschriebenen Autoergographie erfahren wir viel uns Ueberraschendes. Denn wir sind gewohnt, Forel nur als Sexuologen sowie als Vorkämpfer der Abstinenzbewegung und der Pädagogik zu feiern. Seine Verdienste auf diesem Gebiete lassen uns seine Fähigkeiten als sorgfältigen und kritischen Hirnhistologen vergessen. Zu erwähnen wären ferner seine zähen und fruchtbaren Forschungen auf dem Gebiete der Ameisenbiologie. Seine Universalität ist schon aus den folgenden von ihm selbst bezeichneten Angaben über seine Wirkungsgebiete zu ersehen. Diese sind: I. Ameisen. — II. Andere Insekten. — III. Hirnanatomie. — IV. Vergleichende Physiologie. — V. Psychologie. — VI. Hypnotismus und Psychoanalyse. — VII. Philosophie. — VIII. Anthropologie. — IX. Soziologie. — X. Pathologie. — XI. Psychiatrie. — XII. Antialkoholismus. — XIII. Kakogenik. Er gibt ein Verzeichnis über 100 Hauptarbeiten an, „nicht immer die umfangreichsten, sondern oft kleine, aber meistens die originellsten". In seinem Leben hat Forel 591 Bücher und Zeitschriftenaufsätze, dazu 564 Zeitungsartikel (zusammen also 1155) geschrieben. Und trotzdem ist er außerordentlich bescheiden. So schreibt er zum Schluß: „... Was ist m mein „Ich"? Eine vereinigte körperliche und geistige (hirnische Kraftwirkung: 1. Meiner vererbten instinktiven A lagen[2]); 2. der sekundären Automatismen, die ich der Schule, den Büchern, den Zeitungen, meiner Um gebung (Mensch und Dinge) in der Gegenwart verdanke: da kommen 3. Zufälle, Unfälle, Krankheiten, Gebreche Tod; bleibt nur noch 4., d. h. meine persönliche Arbe von der Kindheit bis zum Tode, vor allem durch „neue" G dankenkombinationen (Erfindungen, Entdeckungen, Exper mente, Beobachtunen usw.). Aber dieses „4." beruht wiederum n auf einer glücklichen oder unglücklichen Kombination von 1. mit und 3.!! Was ich geworden bin, verdanke ich u. a. und neben d Ameisen, P. Huber, Darwin, Meynert, Gudden, Bern heim, Frank in München, S. Semon und meiner lieben Fr Emma geb. Steinheil. Was bleibt nun für den Stolz, für die lie Eitelkeit meines lieben „Ich" übrig? Nichts, absolut nichts! (S. 65 [35] f.) Daß Forel dabei mit seinem Selbsturteil aufrichtig i zeigt sein Zitat des Busch'schen Gedichtes: „Kritik des Herzens die das Spekulative einer Selbstkritik entlarvt.

Im Temperamentvollen Forel verwandt, aber in der sonstig Weltanschauung sehr verschieden von ihm ist der Erlanger Patholo Gustav Hauser. Wie Forel das Aeußere mißachtet, schei Hauser großen Wert darauf zu legen. Doch sollen damit sei großen Verdienste auf dem Gebiet der Pathologie sowie auf d Gebiete der Coleopterologie keineswegs verkannt werden. D Lektüre seiner wissenschaftlichen Werke ist sehr empfehlenswe Eine gewisse Tragik spricht aus der Autoergographie des Chirurg Gluck. Gluck gehört zwei Nationen an: der Abstammung nach i er Deutscher, der Geburt und z. T. dem Wirken nach ist er Rumän Obwohl Rumänien seinem Vater als einem verdienstvollen Arzt se viel zu verdanken hat, konnte er sich dort als Deutscher nicht en falten. Aber auch in Deutschland wurden seine vielen, jetzt a Selbstverständlichkeiten geltenden Entdeckungen, deren Lektüre se empfohlen sei, erst nach Jahrzehnten anerkannt, z. Zt. seines Wirke jedoch oft nicht beachtet. Den Band beschließt der jetzt verstorbe ungarische Hygieniker Leo von Liebermann. Seine Immun tätsforschung wird unvergeßlich bleiben. Seine bekannte „Selektion hypothese" wie die Vitaminforschungen mußten der Ungunst d Kriegs- und Nachkriegsverhältnisse zum Opfer fallen.

Aus dem Beschriebenen geht hervor, wie auch der vorliegen Band eine Quelle vielfältiger und tiefgründiger Belehrung ist, und wird auch der 6. Band wie die fünf ersten viele aufmerksame Les finden. Die Sammlung kann sowohl als wertvolles Vorbildung material des Mediziners gelten[3]) als auch, wie es der Herausgeb richtig hervorhebt, als Material für vergleichende konstitution psychologische Forschungen. Als weitere Mitarbeiter sind vo gesehen: Boas (Berlin), Faber (Kopenhagen), Flechs (Leipzig), Hausmann (Minsk), Holzknecht (Wien), Kita sato (Tokio), Kraus (Berlin), Küstner (Breslau), v. Le hossek (Budapest), Leo Loeb (St. Louis), Lubarsch (Berli Marchiafara (Rom), Mingazzini (Rom), Noguchi (Ne York), v. Noorden (Frankfurt a. M.), Posner (Berlin), Rich (Paris), Rieger (Würzburg), Rubner (Berlin), Sudho (Leipzig), Torassewitsch (†) (Moskau), Turban (Davo Uhlenhuth (Freiburg), Unna (Hamburg), Viola (Bologna einige Namen vermissen wir hier, aber es ist unmöglich, sie alle a zuzählen; nur einige sollen hier noch erwähnt werden: Asch (Freiburg), Goldscheider (Berlin), Grotjahn (Berli Keibel (Berlin), Krehl (Heidelberg), Kuttner (Berlin), Lo Lewin (Berlin), Minkowski (Breslau, z. Zt. Wiesbaden Pawlow (Leningrad), Th. Sommerfeld[4]) (Berlin).

M. Kantorowicz, Berlin.

Dr. Theobald Fürst, München: **Vererbungsgesetze u ärztliche Eheberatung im Rahmen der allgemeinen Gesundheit fürsorge.** Verlag der Aerztlichen Rundschau. Otto Gmelin, Münch 1927. — Es ist dem Ref. eine Freude, den Kollegen, welche in d Praxis stehen und wenig Zeit zu wissenschaftlichen Werken habe ein Werkchen anzuzeigen, in welchem sie alles Wissenswerte üb die Vererbungsgesetze allgemein verständlich zusammengefaßt finde Die klare, prägnante Schreibweise macht den etwas spröden St auch dem Laien genießbar. „Vererbungsfragen" sind ja jetzt mode und als Arzt kommt man ja fast täglich in der Allgemein-Praxis u als Fürsorgearzt in die Lage, den wißbegierigen Fragern Antwo stehen zu müssen. Im kleinen Fürst findet der Arzt Gelegenheit, si erschöpfend und klar zu orientieren. Es sei allen Interessenten wa empfohlen.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

---

[1]) Ueber die ersten 5 Bände vgl. diese Zeitschrift S. 1421 f. des vorigen Jahrganges.

[2]) Hier und weiter von Forel gesperrt.

[3]) Man vgl. hierüber die Ausführungen von O. Körner in München. Medizinisc Wochenschrift 1923, S. 1487, und 1926, S. 1668.

[4]) Einer der Bahnbrecher auf dem Gebiete der modernen Gewerbehygiene.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
'erlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854
UMMER 33 BERLIN, DEN 19. AUGUST 1927 45. JAHRGANG

Originalien.

s der II. deutschen Universitätskinderklinik in der Landesfindelanstalt in Prag.
(Vorstand: Prof. Dr. Rudolf Fischl.)

ie Bedeutung der peristolischen Funktion des lagens für die Entstehung und Behandlung des abituellen und pylorospastischen Erbrechens im Säuglingsalter.

Von
Dr. BERTHOLD EPSTEIN, Privatdozent für Kinderheilkunde.

Der Magen des Säuglings unterscheidet sich von dem des älteren ndes und dem des Erwachsenen hauptsächlich dadurch, daß ihm e peristolische Funktion fehlt, „die Fähigkeit des Magens, sich um inen Inhalt konzentrisch zusammenzuziehen und sich dem Inhalt iner Kontenta anzupassen." (Stiller.) Es ist das Verdienst veier französischer Autoren, Levent und Barret, diese Tatche zuerst festgestellt zu haben. Sie haben bereits im Jahre 1906 legentlich von radioskopischen Untersuchungen des Magens darauf ıgewiesen, daß „ein erheblicher Unterschied zwischen dem Säuggsmagen und dem des Erwachsenen darin besteht, daß sich bei zterem der Magen dem Inhalt vollständig anpaßt, ihn fest umssend, daß man hingegen beim Säugling nach Verabreichung von ilch den Magen in seiner ganzen Ausdehnung sehen kann, da er t Luftblasen gefüllt sei. Der Säuglingsmagen habe das Bestreben, e Eigenschaften des Magens der Erwachsenen anzunehmen und inen Füllungs- und Entfaltungsmodus zu ändern, sobald er anfängt, ste Nahrung aufzunehmen." In der deutschen Literatur haben esch und Péteri einige Jahre später (1911) zum ersten Male eselbe Anschauung ausgesprochen; nach ihnen ist beim Säuglingsıgen „auch nicht eine Spur der peristolischen Funktion vorhanden." e konnten ferner gleichfalls zeigen, daß die Qualität der Nahrung f die Entwicklung der Form des Magens von entscheidendem nfluß ist; „das Röntgenbild des Säuglingsmagens differiert nur shalb von jenem Typus, den wir bei über ein Jahr alten Kindern finden gewohnt sind, weil wir den Säuglingsmagen stets nach fuhr einer physiologischen Nahrung, der Milch untersuchten. urde jedoch Säuglingen während der Untersuchung eine Mahlzeit rabreicht, wie sie Kinder jenseits des ersten Jahres erhielten, so schien beim Säugling dasselbe radioskopische Bild wie beim eren Kinde. Die verschiedene Konsistenz der Nahrung bildet also s Moment, das die auf dem Röntgenbild erkennbaren Formenrschiedenheiten des Magens hervorruft". „Flüssigkeiten sind als ringere, bzw. weniger wirksame Reizmittel nicht geeignet, in der nedies schwächeren Muskulatur des Säuglingsmagens eine perilische Funktion hervorzurufen, während im späteren Alter, bei herer Entwicklung der Muskulatur und bei entsprechend gegerter Reizbarkeit hierzu nicht bloß breiige Nahrung, sondern ch Flüssigkeit ausreicht." Flesch und Péteri haben also, wenn ch nicht als Erste, die Beziehungen der Peristole zur Konsistenz s Mageninhaltes röntgenologisch beobachtet und konkret ausgerochen. Ihre Untersuchungen wurden 1917 von Theile bestätigt. ch ich konnte mich im Jahre 1920, noch an der Berliner Unisitätskinderklinik, durch systematische Röntgenuntersuchungen des uglingsmagens von der Richtigkeit dieser Beobachtungen überıgen und fand, „daß schon das Hinabgleiten der ersten breiigen Bissen beim Säugling die Peristole hervorruft, und daß diese ebenso erfolgt, wie beim älteren Kinde und beim Erwachsenen."

Bis dahin hat die Erkenntnis, daß die Peristole im Säuglingsalter fehlt und erst mit Verabreichung von konsistenter Nahrung auftritt, in der Kinderheilkunde und in der Pathologie des Säuglings keine Beachtung gefunden und in unseren Hand- und Lehrbüchern war nirgends etwas darüber zu finden. Ich habe, meines Wissens als Erster, nachdem ich mich durch eigene Untersuchungen von der Richtigkeit der Tatsache überzeugt habe, das Fehlen der peristolischen Funktion des Magens zur Erklärung der in den ersten Lebenswochen dem Säugling unstreitig eigenen Brechneigung und damit auch zur Erklärung des habituellen Erbrechens herangezogen. Die bisher allgemeine Auffassung von der Entstehung des gewohnheitsmäßigen Erbrechens als Folge des Luftschluckens (Guinon, Comby, Lesage u. a.) oder einer konstitutionellen Hyperreflexie des Magens (Finkelstein) bzw. einer Gastroneurose (Marfan) oder eines unzulänglichen Kardiaschlusses bei allgemein atonischer Konstitution konnte nur wenig befriedigen; ebenso wenig überzeugend war die Auffassung, daß ein Hindernis in der Nasenatmung (Usener) oder zerebrale Läsionen als Geburtsverletzungen (Dollinger) die Hauptrolle spielen oder eine Idiosynkrasie gegen Milch auf anaphylaktischer Grundlage (Weill). Wir waren auch nicht imstande, der zuerst von Marfan und später auch von anderen französischen Autoren vertretenen Lehrmeinung zu folgen, daß die kongenitale Lues die Ursache des habituellen Erbrechens bilde. Unter unseren gewohnheitsmäßigen Brechern finden sich perzentuell nicht mehr Luetiker als in unserem übrigen Säuglingsmaterial; bei drei von vierzig Kindern war die Wassermannsche Reaktion positiv und Lues, und nur zwei davon zeigten manifeste Zeichen einer Lues und ähnliche Verhältnisse konnte ich seinerzeit bei 36 Fällen der Berliner Universitätskinderklinik ermitteln. Ich stimme hier ganz mit Cozzolini überein, der unter seinen 16 Fällen nur einen Fall von Lues gefunden hat und ich bin überzeugt, daß der hohe Prozentsatz von Syphilis unter den Säuglingen mit habituellem Erbrechen bei den französischen Autoren auf die starke Luesdurchseuchung ihres Materials zurückzuführen ist.

Hingegen muß zugegeben werden, daß die neuropathische Konstitutionsanomalie in den meisten dieser Fälle am Kinde selbst oder an seiner Umgebung nachweisbar ist. Ganz interessant ist die Tatsache, daß sich unter unseren unehelichen Pfleglingen in der Findelanstalt nur ganz ausnahmsweise ein Fall von habituellem Erbrechen findet, daß uns die meisten von außen zugewiesen werden, meist den besser situierten Ständen entstammen und relativ häufig Judenkinder betreffen.

Es muß auffallen, daß Pylorospasmus und habituelles Erbrechen zumeist in den ersten Lebensmonaten auftreten und mit zunehmendem Alter der Kinder sowohl an Häufigkeit als auch an Intensität abnehmen. Hand in Hand damit geht eine in den ersten Lebensmonaten ohne Zweifel vorhandene — ich möchte sagen — physiologische Brechneigung. Das Fehlen der peristolischen Funktion gibt uns für beide Tatsachen eine ungezwungene Erklärung. Da die Umklammerung der eingeführten Nahrung durch den Magen fehlt, ist es erklärlich, daß die verschiedensten Ursachen, wie ungeschicktes Hantieren, brüske Bewegungen, Druck auf den Magen, jedesmaliges

Wiegen nach der Nahrungsaufnahme, aber auch eine Pharyngitis, Schnupfen u. ähnl. in den ersten Lebensmonaten leicht Erbrechen auslösen können. Faßt man einen Säugling unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme an den Beinen und hebt ihn an diesen hoch, so kann mit Leichtigkeit die aufgenommene Nahrung wieder ausgegossen werden. Da nun neuropathische Kinder gerade dadurch charakterisiert sind, daß sich bei ihnen bedingte Reflexe rasch entwickeln und zäh festgehalten werden, so kann bei bestehender Brechneigung durch die oben angeführten Ursachen das Erbrechen sozusagen anerzogen werden. Es ist zu bedenken, daß das habituelle Erbrechen meist gerade zu einer Zeit auftritt, in der der Organismus des Säuglings auch sonst viel zu lernen hat und in der eine Reihe neuer Organfunktionen in kurzer Zeit zur Gewohnheit werden. Daß es sich dabei tatsächlich um ein „Erlernen" handelt oder, was eigentlich dasselbe nur mit anderen Worten bedeutet, um einen bedingten Reflex, das zeigt z. B. der Umstand, daß der Säugling um diese Zeit lernt, sich zur Nahrungsaufnahme nach zwei, drei und vier Stunden zu melden, je nachdem ihm die Nahrung nach zwei-, drei- oder vierstündigen Pausen gereicht wird. Wird nun durch äußere Umstände, wie oben ausgeführt wurde, bei dieser physiologischen Brechneigung wiederholt Erbrechen herbeigeführt, so kann auf Grund der Lehre von den bedingten Reflexen der Brechakt tatsächlich zur Gewohnheit werden.

Diese Anschauung, welche das Krankheitsbild des habituellen Erbrechens und des Pylorospasmus mit dem Fehlen der peristolischen Funktion des Magens in diesem Lebensabschnitt in ursächlichen Zusammenhang bringt, gibt uns gleichzeitig eine Erklärung, für die günstige Wirkung, die durch breiige Kost unstreitig auf die Krankheit ausgeübt wird. Die früheren Lehrmeinungen, daß der Brei wegen seiner Schwere im Gegensatz zur leichteren flüssigen Nahrung nicht erbrochen wird (Huldschinsky, Moll) oder daß bei der Breifütterung mit dem Löffel weniger Luft mitgeschluckt wird, als beim Trinken aus der Flasche (Guinon, Comby, Illpö), haben keine befriedigende Erklärung gegeben; es ist sichergestellt, daß die Luftmenge gleich groß ist, ob das Kind an der Brust, mit der Flasche oder mit der Sonde ernährt wird (Theile) und durch die Untersuchungen von Levent und Barret ist schon eine gewisse physiologische Aerophagie erwiesen, die meines Erachtens auch nur durch das Fehlen der Peristole zustande kommen kann. Hingegen ist leicht einzusehen, daß die durch die Breinahrung unzweifelhaft herbeigeführte peristolische Funktion durch tonische Umklammerung den Mageninhalt festhält und auf diese Weise ein Aufsteigen der Ingesta erschwert, daß sie ferner das Luftschlucken verhindert, das für das Zustandekommen des habituellen Erbrechens sicher mit bedeutungsvoll ist und daß sie schließlich die im Magen enthaltene Luft in die obersten Magenabschnitte treibt und als Magenblase zwischen Mageninhalt und Kardia schaltet, was geeignet ist, jeden auf den Magen ausgeübten Druck oder Stoß in seiner Wirkung auf die Kardia und damit auf die Eröffnung des Magens gegen den Oesophagus abzuschwächen. Da schließlich nach Heilung durch konzentrierte Kost das Erbrechen auch nach Absetzen derselben und Wiedereinführung flüssiger Nahrung bekanntlich meist ausbleibt, so ist auf diese Weise eine Anerziehung des peristolischen Reflexes nach Art der bedingten Reflexe im Sinne Pawlows und Czernys durchaus möglich.

Auf Grund dieser theoretischen Erwägungen ging ich seinerzeit noch an der Berliner Universitätskinderklinik daran, durch konsequente Verabreichung kleiner Mengen konsistenter Breinahrung jedesmal unmittelbar vor Aufnahme der flüssigen Kost eine Anerziehung des peristolischen Reflexes zu erzielen. Die Breivorfütterung hat das habituelle Erbrechen in den meisten Fällen günstig beeinflußt, sie wurde seither als einzige Methode auch an dem reichen Säuglingsmaterial der Deutschen Kinderklinik in der Landesfindelanstalt angewendet, auch zur Behandlung des pylorospastischen Erbrechens, das wir lediglich als einen schweren Grad des habituellen Erbrechens ansehen. Wir waren in den letzten 6 Jahren auch nicht ein einziges Mal gezwungen, zur chirurgischen Behandlung Zuflucht zu nehmen, obwohl uns ein solcher Fall sehr willkommen gewesen wäre, da wir auf Grund unserer Anschauung vom habituellen Erbrechen den Versuch wagen wollten, durch die Laparotomie allein und damit durch Ausschaltung der Bauchdecke die gleiche Wirkung zu erziele[n] wie durch die Weber-Ramstedtsche Operation. Ueber unse[re] guten Resultate bei der Behandlung des habituellen Erbrechens m[it] Breivorfütterung habe ich seinerzeit berichtet, und es hat vor kurze[m] Gerstl im Einverständnis mit mir unsere Beobachtungen an d[er] Deutschen Kinderklinik in der Landesfindelanstalt aus den letzte[n] Jahren zusammengestellt und mitgeteilt. Ich will also nicht weit[er] auf diese therapeutischen Erfolge eingehen; wichtiger als dies erscheint mir, daß die Breivorfütterung bewiesen hat, daß die theo[-] retischen Voraussetzungen, auf denen diese Theorie aufgebaut wa[r,] richtig sind und daß die peristolische Funktion, die ich mit d[er] Pathogenese des habituellen Erbrechens in Zusammenhang gebrach[t] habe, tatsächlich für das Zustandekommen desselben, bzw. für sei[ne] Heilung unleugbar von maßgebender Bedeutung ist.

Wenn ich nun die seither erschienene Literatur sichtet, die sic[h] auf die Pathogenese oder auf die Therapie des habituellen Erbreche[ns] erstreckt, so kann ich, nicht ohne eine gewisse Genugtuung, fes[t-] stellen, daß sich schon eine recht beträchtliche Anzahl von Publ[i-] kationen findet, die meine Anschauungen bestätigen. Die peri[-] stolische Funktion des Magens, die vorher kau[m] irgendwo in der pädiatrischen Literatur erwähn[t] und niemals mit dem Erbrechen in Zusammenhan[g] gebracht wurde, wird nun von fast allen Autore[n] als ernst zu nehmender Faktor in der Pathogenes[e] des habituellen Erbrechens angeführt und finde[t] sich in jeder Publikation, die sich mit diese[m] Krankheitsbilde beschäftigt. In einer ausführlichen Mi[t-] teilung, die den Titel trägt „Röntgenologische Studien über di[e] peristolische Funktion des Magens im Säuglingsalter und ihre Be[-] deutung für die Entstehung des habituellen Erbrechens" bestätig[t] Rogatz (1924) die von mir gegebene Erklärung für die günstig[e] Wirkung der Breifütterung. Er behandelt in einem eigenen Kapit[el] den Mechanismus der Brechbehinderung und kommt zu dem gleiche[n] Schluß wie ich, daß die mechanischen Beziehungen zwischen Mager[-] wand und Mageninhalt, wie sie der Peristole entsprechen, „wohl ge[-] eignet sind, den Heileffekt der Breifütterung beim habituellen Er[-] brechen zu erklären." Er empfiehlt Kartoffel- und Gemüsebrei, d[a] diese ihre Konsistenz auch bei Körpertemperatur beibehalten. W[ir] konnten allerdings nicht feststellen, daß Grieß- oder andere Milchbrei weniger wirksam sind. Da die Verflüssigung im Magen doch erst al[l-] mählich erfolgt, scheint die Zeit bis dahin, vielleicht schon die Kon[-] sistenz während des Schluckaktes und beim Hineingelangen in de[n] Magen vollkommen zu genügen, um die Peristole hervorzurufen. Di[e] Wirkung des herbeigeführten peristolischen Reflexes sieht Rogat[z] darin, daß das Spannungsgefühl beseitigt und die übermäßige Dehnun[g] des Magens verhindert wird. Rogatz schließt seine Ausführunge[n] mit dem seine Ergebnisse zusammenfassenden Satze: „Die Heilwi[r-] kung der Breifütterung bei habituellen Brechern und Pylorospastike[rn] wird der Anregung der Magenperistole zugeschrieben."

In gleichem Sinne sprechen die röntgenologischen Studien a[m] Säuglingsmagen, die Hotz aus der Züricher Universitätskinde[r-] klinik vor kurzem veröffentlicht hat. Er konnte in einer große[n] Zahl von Fällen den Einfluß verschiedener Faktoren auf Größe u[nd] Form des Magens bei gesunden Säuglingen und bei solchen m[it] Pylorustenose beobachten. Er hat gleichfalls gefunden, daß bei E[r-] nährung von Säuglingen mit Mahlzeiten von gleichem Volumen, ab[er] verschiedener Konsistenz der Magen im Röntgenbild um so klein[er] erscheint, je konsistenter die Nahrung ist. „Die kleinsten Mag[en] sieht man bei der konsistentesten Nahrung auftreten, welche fi[ür] jüngere Säuglinge überhaupt in Betracht kommt, bei der Bre[i-] nahrung." Er bestätigt im Verlaufe seiner Ausführungen die vo[n] mir aufgestellte Behauptung von der Bedeutung der peristolische[n] Funktion für das Zustandekommen bezw. für die Heilung de[s] habituellen Erbrechens, indem er sagt: „Wir haben es bis zu eine[m] recht erheblichen Grade in der Hand, die Größe des Magens bei[m] Säugling willkürlich zu beeinflussen. Das ist deswegen von groß[er] Bedeutung, weil mit derselben eine wichtige Funktionsstöru[ng] zusammenhängt, nämlich das Schütten und Erbrechen. Gelingt e[s] uns, was meistens der Fall ist, durch Eindickung der Nahrung Ve[r-] minderung ihres Volumens und durch bestimmte Fütterungstechni[k] den Magen zu verkleinern, so verschwindet meistens auch d[ie] Funktionsstörung, das mehr oder weniger heftige Brechen od[er] Schütten." Er fand weiter, den Einfluß der Breivorfütterung auf d[ie] Peristole gleichfalls bei seinen Untersuchungen bestätigt und ha[t]

:ünstige Erfolge bei der Behandlung des habituellen Erbrechens auf iese Weise erzielt.

Auch rein klinische Beobachtungen und Erfahrungen haben vielıch die theoretische Grundlage und praktischen Erfolge unserer 3reivorfütterung bestätigen können. So sagt L. F. Meyer: „Die 'orfütterung weniger Löffel Brei (Epstein) oder vollkommener rsatz der flüssigen Nahrung durch konsistentere breiige hat hat sich eute allgemein als bestes Behandlungsverfahren bei gewohnheitsıäßigen Brechern eingebürgert. Wahrscheinlich handelt es sich abei um eine rein mechanische Behinderung des Erbrechens adurch, daß bei breiiger Nahrung der sogenannte „peristolische" lagenreflex ausgelöst wird, der den breiigen Mageninhalt eng umchließt und so den Durchtritt des Mageninhalts durch die Kardia erhindert." Und an anderer Stelle: „Auch bei der gastrischen eberempfindlichkeit des Brustkindes wird man von der Breiitterung den besten Erfolg haben. Es genügt in diesem Falle -4 Teelöffel der Breinahrung jedesmal vor dem Anlegen „vorıfüttern", um auch das Erbrechen der danach aufgenommenen rauenmilch hintanzuhalten. Die Breivorfütterung wirkt namentlich ei neuropathischen Brustkindern, bei denen infolge des Brechens n solches Maß von Nahrung verloren geht, daß eine Gewichtsınahme ausbleibt, ausgezeichnet. Mit der nunmehr gesicherten ısreichenden Ernährung hebt nicht nur die Gewichtszunahme an, ondern es bessern sich auch die Allgemeinerscheinungen, die Unıhe, die Empfinlichkeit der Haut usw."

Auch R. Fischl erkennt in seiner vor kurzem erschienen "herapie der Kinderkrankheiten" die Bedeutung der peristolischen ınktion in der Pathogenese der physiologischen Brechneigung des ngen Säuglings und bei der Entstehung des habituellen und pyloroastischen Erbrechens an und bezeichnet die Breivorfütterung „auf rund einer ausgedehnten Erfahrung als die Methode der Wahl." zerny-Keller äußern sich ganz ähnlich; auch sie bestätigen, ıß dem Säugling vorerst die Peristole fehlt und daß sie nach der orfütterung von konzentrierter Kost rasch eintritt. „Das Wesentihe an der Beobachtung ist, daß eine solche Beeinflussung des agens in vielen Fällen zum Erlöschen des Erbrechens bei den rustkindern führt." Und weiter an anderer Stelle: „Wir können esen Vorschlag von Epstein, einen Versuch, mit der Breiorfütterung zur Bekämpfung des Erbrechens der Brustkinder zu ıchen, nur empfehlen, weil es tatsächlich oft gelingt, auf diese ıfache Weiles das lästige Symptom des Erbrechens zu beseitigen."

Ibrahim spricht sich in demselben Sinne aus, wenn er vor rzem im Handbuch der gesamten Therapie von Guleke, enzoldt und Stintzing sagt: „Bei Brustkindern braucht man egen des habituellen Erbrechens nicht abzustillen. Hier lassen sich vorzügliche Erfolge durch Breivorfütterung nach dem Vorılage von B. Epstein erzielen.

Eine sehr eingehende klinische Bearbeitung der Frage des bituellen Erbrechens verdanken wir Cozzolino, dem Direktor r Universitäts-Kinderklinik in Parma und Altmeister der italienisien Pädiatrie, der in einer ausführlichen Publikation (1925) seine enen Erfahrungen über das gewohnheitsmäßige Erbrechen der Säugge mitgeteilt hat. Er nimmt ganz besonders zu der Auffassung der ınzösischen Autoren Stellung, welche die Lues für die Ursache s habituellen Erbrechens beim Säugling halten, und lehnt diese schauung auf Grund seiner klinischen Erfahrung vollständig ab. ch gegen die Annahme von der anaphylaktischen Natur des Erechens wendet sich der Autor und er führt aus, daß diese Anıauung wohl schon aus dem Grunde unhaltbar ist, weil Breiıfütterung imstande ist, bei unveränderter Milchquelle das Erechen zu beseitigen. „Niemand wird aber wohl einem oder zwei ffeelöffelchen von Brei, vor jedem Trinken verabfolgt, einen gegen uenmilch antianaphylaktischen Wert beimessen." Gerade der eivorfütterung spricht Cozzolino einen ganz besonderen theraıthischen Wert zu. „Nachdem ich in den vergangenen Jahren mit ingen und unbefriedigenden Resultaten verschiedene andere Beıdlungsmethoden versucht hatte, die konzentrierte Ernährung mit begriffen, verwandte ich in den letzten Jahren ausschließlich die n B. Epstein im Jahre 1920 angegebene Breivorfütterung. Geıhnlich verordnete ich sonst kein Medikament, nur in zwei hartkigen Fällen wurde Atropin verabreicht. Im Ganzen können wir der Mehrzahl unserer Fälle gleich von den ersten Tagen der rreichung der breiigen Nahrung eine Verminderung des Erbrechens tstellen, die meist nach zwei Wochen recht erheblich war und in manchen Fällen schon vollständig und endgültig. In zwei Fällen schwand das Erbrechen so rasch (nach kaum 4 bzw. 2 Tagen!), daß es selbst den Eltern der Patienten als Wunder erschien (che venne giudicata miracolosa persino dagli stessi genitori.) Wir können uns einen so schnellen Effekt nicht anders erklären, als indem wir annehmen, daß die breiige Nahrung in der Art eines Katalisators dem Organismus des Säuglings ermöglicht, einen sozusagen toten Punkt zu überwinden, um mit einem Schlage die in Unordnung geratene motorische Funktion des Magens zu regeln." Er kommt zu dem Schluß: „Die beste diätetische Kur des habituellen Erbrechens bei Säuglingen ist die Breivorfütterung. Sie ist die nützlichste, bequemste, einfachste, sie ist praktisch leicht durchführbar, weil man sie den Müttern leicht anvertrauen kann, auch dann, wenn diese von der Ernährung des Säuglings nichts verstehen, ohne die Säuglinge von der Brust abzusetzen oder die Milchmenge einzuschränken! (La migliore cura dietetica dei vomiti abituali nei lattanti e quella preconizzata da B. Epstein. Essa e la piu utile, la piu comoda, semplice, pratica perche affidabile nelle mani delle stesse madri allatanti anche quando esse sieno affate sfornite di cognizioni sull' alimentazione del lattante, senza allontanare o ridurre l'allattamento als seno (cio che sarebbe erroneo e dannoso), anzi favorendo la digestione ed assimilazione del latte muliebre, cosi comme ampiamente emerge dalle nostre constatazioni.) Diese diätetische Behandlung ist weiter ein Prüfstein, mittelst dessen der luetische Ursprung und die anaphylaktische Entstehungsweise des gewohnheitsmäßigen Erbrechens ausgeschlossen werden kann." Auch die theoretischen Grundlagen erkennt Cozzolino vollständig an, die peristolische Funktion hält er für den maßgebenden Faktor bei der Entstehung und Heilung des habituellen Erbrechens. Die Rumination ist nach ihm in ihrer Entstehung und therapeutischen Beeinflußbarkeit dem habituellen Erbrechen sehr ähnlich.

Auch Finkelstein hat sich dieser Anschauung von der Pathogenese des habituellen Erbrechens und des Pylorospasmus voll und ganz angeschlossen. Er sagt ausdrücklich, daß der Nutzen des Breies nur den höchsten Grad einer erwünschten Beeinflussung der motorischen Magenverhältnisse darstellt, die parallel der Konzentration der Nahrung sich geltend macht. Ebenso wie ich den Erfolg der Breifütterung für einen Beweis für die Richtigkeit der theoretischen Grundlagen halte, auf der sie aufgebaut wurde, ist auch Finkelstein der Meinung, daß „beim habituellen Erbrechen diese am therapeutischen Effekt kenntliche Beeinflussung so regelmäßig einträte, daß der Schluß zwingend ist, es handle sich hier um eine spezifische Einwirkung auf den das Brechen verschuldenden Mechanismus." Auch er weist jetzt der Peristole die Hauptbedeutung bei der Entstehung und Behandlung des gewohnheitsmäßigen Brechens zu, die noch in der zweiten Auflage seines „Lehrbuches der Säuglingskrankheiten" (1921) keine Erwähnung gefunden hat, und er sagt ausdrücklich, „— daß — wie zuerst Epstein ausgeführt hat — zwischen der Stärke der Peristole und der Brechneigung ein bindender pathogenetischer Zusammenhang bestehen muß." Die Anschauung scheine begründet, daß das Erbrechen durch einen gewissen Grad der Spannung der Magenwand ausgelöst wird, und daß die Heilwirkung der konsistenten Kostformen auf der Spannungsverminderung infolge der peristolischen Zusammenziehung und Tonuserhöhung beruht. „So angesehen", sagt Finkelstein, „vereinfacht und vereinheitlicht sich die Pathogenese der verschiedenen Formen des habituellen Erbrechens. Der Hypertoniker neigt zum Brechen, weil offenbar seine hypertonische Magenwand schon auf geringe Dehnung mit lästigem Spannungsgefühle reagiert, der Atoniker, weil umgekehrt schon mäßige Belastung zu maximaler Dehnung führt. Und die Aerophagie erscheint nicht mehr als Ursache des Brechens, sondern nur als ein nebensächliches Moment der Magenschlaffheit." Finkelstein ist der Anschauung, daß „das Erbrechen durch einen gewissen Grad der Spannung der Magenwand ausgelöst wird und daß die Heilwirkung der konzentrierten Kostformen auf der Spannungsverminderung infolge der peristolischen Zusammenziehung und Tonuserhöhung beruht. Große und größte Magen- und Luftblasen finden sich bei vielen Kindern, aber nur ein Bruchteil von ihnen bricht; das weist darauf hin, daß bei gleichem Grad der Spannung der Brechreflex hier leichter anspricht als dort und zwingt zur ergänzenden Annahme einer erhöhten Empfindlichkeit gegen das Spannungsgefühl beim habituellen Erbrechen. Eine pathologische Reflexerregbarkeit im vegetativen Nervensystem gilt als typisches Symptom der Neuropathie und tatsächlich lassen sich

bei den habituellen Brechern noch andere Symptome nachweisen, die die Gegenwart einer neuropathischen Konstitution sicherstellen." Mit dieser Auffassung ist aber die Tatsache nicht vereinbar, daß Verringerung der jedesmaligen Nahrungsmenge durch häufige Verfütterung kleiner Mahlzeiten, was doch das Spannungsgefühl verringern müßte, in diesen Fällen nicht zum Ziele führt. Es hat auch bei den meisten Fällen habituellen Erbrechen nicht den Anschein, als ob die Kinder vor dem Brechakt Schmerzen oder ein unangenehmes Spannungsgefühl empfinden würden, sondern es scheint, als ob sie sozusagen triebhaft sich bemühten, die aufgenommene Nahrung wieder herauszupressen.

Auch Reuß scheint von der Breivorfütterung befriedigt zu sein, wenn er auch auf das Theoretische nicht näher eingeht. Er möchte auch beim habituellen Erbrechen unter allen Umständen am allaîtement mixte festhalten und neben dem Brei stets in irgendeiner Form Frauenmilch verfüttern lassen. „In neuerer Zeit", sagte er, „wird diese Methode der Breizufütterung nicht nur beim pylorospastischen Erbrechen, sondern auch bei leichteren Formen des Brechens der Brustkinder mit gutem Erfolg in Anwendung gebracht (B. Epstein). Das so überaus lästige Erbrechen tritt nicht ein, wenn man vor jeder Brustmahlzeit zwei bis drei Löffel Mehl- oder Griesbrei gibt. Ich mache von der Breivorfütterung in Fällen von hartnäckigerem Erbrechen Gebrauch, wo letzteres das Gedeihen des Kindes beeinträchtigt und Aenderungen der Stilltechnik ohne Einfluß sind." Und an einer anderen Stelle: „Beim Erbrechen ist die Verabreichung von Brei mitunter von ausgezeichneter Wirkung, am besten als Vorfütterung beim jedesmaligen Anlegen. Die Methode ist auch bei jungen Säuglingen anwendbar. Im gleichen Sinne sprechen die Mitteilungen von Nobel und Behrendt.

Ich habe aus der Reihe der zustimmenden Autoren nur jene hervorgehoben, deren Urteil mir besonders eindeutig und maßgebend erschien. Die Zahl der Bestätigungen der theoretischen Voraussetzungen und der praktischen Erfolge der Breivorfütterung ließe sich noch vermehren. Im Folgenden seien noch einige Autoren angeführt, die zu Ergebnissen gekommen sind, die zu den vorstehenden, zustimmenden Urteilen im Widerspruch stehen. Sie sind vereinzelt geblieben. Hierher gehört nur indirekt die Publikation von Rühle über „drei Fälle von Aspirationstod bei Säuglingen nach Breifütterung", die davor warnen sollen, „wahllos jungen, selbst gesunden Säuglingen Breikost zu verabreichen." Diese an und für sich verdienstvolle Publikation ist sicher vielfach mißdeutet worden. Auch ich bin der Ansicht, daß einem jungen Säugling „nicht ohne bestimmte Indikation", wie Rühle sagt, Breinahrung verfüttert werden soll. Daß das habituelle Erbrechen mit Körpergewichtsabnahme und der Pylorospasmus häufig genug das Leben der jungen Säuglinge bedrohen und daher Indikation genug sind, darüber gibt es wohl keinen Zweifel. Die Breivorfütterung wäre gerade im Sinne von Rühle wärmstens zu befürworten, da sie das Absetzen eines jungen Kindes von der natürlichen Ernährung (Fall 2 von Rühle) „das bisher gut an der Brust getrunken hat", auf Mondaminbrei unnötig macht und schon durch Vorfütterung einer wesentlich kleineren Menge (1—3 Kaffeelöffel) vor jedem Trinken bei weiterem Stillen zur Heilung führt. Die beiden anderen Fälle betreffen einen 4½ bezw. 5 Monate alten Säugling mit einem Körpergewicht von 6000 bezw. 4600 g, also schon Kinder, bei denen gewöhnlich nach den heute allgemein gültigen Regeln der künstlichen Ernährung wenigstens einmal täglich konzentrierte Kost verabreicht wird. In einem dieser beiden Fälle war die schwere luetische Coryza und der schlechte Allgemeinzustand schuld daran, daß die Nahrung aspiriert wurde, zumal „das Kind nur mit größten Schwierigkeiten zu füttern war" und ausschließlich konzentrierte Kost verabreicht werden mußte, um ausreichende Nahrung in möglichst kleinen Mengen zuzuführen." Es wird sich wohl empfehlen, das in Zukunft auf Grund dieser Erfahrung bei schwer behinderter Nasenatmung zu unterlassen, und zwar auch beim älteren Säugling. Diese drei von Rühle mitgeteilten Fälle sprechen also meiner Ansicht nach nicht gegen, sondern für die Breivorfütterung, da diese es ermöglicht, bei strengen Indikationen statt der vorher üblichen großen Mengen von Breinahrung kleinere bei ungeschmälertem therapeutischen Erfolge zu verfüttern, die noch dazu von einer großen Menge nachgetrunkener Frauenmilch bedeckt werden. Auffallend ist, daß die angewandte Breinahrung bei Rühle zweimal mit Mondamin hergestellt worden war und es wäre möglich, daß gerade die zähe schmierige Konsistenz des Mondaminbreies bei der Aspiration eine Rolle spielt. Wir haben jedenfalls einen solchen Zwischenfall noch nicht erlebt, obzw wir reichlich von der Breifütterung Gebrauch machen und sie au aus anderen Indikationen beim Brustkind anwenden, wie ich sein zeit (1922) genau angegeben habe. So konnte ich berechnen, d in den letzten Jahren an unserer Klinik durchschnittlich 50 000 60 000 Kaffeelöffel Brei in Form von Breivorfütterung verabrei wurden, ohne daß wir auch nur die geringste Schädigung beobach hätten, die an Aspiration hätte erinnern können.

Um so erstaunlicher ist es, wenn R. Lederer in seiner kürzl erschienenen Publikation „Die Ernährung des Säuglings an d Brust" im Anschluß an die Breivorfütterung sagt: „Es sind jed in neuerer Zeit Fälle beschrieben worden, in denen junge Säuglin an der dicken Breikost erstickten, so daß es den Anschein hat, ob diese durch einige Jahre geübte Methode wieder verlass würde." Ueber seine eigenen Erfahrungen teilt Lederer nic mit. Das ist um so weniger verständlich, als derselbe Autor ein pa Zeilen früher das von Moll angegebene Verfahren, die milchfr Ernährung mit Kakesbrei ohne Bedenken empfiehlt, bei der gleichfa eine nicht minder breiige Nahrung verfüttert wird. Auch hier w Kakesmehl mit Wasser zu einem dicklichen Brei verkocht, ges und den Kindern verabfolgt. Lederer meint selbst, daß d Prinzip dieser Behandlung nicht im Sinne von Moll in seiner Mil freiheit besteht — und ich möchte mich ihm da vollständig a schließen — sondern in der breiigen Konsistenz der Nahrung. Da sei ein „prinzipieller Punkt für die Aetiologie des schweren E brechens berührt. Es scheint, daß die gesteigerte Peristaltik hera gesetzt oder sogar so weit ganz aufgehoben werden kann, we man durch Einbringung halbfester Nahrung die Magenwand gleichs zwingt, sich um den Nahrungsklumpen zusammenzuziehen. We er also auch die Bezeichnung „Peristole" nicht gebraucht, und st dessen von Peristaltik spricht, so scheint Lederer die von mir gebene Erklärung für die günstige Wirkung der konzentrierten K doch anzunehmen. Ich glaube also, daß die Fälle von Rüh auf die Breivorfütterung selbst keinen Bezug haben, sondern wie oben ausgeführt habe, eher für die Breivorfütterung sprechen u daß damit auch die Bedenken Lederers fallen, die sich nicht eigene Erfahrungen, sondern lediglich auf diese Beobachtung stützen.

Schließlich sei noch eine Mitteilung von Herz aus der Kind klinik der medizinischen Akademie in Düsseldorf erwähnt. He berichtet über 52 Fälle von Pylorospasmus, unter denen nur ein ein Fall von Breivorfütterung angeführt ist. Wie aus der Tab ersichtlich ist, handelt es sich um ein 5 Wochen altes Kind, zehnmal Frauenmilch mit Breivorfütterung bekam, daneben Pa verin, zweimal täglich Magenspülung mit Tropfeinlauf und 48 Tage nach der Aufnahme an Pneumonie zugrunde ging. So wird kein Fall von Breivorfütterung mitgeteilt. Inwieweit di Therapie in diesem Falle versagt hat, ist aus der Publikation n ersichtlich, um so weniger als Herz ausdrücklich hervorhebt: „ haben keinen einzigen Fall der rein intern behandelten Patienten einer Ernährungsstörung bezw. an Pylorospasmus verloren. Da hat die rein diätetische Behandlung des Pylorospasmus ihre rechtigung erwiesen." Obwohl ein anderer Fall von Breivorfütter nicht mitgeteilt wird und auch in der Tabelle, auf der die 52 handelten Fälle angeführt sind, nicht aufzufinden ist, kommt He zu dem ablehnenden Urteil: „Von der vielfach gerühmten B vorfütterung hatten wir keinen überzeugenden Erfolg und sind da völlig davon abgekommen."

Wenn ich also die Literatur der letzten Jahre überblicke, kann ich wohl feststellen, daß die guten Erfolge, die mit der B vorfütterung erzielt wurden, und die zustimmenden Berichte, von den verschiedensten Seiten und von maßgebenden Ste bekanntgeworden sind, dafür sprechen, daß diese Methode sich währt hat, und sie sind eine sichere Gewähr dafür, daß sie sich a weiter einbürgert. **Die Bedeutung der peristolisch Funktion des Magens für die Entstehung u Behandlung des habituellen Erbrechens, auf d diese Therapie aufgebaut ist, ist von all Autoren, die sich in den letzten Jahren mit d Frage des habituellen und pylorospastischen E brechens befaßt haben, einmütig anerkan worden.**

Literaturverzeichnis:

Levent und Barrel: Bericht über den III. internat. Kongreß für Säugl pflege.

Stiller: Die asthenische Konstitutionskrankheit. Stuttgart 1907.
Flesch und Péteri: Zschf. f. K. 1911, Bd. 2.
Theile: Zschf. f. K. 1917, Bd. 15.
Usener: Zschf. f. K. 1912/13, Bd. 5.
Rogatz: Zschf. f. K. 1924, Bd. 38, S. 1, und Americ. Journal of Diseases of Children 1924, Vol. 28, S. 53, 69, 582.
Czerny-Keller: Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Berlin 1925. II. Aufl.
Fischl: Therapie der Kinderkrankheiten. II. Auflage. Berlin 1927.
Finkelstein: Lehrbuch der Säuglingskrankheiten, II. Auflage, Berlin 1921, und Therapie der Gegenw. 1925, 66. Jahrg., 5. Heft, S. 212.
Marfan: Le nourrisson 1919, H. 2.
Dollinger: D. m. W. 1922, Nr. 52, S. 1726.
Weill, L. und C. Gardère: Lyon. médic. 1900, H. 95, S. 505, und Gaz. des Hôp. 1901, S. 1069 und 1097.
Cozzolino: La clinica Pediatrica 1925, Jahrg. 7, Heft 8.
Gerstl: Med. Klin., Festschrift für Fischl, XXI. Jahrg. 1925.
Hotz: Schweiz. Med. Wochenschr., Jg. 55, Nr. 49.
Epstein, B.: J. f. K. 1920, Bd. 93, S. 360, und J. f. K. 1922, Bd. 98, H. 1/2, S. 85.
Meyer, L. F.: Diagn. und therap. Irrtümer und deren Verhütung. Kindheilkunde, II. Heft. Leipzig 1924.
Ibrahim: Handbuch der ges. Therapie v. Guleke, Penzoldt und Hintzing.
Lederer, R.: Ernährung des Säuglings an der Brust. Springer, Wien 1926, S. 79.
Reuss, A.: Med. Klinik 1923, H. 17, S. 566, Jahrg. 19.
Rühle: Mon. f. K. 1924, Bd. 28, H. 3.
Herz: Z. f. K. 1925, Bd. 40, 1. u. 2. Heft, S. 83.
Behrendt: Fortschr. d. Med. 1922, 40. Jahrg., S. 454.

Mitteilungen.

III. Lehrgang über Wohlfahrtspflege in deutschen Kurorten in Kolberg 13. bis 16. Juni 1927.

Von

Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg,
Generalsekretär der Balneologischen Gesellschaft.

Die Kolberger Lehrgänge über Wohlfahrtspflege in deutschen Kurorten haben sich zu einer ständigen Einrichtung entwickelt, und bei jedem Lehrgang festigt sich der Eindruck, daß sie eine Notwendigkeit sind und für die Zukunft unseres Bäderwesens wie der Volksgesundheitspflege eine nicht zu unterschätzende Bedeutung haben. Kolberg ist eins der wenigen Bäder, die rechtzeitig erkannt haben, daß die gute alte Zeit nicht so schnell wiederkehren wird, wie Optimisten hoffen zu dürfen glauben, und daß die Bäder gut tun, wenn sie die Zeichen der Zeit erfassen und sich auf die soziale Seite des Bäderwesens stärker einstellen. Aus diesem Gedankengange heraus ist Kolberg eins der führenden Bäder auf dem Gebiete der sozialen Bäderfürsorge geworden. Seine Heilstätten sind als mustergültig anerkannt. Sie bringen Kolberg eine stattliche Besucherzahl und haben in Kolberg den ganzjährigen Betrieb durchführen lassen, die einzige Möglichkeit, die wirtschaftliche Seite unserer Bäder auf eine gesunde Basis zu stellen. Der Besuch des Kolberger Lehrganges war recht gut, vor allem von seiten der Medizinalbeamten und Sozialhygieniker.

In dem einleitenden Vortrag betonte Ministerialdirektor Wirkl. Geh. Ob. Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich (Berlin) die Bedeutung der wissenschaftlichen Bäderkunde auch für die wirtschaftliche Seite der Bäder. Die Aufgabe der wissenschaftlichen Bäderkunde liegt darin, das Wesen der Heilquellen und des Klimas zu erfassen, um diese Heilschätze richtig anzuwenden und um die Aerzte in die Lage zu bringen, ihre Patienten in die richtigen Kurorte zu weisen. Eine Förderung der Bäderwissenschaft durch den Staat und die Länder ist eine wichtige Aufgabe der nächsten Zukunft. — In unserer Zeit, die nach den schweren Schädigungen der Volksgesundheit von allen Schichten der Bevölkerung eine Erhöhung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit verlangt, waren die Ausführungen von Prof. Dr. Rießer (Greifswald) über die Physiologie der körperlichen Leistungen hochinteressant; vor allem wurde die Rolle der Sauerstoffzufuhr in den Muskel für die Erholung gekennzeichnet. Ein ähnliches Thema behandelte Stadtmedizinalrat Dr. Schnell (Halle a. S.) in einem Vortrage über die biologischen Grundlagen der Leibesübungen, in dem er vor allem den Beweis dafür erbrachte, daß es nicht so auf das quantitative Nahrungsgebot ankommt, als auf die richtige Ausnützung der Ernährung, und für diese richtige Ausnützung der Ernährung ist eine zweckmäßige genau dosierte Leibesübung grundlegend. — Prof. Dr. Klotz (Lübeck) bestätigte die Untersuchungen von Prof. Franz Müller (Berlin), daß zwischen der Ostsee und der Nordsee in ihrer Einwirkung auf den kranken und erholungsbedürftigen Organismus kein nennenswerter Unterschied besteht, und daß das Märchen, Kranke gehörten zur Kur an die Nordsee, während die Ostsee für Erholungsbedürftige, die nur ihr Vergnügen suchten, da sei, endlich über Bord geworfen werden müsse. Das Klima der deutschen Meeresküste fördert den Stoffwechsel und bessert die Blutbeschaffenheit. —

Dr. Hänisch (Kolberg) grenzte die rheumatischen Erkrankungen der Muskeln von ähnlichen Erkrankungen ab und schilderte den günstigen Einfluß der Seebäder auf sie, insbesondere in der glücklichen Kombination mit Solbädern, wie sie Kolberg zeigt. — Das alte Thema der Ferienfrage erörterte Prof. Dr. Lewandowski (Berlin-Grunewald). Er schlug vor, wie es früher in Süddeutschland üblich war, im Juli, August und September eine mehrmonatliche Ferienpause nach dem Jahresschluß eintreten zu lassen und das neue Schuljahr mit dem 1. Oktober zu beginnen. Damit könnte man auch unsere Kurorte stärker in den Dienst der Erholung und Genesung der Schulkinder stellen. — Das Rettungswesen an der See besprach Oberregierungsrat Dr. Schopohl (Berlin) und stellte Leitsätze auf, nach denen die Rettungsvorkehrungen an der See eingerichtet werden müssen. Beim Ertrinkenden sind die Chancen innerhalb einer Minute gut, in der zweiten fraglich und in der dritten Minute recht bedenklich. — Genaue Erhebungen haben Oberregierungsrat Dr. Behrend (Berlin) dahin geführt, daß der große Ausfall in unsern Kurorten duch das Fehlen der Ausländer und den wirtschaftlichen Verfall des Mittelstandes dadurch wieder gut gemacht würde, daß die Wohlfahrtspflege sich stärker als früher der Entsendung von Kranken und Erholungsbedürftigen in die Kurorte angenommen hat. — Von großem Interesse waren die Ausführungen von Oberregierungs- und Medizinalrat Dr. Ostermann (Berlin) über die Mittelstandskuren. Er gab seinem lebhaften Bedauern Ausdruck, daß die Badeverwaltungen den von der Balneologischen Gesellschaften ins Leben gerufenen Mittelstandskuren zum großen Teil nicht das Verständnis entgegengebracht haben oder entgegenbringen wollten, das sie verdienen und daß es wünschenswert wäre, gerade diese Art der Mittelstandskuren mit einer Zentralisierung und nach den Richtlinien der Balneologischen Gesellschaft wieder aufzunehmen, schon um Auswüchse, die sich hier und da zu zeigen beginnen, unmöglich zu machen. — Oberregierungs- und Medizinalrat Prof. Dr. R. Lennhoff (Berlin) führte in einem historisch und gegenwärtig interessanten Vortrag auseinander, daß die alten Bestrebungen, Krankenhäuser zu entlasten, besonders dadurch wieder zeitgemäß geworden sind, daß die Krankenhäuser mehr wie früher viele Kranke aufnehmen müssen, für die die moderne Apparatur der Krankenhäuser ein kostspieliger Luxus ist, da sie das Krankenhaus aus Wohnungsgründen und anderen Veranlassungen aufsuchen, die aus dem Milieu und den sozialen Verhältnissen der Zeit erwachsen. Für diese Kranken und Rekonvaleszenten wäre es zweckmäßiger, sie aus den Krankenhäusern zu entfernen, um krankenhausbedürftigen Patienten Platz zu schaffen, da ja bei den schwierigen wirtschaftlichen Verhältnissen unserer Zeit Krankenhäuser nicht so leicht gebaut werden können. Diese Kranken und Rekonvaleszenten könnten sehr gut in die Bäder abgeschickt werden, wobei aber der Bau von neuen Heimen zu vermeiden sein wird, da die Beschickung und Verwertung der bestehenden Einrichtungen sich als zweckmäßiger und rentabler erweisen dürfte. — Auf die Notwendigkeit der Tuberkulosefürsorge in Kurorten und Sommerfrischen wies Dr. Helm, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose (Berlin) hin. Nicht die Lungenheilanstalten sind eine Gefahr für die Umgebung, sondern die größere Ansteckungsgefahr bieten diejenigen Kranken, die ihre Tuberkulose verheimlichen, und diejenigen Kurorte, die in einer unverantwortlichen Vogel-Strauß-Politik die Tuberkulose ihrer Kranken nicht sehen wollen. — Einen schönen Einblick in die Tätigkeit des Landeswohlfahrtsamtes und die Entsendungsfürsorge der Provinz Pommern, die in Deutschland führend ist, gab deren Leiter, Oberregierungs- und Medizinalrat Dr. Bundt (Stettin). — Drei Kolberger Aerzte brachten einen gediegenen Ueberblick über die Behandlung der verschiedenen Formen der Tuberkulose in Kolberg, das durch seine Kombination von Sole und See dazu berufen ist, auf diesem Gebiete führend zu sein. — Dr. Behrend (Kolberg) zeigte die besonders günstigen Verhältnisse der Tuberkulosebehandlung an der Ostsee. Für die chirurgische Tuberkulose käme im Sommer die See mit ihren Reizwirkungen in Frage, während im Winter die Solbäder ihre Dienste ausgiebig entwickeln können. Der große Vorteil der Ostseeküste ist ihre Verschiedenheit hinsichtlich der Strandbildung, und ihr kostbarer Besitz, der Laub- und Nadelwald. Beide Faktoren lassen Abstufungen vom Reizklima bis zum Schonungsklima zu, und bei richtiger Auswahl des Ortes ist bei jeder Form der Tuberkulose der geeignete Kurort an der Ostsee zu finden. — Dr. Kalb (Kolberg) zeigte, daß die chirurgische Tuberkulose keine lokale Krankheit ist, sondern die örtliche Betonung einer allgemeinen Tuberkulose. Ihre Behandlung an der See ist darum umso leichter möglich, als man die allgemeine Tuberkulose günstig beeinflußt und damit gegen die örtliche Tuberkulose besser vorgehen kann. Während man früher alle Fälle von chirurgischer Tuberkulose operierte, operiert man heute scheinbar zu wenig. Das beste wäre schon die Behandlung mit Solbädern und Klima, allerdings mit Unterstützung durch die Chirurgie, wenn

die Notwendigkeit dazu sich zeigt. — Dr. Fabian (Kolberg) gab einen klaren Ueberblick über die verschiedenen tuberkulösen und skrofulösen Erkrankungen des Auges, insbesondere in ihrer sozialen Bedeutung. Sie werden leider gewöhnlich übersehen und unterschätzt und kommen dadurch zu spät zur ärztlichen Behandlung. Unter den verschiedenen Formen der tuberkuloseerkrankten Kinder, welche die Kolberger Heilstätten aufsuchen, zeigen nicht weniger als 10% eine Mitbeteiligung der Augen, eine Zahl, die zu denken gibt.

Die Nachmittage waren den Besichtigungen der Kolberger Heilstätten unter Führung ihrer Anstaltsärzte gewidmet, die allgemeines Interesse und auch allgemeine Anerkennung beanspruchen. Dr. Behrend (Kolberg) übernahm die Führung durch das christliche Kurhospital und die Kinderheilstätte Siloah, Dr. Groß durch das jüdische Kurhospital, Dr. Hille durch das Berliner Sommerheim und Brandenburgische Seehospiz, Dr. Otto durch das St. Martinsbad. Ferner führte Dr. Fritz Brandt die Kursteilnehmer durch die neu geschaffene Reinke-Waldpflegestätte in Schülerbrink, die den prächtigen Enderfolg der jahrzehntelangen Bestrebungen des Nestors der Kolberger Aerzteschaft Geheimrat Dr. Reinke darstellt, neben der Sole in Kolberg auch das Seeklima i nden Dienst der Krankenbehandlung zu stellen. Auch die Führung durch das idyllische Bad Henkenhagen durch seinen Badearzt Dr. Kusick fand allgemeine Anerkennung.

Kursus über exotische Pathologie und medizinische Parasitologie.

Im Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg wird vom 3. Oktober bis 17. Dezember 1927 ein Kursus über exotische Pathologie und medizinische Parasitologie abgehalten.

Der Kursus umfaßt Vorlesungen, Demonstrationen und praktische Uebungen über Klinik, Aetiologie, Uebertragung, pathologische Anatomie und Bekämpfung der exotischen Krankheiten, Einführung in die pathogenen Protozoen, medizinische Helminthologie und Entomologie, exotische Tierseuchen und Fleischbeschau, Schiffs- und Tropenhygiene. Mitbringen von Mikroskopen erwünscht. Ausführliche Prospekte auf Anfragen.).

Vortragende sind: B. Nocht, F. Fülleborn, G. Giemse, F. Glage, M. Mayer, E. Martini, P. Mühlens, E. Paschen, E. Reichenow, H. da Hocha-Lima, K. Sannemann, W. Weise.

Auf Wunsch können die Teilnehmer sich am Schluße des Kursus einer Prüfung in „Tropenmedizin und medizinischer Parasitclogie" unterziehen und erhalten darüber ein Diplom.

Anmeldungen sind möglichst bis spätestens 1. Oktober d. Js. an das Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Hamburg 4, Berhardstraße 74, zu richten.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 30, 23. Juli 1927.

Beitrag zur Pathologie des Asthma bronchiale. Es werden zwei Fälle von echtem Asthma bronchiale mit Tod im Anfall durch Erstickung klinisch und pathologisch-anatomisch beschrieben.

Bei beiden Fällen findet sich in der Therapie die Anwendung von Morphium (0,04, keine Gewöhnung) und Morphiumscopolamin (0,02 und 0,0005), was mit dem Tode in ursächlichen Zusammenhang gebracht wird. Es wird aber davor gewarnt, im schweren asthmatischen Anfall größere Dosen Morphium anzuwenden!

Der erste Fall weist besonders starke Schleimsekretion der mittelgroßen Bronchien auf, der zweite Fall verhältnismäßig geringe Schleimsekretion. Es wird die Möglichkeit erwähnt, daß die Pathogenese des asthmatischen Anfalls überhaupt bei verschiedenen Fällen entweder vorwiegend in stark vermehrter Schleimsekretion der Bronchien oder — in anderen Fällen — vorwiegend in einem Muskelspasmus zu suchen ist.

Die Eosinophilen entstehen beim Asthma bronchiale sicher nicht in der Lunge oder in den bronchialen Lymphknoten. Denn einmal beobachtet man nur ganz ausnahmsweise eosinophile Leukozyten mit nur einem runden Kern — fast alle Eosinophile in der Bronchialwand und in den bronchialen Lymphdrüsen sind segmentkernig —, und ferner sieht man niemals Uebergangsformen von anderen Zellen in Eosinophile. Die Eosinophilen sind also im asthmatischen Anfall aus dem Blute in die Bronchialwand ausgewandert.

In beiden Fällen findet sich Hyperthropie des rechten Herzens und Wandverdickung der mittelgroßen Pulmonalarterien als Folge übermäßiger Beanspruchung des Lungenblutkreislaufs beim Asthma bronchiale.

Im ersten Fall findet sich eine frische Lungenphthise, im zweiten ein Reinfekt in der Lungenspitze.

Thymus persistens im ersten Fall.

Poliklinische Erfahrungen über die Behandlung des Diabetes mellitus mit Synthalin. In einigen Fällen — nicht ganz der Hälfte — war eine deutliche Einwirkung des Synthalins auf den Nüchternblutzuckerspiegel und auf die Zuckerausscheidung im Urin festzustellen. Darüber hinaus war ebenfalls deutlich in 2 Fällen eine Erhöhung der Kohlenhydrattoleranz durch Synthalin zu erzielen.

Eine sichere Unterscheidung darüber, wer Synthalin verträgt und wer nicht, kann weder nach der Unterscheidung in schwere, mittelschwere und leichte Fälle der alten Klinik noch nach der Unterscheidung von R. Schmidt in sthenischen und asthenischen Diabetes mit Sicherheit gegeben werden. Es scheint sich bezüglich der Verträglichkeit um Menschen mit mehr oder minder empfindlichem Magen-Darmtraktus zu handeln; unter dem Material des Verfassers waren offenbar über die Hälfte mit sehr empfindlichem Magen-Darmtraktus begabt.

Wo trotz schlechter Verträglichkeit eine Wirkung erzielt wurde, hält es Verfasser für wahrscheinlich, daß durch Erbrechen und Durchfälle die Kohlenhydrate nicht resorbiert wurden, wodurch in diesen Fällen der Effekt erreicht wurde, unbeschadet der klinisch und experimentell erwiesenen hypoglykämisierenden Wirkung des Synthalins. Thill bestätigt die kumulierende Wirkung des Synthalins. Eine individuelle Dosierung und eine Probedosis ist unbedingt erforderlich. Die großen Dosen des Schemas konnte Verfasser nur in ganz wenigen Fällen verabreichen. Trotz Probedosis und anfänglicher guter Verträglichkeit konnte Thill wie H. Strauss eine Spätdyspepsie (Kumulierung?) feststellen, so daß also auch das Vertragen eines mehrmaligen Turnus keine Garantie für die Dauerverträglichkeit bietet.

Bezüglich der Wirkung des Synthalin auf die Azetonurie gehen die Erfahrungen des Verfassers dahin, daß unter Umständen infolge der durch Synthalin verursachten Anorexie gelegentlich Azeton bei sonst nicht azidotischen Diabetikern auftreten kann. Bei Diabetikern mit Neigung zur Acetonkörperbildung wird von der Anwendung des Synthalins von vornherein abgeraten.

Zu einer Zugabe von Atropin oder Calcium carbonicum oder den anderen vorgeschlagenen Zusätzen, um die Verträglichkeit des Medikamentes zu verbessern, konnte sich der Verfasser bei den ambulant behandelten Patienten nicht entschließen in anbetracht dessen, daß es sich bei den dyspeptischen Erscheinungen um zentral bedingte toxische Reaktionen handelt.

Ueber den hypertonischen Diabetes. Es zeigte sich, daß der Diabetiker mehr als der Nichtdiabetiker zur Hypertonie und zur Arteriosklerose prädisponiert ist. Die Frauen zeigten in mancher Richtung ein anders Verhalten, als die Männer. Bei ihnen trat die Bedeutung des Klimakteriums deutlich in Erscheinung. Die adipöse Konstitution spielte eine erhebliche Rolle. Der hypertonische Diabetes ist in den meisten, jedoch nicht in allen Fällen, gutartiger Natur. Insulin hatte öfter nur eine geringe Wirkung. Der Verlauf der Arteriosklerose war weitgehend unabhängig von demjenigen des Diabetes, wenn es auch Zusammenhänge zwischen beiden Stoffwechselstörungen geben mag.

Erfahrungen mit der Tubendurchblasung. Aus den Ausführungen des Verfassers ergibt sich, daß in der Tubendurchblasung ein außerordentlich verläßliches Mittel gegeben ist, um eine Prognose der Behandlung stellen zu können. Bei negativen Ausfall der Durchblasung, die in Fällen von scheinbar unveränderten Tuben, nach evtl. Lösung von Verwachsungen bei offenem Bauch zu wiederholen wäre, kann man den Frauen leider nur sehr geringe Hoffnungen auf Nachkommenschaft machen. Die Lösung primärer Verklebungen durch vorsichtige Druckerhöhung scheint gute Resultate zu geben, wie 2 Fälle des Verfassers und 14 Frauen unter 43 derartigen Fällen, über die Graff berichtet, beweisen, aber nur

ann, wenn die Tuben bei der ersten Durchblasung einwandfrei urchgängig werden.

Ueber den therapeutischen Wert der Tubendurchblasung sind ie Ansichten noch sehr geteilt. Verfasser hat nicht den Eindruck, aß durch wiederholte Durchblasungsversuche Erfolge zu erzielen nd, ebenso lehnt Graff Durchblasungsversuche zu therapeutischen wecken als nutzlos ab, zumal die Möglichkeit einer Schädigung cht absolut ausgeschlossen ist.

Zu diagnostischen Zwecken jedoch sollte jede Sterilitäts-ehandlung mit einer Tubendurchblasung eingeleitet werden, selbst enn man bei der bimanuellen Untersuchung den Eindruck ver-nderter Tuben hat, falls nicht eine Kontraindikation den Eingriff erbietet.

Harnsäurestoffwechsel und Insulin. Aus den von den Ver-ssern erhobenen Befunden geht hervor, daß unter Anwendung on Insulin in kleinen Dosen die Ausscheidung der exogenen Harn-ure bei Personen sonst normaler Harnsäureausscheidung eine erzögerung solchen Grades aufweist, wie sie sonst nur zu Harn-iureretention besonders neigende Kranke aufweisen.

Auf Grund dieser Feststellungen halten die Verfasser bei ngeren Insulinkuren eine Beschränkung der Purinzufuhr für an-ezeigt. Wo diese nicht durchführbar ist, dort können die Insulin-iren hie und da unterbrochen werden. In den Fällen, wo die von sulinanwendung begleitete Belastung der Belastung ohne Insulin orausging, wurde bemerkt, daß die durch Insulin hervorgerufene eigung des Organismus zur Harnsäureretention nach der Unter-echung der Insulindarreichung aufhört.

Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 30, 22. Juli 1927.

Ueber die Avertin-(E 107-)Narkose im Kindesalter. Verfasser at bisher 124 Narkosen mit Avertin ausgeführt, von denen 88 gut der ausreichend, 13 mit etwas störender motorischer Unruhe ver-efen und 23 Versager waren. Letztere beruhen zum über-iegenden Teil auf dem mehrfach erwähnten vorzeitigen Aus-essen des Mittels. An den Extremitäten und am Kopf lassen sich e Eingriffe besonders gut ausführen. Zwischen den verschiedenen ltersstufen ließen sich zahlenmäßig keine Unterschiede be-chnen, es gab gute und mangelhafte Narkosen bei allen Altern wischen 5 Wochen und 14 Jahren. Unter den chirurgischen Ein-iffen imponierten besonders ein Fall von retrobulbärem Angiom d eine blutige Luxationsbehandlung mit großem Deutsch-nderschem Schnitt. Die Narkose bewährte sich gut bei ortho-idischen Eingriffen, wie Klumpfußredressionen, Behandlungen von einverbiegungen (Redressionen, Osteoklasen und Osteotomien) und esonders die angeborene Hüftgelenkverrenkung wo sie Verfasser e Ausschöpfung des Jodipinverfahrens erst ermöglichte. Im anzen ist die Zahl von 124 natürlich noch viel zu klein, um indende Schlüsse daraus zu ziehen, daher weist Verfasser be-nders darauf hin, daß seine Angaben und Anweisungen nicht den veck verfolgen, der allgemeinen Verbreitung des Verfahrens oder r der Freigabe des Mittels für den Handel schon jetzt das Wort reden, denn er ist nicht von ernsten Zufällen verschont ge-lieben. Wenn es gelingt, einen zuverlässigen Maßstab für die osierung zu finden, als wir ihn zur Zeit noch besitzen, so ist mit r Avertinnarkose, gerade für das Kindesalter eine wertvolle Be-icherung der Betäubungsmethoden gefunden worden.

Ueber ein adrenalinartiges Präparat. Die pharmakologische rüfung des P-oxyphenyläthanolmethylaminhydrochlorids ergab im esentlichen eine völlige Uebereinstimmung der Wirkungen dieses örpers mit denen des Adrenalins.

Das Präparat ist sterilisierbar und hält sich unverändert auch in alkalischer Lösung.

Die Dosis letalis bei weißen Mäusen beträgt 1,5—1,6 g pro Kilo.

Erfahrungen mit Coramin. Coramin (Pyridin-β-Karbonsäure-diäthylamid) verdient, wie dies aus den bisherigen Mitteilungen hervorgeht, ein ganz besonderes Interesse. Seine Wirkung auf den Blutdruck, die Atmung und das Herz übertrifft, wie auch tierexperimentell bewiesen wurde, diejenige des Kampfers. Einen Vorteil bedeutet seine antagonistische Wirkung gegenüber Morphium und — im Gegensatz zum Kampfer — die tonisierende Wirkung auf die glatte Muskulatur. Die Beobachtungen des Verfassers bestätigten die Erfahrungen der meisten Autoren, daß sich nach der Coraminanwendung eine auffallende Besserung des subjektiven Befindens der Kranken zeigte. Verfasser sah eine ähnliche eklatante Wirkung bisher vielleicht nur bei der intravenösen Strophantin- und Lobelinanwendung. Er hat bei der Coraminanwendung niemals eine schädliche Nebenwirkung des Präparates beobachtet. Im allgemeinen besteht der Hauptvorzug des Coramins in der intravenösen Anwendungsmöglichkeit, es ist dank des schnellen Wirkungseintrittes bei dieser Applikationsweise anderen Analeptika vorzuziehen. Das Präparat bewährte sich gut bei der Vorbereitung zu Operationen; hier verabreichte Verfasser 1—2 ccm Morphin und 1 ccm Coramin eine halbe Stunde vor dem Eingriff. Der Antagonismus des Coramins gegenüber Morphin erwies sich in diesen Fällen als eine wertvolle Eigenschaft. Die oft beobachteten unangenehmen Nebenwirkungen des Morphins blieben aus, und die Anzahl der Fälle, bei welchen in der Erregungsperiode und nach dem Erwachen Erbrechen oder gesteigerter Brechreiz einzutreten pflegte, war auffallend vermindert. Zuweilen gab Verfasser das Medikament per os; bei dieser Anwendungsmethode war in Fällen chronischer Herzinsuffizienz und Myodegeneratio eine Besserung der Arrhythmie und eine auffallende Aenderung des subjektiven Befindens der Patienten zu beobachten. In Fällen, wo der Blutdruck unter der Norm lag, zeigte sich ausschließlich bei der intravenösen Anwendung die günstige Wirkung des Coramins auf den Blutdruck. In einigen Fällen von Bronchitis, Stauungskatarrh und Pneumonie sah Verfasser eine gewisse Steigerung der Expektoration.

Neue Gesichtspunkte bei der klinischen Beobachtung von Perniziosakranken. Zur Beurteilung, in welchen Fällen man eine Blutarmut in kausale Beziehung zu intestinaler Dysfunktion setzen darf, bewährt sich am Krankenbett die Indikanprobe recht gut. Sie zeigt krankhaft gesteigerte Resorption im Darm an. Sie war in den vom Verfasser zitierten Fällen tatsächlich je nach dem Darniederliegen der Darmtätigkeit in wechselnder Stärke positiv. Schmidt hält es für gegeben, zur Auswahl der geeigneten Fälle sich der Indikanprobe zu bedienen und systematisch Erfahrungen an größerem klinischen Material über den Einfluß der funktionellen ebenso wie der mechanischen Motalitätsstörung zu sammeln. Gelegentlich seiner Untersuchnugen sah der Verfasser bei mehreren Perniziosakranken eigentümliche, braungelebe vitiligoartige, symmetrischen Bezirken entsprechende Pigmentationen, vor allem im Gesicht. Patienten gaben in diesen Fällen übereinstimmend an, daß diese Hautveränderungen schon lange vor der Erkrankung, manchmal schon seit frühester Jugend bestanden hätten.

Die Ergebnisse der Untersuchungen weisen darauf hin, daß auf dem Boden einer noch hypothetischen, konstitutionellen, endokrinen Minderwertigkeit die Entwicklung und Resorption von toxischen Substanzen im Intestinum die Rolle des krankheitsauslösenden Faktors spielen.

Nr. 31, 29. Juli 1927.

Der indische Nierentee Koemis Koetjing. Der indische Nierentee Koemis Koetjing ist eine einheitliche Droge, die von Orthosipon stamineus, einer Labiate Holländisch-Indiens, gewonnen wird. Die Pflanze wird in ausgedehntem Plantagenbau auf Sumatra gezogen, und die Pflanze kann daher in größter Reinheit und Zuverlässigkeit in den Handel gebracht werden.

Nach den Berichten indischer und europäischer Aerzte ist die Bezeichnung für die Droge „Nierentee" voll berechtigt, was auch

durch die Heilung einer schwer nierenkranken Frau unter Beobachtung des Verfassers bestätigt wird.

Die Droge enthält das Glykosid Orthosiphonin und viele Kalisalze.

Die experimentelle Untersuchung im Tierversuch hat die volle Ungiftigkeit der Droge erwiesen.

Versuche, die Verfasser an sich selbst und an Medizinalpraktikanten vornahm, ergaben einerseits die absolute Harmlosigkeit des Mittels, andererseits, daß Koemis Koetjing ein exquisites Diuretikum ist mit einer Wirkung, die insofern über die der sonstigen Diuretika hinausgeht, als durch den Nierentee die Harnmenge weit über das Angebot an harnbarem Wasser getrieben und mit der Steigerung der Harnflut auch die Kochsalzausscheidung gefördert wird.

Ueber Pemphigus vegetans. Verfasser spricht sich auf Grund eines Falles und des Studiums der Literatur betreffs der Aetiologie des Pemphigus vegetans dahingehend aus, daß man bei dieser Krankheit wohl ein abgeschlossenes klinisches Bild vor sich hat, das weder durch bestimmte Erreger noch durch bestimmte Erkrankungen des Zentralnervensystems hervorgerufen wird, sondern eine Folge von Störungen im inneren Organismus ist, mögen diese nun auf dem Gebiete des Stoffwechsels oder der inneren Sekretion beruhen, und das der Pemphigus vegetans nur ein Symptom für andere, im Körper sich abspielende Vorgänge ist. Es ist also jeder derartige Fall daraufhin auf das sorgfältigste zu untersuchen.

Für diese Anschauung spricht auch, daß wie z. B. Kohlenberger nachgewiesen hat, bei vielen Fällen von Pemphigus und Pemphigus vegetans Kochsalzretention nachgewiesen wurde. Daß auch bei anderen Hautkrankheiten ein Sistieren der Menstruation gefunden wurde, spricht nach Ansicht des Verfassers nicht gegen diese Annahme, da doch viele Hautkrankheiten durch Störungen des Gesamtorganismus, wenn nicht hervorgerufen, so doch wenigstens begünstigt werden.

Ueber Avertin in der Psychiatrie. Avertin wird überall dort besonders am Platze sein und vor anderen Mitteln den Vorzug verdienen, wo es sich darum handelt, möglichst rasch und unbedingt sicher einen schweren Erregungszustand zu bremsen. Das könnte z. B. gerade im Privathaushalt bei plötzlichem Ausbruch einer Geistesstörung der Fall sein. Wer das Unheil, die Ratlosigkeit, das Entsetzen gesehen hat, das ein erregter Geisteskranker in Familie und Nachbarschaft zu verbreiten vermag, wird dankbar für ein Mittel sein, mit dem er ohne Anwendung der zuweilen gefürchteten „Spritze", allein mittels eines harmlosen Einlaufs auch den schwersten Tobsuchtszustand innerhalb weniger Minuten mit Sicherheit zu bändigen vermag.

Damit im Zusammenhang steht die Verwendungsmöglichkeit des Medikaments bei Ueberführung Geisteskranker in die Anstalt. Gegen die „Spritze" wehrt sich der Kranke oft genug; einem einfachen Einlauf „zur Ableitung" und „Beruhigung" wird er bei einigem guten Zureden vielleicht eher zugänglich sein. Wenige Minuten später liegt er in tiefstem Schlaf.

Die vorzügliche Wirkung des Avertins in einem vom Verfasser geschilderten Fall von epileptischer Verwirrtheit fordert unbedingt dazu auf, das Mittel bei Status epilepticus zu versuchen. Die Hoffnung liegt nahe, im Avertin eine wirksame Behandlungsmöglichkeit dieser lebensbedrohenden Zustände zu besitzen.

Abgesehen von der Verwendbarkeit des Avertins bei schweren Erregungen, scheint das Mittel dazu berufen zu sein, bei der kleineren und größeren Anstaltschirurgie eine hervorragende Rolle zu spielen. Dafür spricht die ausgezeichnete Brauchbarkeit bei einer vom Verfasser erwähnten Phlegmonenbehandlung.

Fastenkuren und Fastentage. Eine vitamin- oder lipoidarme, relativ zu kohlenhydrat-, eiweiß-, fettreiche oder -arme, zu kochsalzreiche, im Elektrolytgehalt ungeeignete oder übergare Nahrung, eine Unter- und eine Ueberernährung kann schwere Schädigungen (exogene Nährschäden des Erwachsenen) hervorrufen. Die diätetische Behandlung kranker Personen kann man nur auf Grund besonderer klinischer und experimenteller Untersuchungen, nicht aber in Anlehnung an noch so genaue Erfahrungen bei Gesunden aufbauen. So ist es denn auch zu verstehen, daß manche Kranke infolge Störungen ihres Stoffhaushaltes nicht mehr imstande sind, selbst eine an sich „normale" Nahrung beschwerdelos zu ertragen (endogene Nährschäden des Erwachsenen). Für die diätetische Behandlung des Diabetes mellitus konnten durch wissenschaftliche Arbeiten sehr bestimmte Richtlinien ausgearbeitet werden, wobei periodisch Nahrungsentziehung neben anderen Maßnahmen mit großem Erfolge verordnet wird. Nicht mit gleicher Sicherheit gelingt die Behandlung der endogenen Fettsucht. Hier sind Fastenkuren nicht ohne weiteres angebracht, mitunter sogar gefahrbringend und daher kontraindiziert. Es werden sich besonders Krankheitsprozesse mit stärkeren anaphylaktischen, allergischen, angiospastischen Erscheinungen dafür eignen. Dabei handelt es sich wahrscheinlich um gewisse, jedoch noch unbekannte chemische Stoffe, die auf die glatten Muskeln der Gefäße, Bronchien oder anderer Organe im Sinne eines Spasmus einwirken. Als weitere Folgen treten Migräne, Schwangerschaftstoxikosen, Eklampsie, angiospastische Epilepsie, Asthma nervosum, Koliken in den Bauchorganen, z. B. dem Magen, den Gallenausführungsgängen, ferner gewisse Hauterkrankungen usw. auf. Durch eine mehr oder weniger lange Nahrungsentziehung kann Abhilfe geschaffen werden. Bei einzelnen Kranken mit Appendizitis, bei denen eine Operation nicht durchgeführt werden konnte, ferner bei rezidivierenden Magengeschwüren sah Verfasser von einer 8 bis 14 tägigen Fastenkur eine gute Wirkung. Zum Dauererfolg bedarf es im Anschluß daran einer geeigneten Diät mit genügend vitaminreichen, rohen bzw. nicht übergaren Nahrungsmitteln neben der sonstigen Behandlung, sowie Wiederholung der Fastenkur oder besser der regelmäßigen Einlegung von Fastentagen.

Die Fastenkur könnte ferner eine restlose Ausscheidung der Harnsäure aus den Geweben der Gichtkranken herbeiführen sowie den vollständigen Abbau der Nahrungsstoffe bis zu den normalen Stoffwechselprodukten bei diesen und bei anderen Krankheitszuständen begünstigen.

Bei manchen Magen-Darmaffektionen spielen die Verhältnisse im Kohlehydrathaushalt, insbesondere die Leber- und Pankreasfunktion, eine bedeutsame Rolle. Hier würde man hinsichtlich der Nahrungsentziehung an Einwirkungen ähnlich denen bei Diabetes mellitus denken. (Hyperazidität und Diabetes sind verwandte Zustände.) Aehnliches gilt für Leberaffektionen.

Die Fastenkur bei Alkoholismus, Nikotinismus, Morphinismus, überlangem Gebrauch von Chinin und anderen Medikamenten wird mit einer Entgiftung in Zusammenhang gebracht. Im übrigen fehlen zum Verständnis der biologischen Vorgänge bei einer längeren Fastenkur, ihrer Reichweite, ihres Nutzens oder Schadens genügende klinisch-experimentelle Unterlagen (zumal bei Lues, konstitutioneller Umstimmung, z. B. lymphatisch-pastöser Personen usw.).

Störungen der Flüssigkeits- und Stoffbewegung im Organismus von Kreislaufkranken bedürfen solcher Fastenkuren wohl nicht. Hier genügen zeitweilige Unterernährungskuren oder einzelne Fastentage. Die tief in den Stoffwechsel eingreifenden Fastenkuren sind nur bei widerstandsfähigen Personen angebracht.

Einzelne Fasten- oder Vitamin-Fastentage dienen zur Entlastung des Kreislaufs und Stoffwechsels, d. h. zur ausreichenden Ausscheidung von Stoffwechselschlacken und Wasser. Sie könne auch bei einzelnen schweren Krankheitszuständen verordnet werden, indessen nicht bei kachektischen Personen mit Tbc., malignen Tumoren, Sepsis. Die einzelnen Fastentage werden unter anderem periodisch, z. B. wöchentlich, zwecks nachhaltigerer Wirkung in eine sonst geeignete diätetische und andere Behandlung eingeschaltet.

Arnold Hirsch, Berlin.

Medizinische Klinik.

Nr. 27, 8. Juli 1927.

Ueber unsere Erfahrungen mit der Synthalintherapie des Diabetes mellitus. Die verschiedenen Autoren sind noch nicht alle derselben Auffassung über die Wirkung des Synthalins. Wichtig ist zunächst einmal, daß die Diättherapie auch bei der Synthalinbehandlung, ebenso wie beim Insulin, ihre wichtige Aufgabe behält, und die Begrenzung der Synthalinmenge muß natürlich mit der zweckmäßigen Ausschöpfung dieser Wirkung parallel gehen. Um die Nebenwirkungen zu prüfen, wird zweckmäßig bei Einleitung einer Synthalinbehandlung vor der vollen Dosierung mit zwei Probetagen begonnen, an denen je 10 mgr der Substanz verabreicht werden. 45 Fälle von leichtem, mittelschwerem und schwerem Diabetes wurden behandelt. Bei ⅗ dieser Fälle wurde eine befriedigende, ja teilweise ausgesprochen gute aglykosurische und auch antiketogene Wirkung erzielt. Das Körpergewicht bleibt nach

den bisherigen Angaben in der überwiegenden Zahl der Synthalinfälle beim Erwachsenen unbeeinflußt. Es wurde auch die Ueberleitung der Insulin- in eine Synthalin-Behandlung vorgenommen; die Ueberleitung ist schwierig, aber in einzelnen Fällen gelingt sie. Ein Fall von kindlichem Diabetes wird ein voller Erfolg. Es wurden Aglykosurie, Schwinden der Azetonkörper und ein annähernd normaler Blutzuckerspiegel erreicht; in sechs Wochen nahm das Kind 2½ kg zu. Es ist außer jeder Frage, daß die Beseitigung der klinischen Erscheinungen des Diabetes mellitus durch Synthalin als Tatsache hingestellt wird. Die Frage, ob der im Harn verschwindende Zucker im Sinne einer für den Organismus wirklich nutzbringenden Verbrennung abgebaut wird, ist jedoch noch offen.

Ein Fall von spontan geheilter otogener Sinusthrombose. Wenn man von einer spontan ausgeheilten otogenen Thrombose der Hirnblutleiter hört, so stellt das eine Seltenheit dar. Umschriebene wandständige Thrombosen des Sinus sigmoideus können schon nach der Aufmeißelung bzw. Radikaloperation und Freilegung des Sinus zur Abheilung kommen. Weiterhin können erfahrungsgemäß die unvollständig operierten Thrombosen, bei denen es nicht gelingt, den ganzen Thrombus auszulöffeln, auch ausheilen. Verfasser schildert nun einen Fall von einer frühzeitigen, ausgedehnten Thrombose, die im Verlauf einer akuten Otitis auftritt. Sie reicht vom Sinus sigmoideus bis weit in die Vena subclavia und axillaris. Die in der Literatur mitgeteilten Fälle zeigen, daß entweder gar nicht oder nur zu einem späteren Zeitabschnitt operiert wurde. Im vorliegenden Falle wurde im Stadium schwerster Infektion operiert und trotzdem die Operation notgedrungen ganz unzureichend war, so folgte hier doch schließlich ein guter Ausgang.

Okkulte Melaena? Boas nimmt zu dem Aufsatz von Lauda Stellung, und während im großen Ganzen die Reihe der interessanten und fördernden Gesichtspunkte über diesen viel diskutierten Gegenstand von Boas anerkannt werden, weicht er doch in Einzelheiten von Lauda ab und ergreift zunächst das Wort zur Nomenklatur „Okkulte Melaena". Boas nimmt nicht nur als Vater des Namens „Okkulte Blutungen" Stellung gegen die durch Lauda in seinem Aufsatz offiziell geprägte Beziehung, sondern er tut es auch aus seinem Sprachgefühl heraus. Er zitiert seine seinerzeit gegebene Defination der okkulten Blutungen, die sicherlich heute noch zu Recht besteht: „Unter okkulten Blutungen verstehe ich solche minimalen Blutergüsse, die aus den oberen Verdauungswegen stammend den Mageninhalt und die Faeces, aus den tieferen Darmabschnitten stammend nur die Faeces farblich in einer dem bloßen oder bewaffneten Auge erkennbaren Weise nicht verändern." Wir wissen, daß man unter Melaena Entleerung schwarzer Abgänge versteht und Boas sagt ganz mit Recht, daß die Bezeichnung „Okkulte Melaena" eine Contradictio in adjecto ist; denn eine Melaena ist niemals okkult, sondern immer manifest.

Ueber hormonale Sterilisierung weiblicher Tiere mit Insulin. Haberlandt nimmt Stellung zu der Arbeit von Vogt in Nr. 15 dieser Zeitschrift. Vogt teilte seinerzeit mit, daß er Kaninchen mit Insulininjektionen hormonal sterilisieren konnte. Bezugnehmend auf diesen Sterilisierungseffekt stellt nun Vogt dem Pankreashormon kurzweg das Ovarialhormon gegenüber. Das ist nun insofern schon nicht richtig, als es ja sicherlich nicht nur ein Ovarialhormon gibt, sondern wir kennen zum mindesten zwei, und zwar ein förderndes und ein hemmendes. Das erstere, welches allgemein auch als weibliches Sexualhormon bezeichnet wird, ist in letzter Zeit wieder von Steinach nachgewiesen worden, dem es gelang, den Eierstock eines senilen Tieres wieder zu aktivieren, also zu neuerlicher Ovulation zu bringen. Haberlandt steht im Gegensatz zu Vogt auf dem Standpunkt, daß man bei den Versuchen von Savini und Castano sowie von Venema und Dittler von humoraler bzw. immunisatorischer Sterilisierung sprechen muß. Es ist sicher, daß die erste einwandfreie hormonale Sterilisierung weiblicher Tiere durch Transplantation von Ovarien trächtiger Tiere in nicht trächtige Weibchen von Haberlandt zuerst ausgeführt wurde.

Nr. 28, 15. Juli 1927.

Ueber Behandlungserfolge der angeborenen Syphilis mit einer einzigen Kur. Erst seit den letzten 15 Jahren haben die Kinderärzte der Behandlung der angeborenen Syphilis ein erhöhtes Interesse zugewandt. Man hat scharfe Behandlung durchgeführt, und wenn auch die verschiedenen Autoren verschiedene Wege in Bezug auf die Auswahl der Präparate gingen, so kämen sie doch mit nur wenigen Ausnahmen alle zu demselben Ziel, daß die Erfolge der energischen Durchführung der Kuren allgemein gute sind; sie sind sicherlich viel besser als früher und demzufolge liegt gar kein Grund vor, den intensiven Behandlungsweg der angeborenen Lues zu verlassen. Müller behandelt mit 12 intravenösen Neosalvarsan-Spritzen und macht 12 intramuskuläre Kalomel-Injektionen im Verlaufe von 12 Wochen; in der letzten Zeit hat er seine Kur insofern modifiziert, daß er anstelle von 0,03 jetzt 0,04 g Neosalvarsan und anstatt 1 mg jetzt 2 mg Kalomel pro Kilo Körpergewicht berechnet. Es kann mit gutem Gewissen gesagt werden, daß die Kinder in keiner Weise durch die neuen erhöhten Dosen geschädigt worden sind. Müller steht im Gegensatz zu Nonne und von zum Busch; denn er behauptet, daß auf jeden Fall der positive Wassermann ein Beweis für das Vorhandensein eines aktiven Herdes im Körper des Kindes ist. Infolgedessen wird er zum therapeutischen Eingreifen veranlaßt. Verfasser empfiehlt diese Methode den geeigneten Kreisen zur Nachprüfung, nur fordert er, daß die Nachprüfer dieser abgekürzten Methode sich auch wirklich an seine Angaben in Bezug auf die zeitliche Ausspannung der Kur und an die Verwendung der Kalomel-Neosalvarsan-Injektionen in den angegebenen Dosen streng halten.

Die Behandlung der progressiven Paralyse mit Malaria tropica. Im Herbst 1921 verwandte Verfasser zur Behandlung der progressiven Paralyse zuerst Malaria tropica und sah in diesen ersten Fällen einen besonders günstigen Erfolg. Eine direkte Lebensgefahr, so meinte Plehn schon damals, würde sich wohl sicherlich vermeiden lassen, wenn man den Verlauf mit der nötigen besonderen Vorsicht und Kenntnis von Beginn an verfolgen konnte. Aber plötzlich machte Verfasser, wie alle anderen, die mit Tropica zu arbeiten wagten, dieselbe Erfahrung, daß scheinbar ganz ohne Vorzeichen plötzlich eine überstürzte Vermehrung der Parasiten einsetzte und die Kranken starben mit oder ohne Koma, bevor selbst intravenös gegebenes Chinin zur Wirkung kommen konnte. Nach langen Versuchen ist Plehn doch wieder zur Behandlung mit Malaria tropica übergegangen. Bei 50 Tropica-Fällen ist es in einem einzigen Falle dazu gekommen, daß bereits im zweiten Fieberanstieg das Blut mit Parasiten derart überschwemmt war, daß selbst intravenös gegebenes Chinin nicht mehr zur Wirkung kommen konnte und der Kranke ging zu Grunde. Verfasser hat auch mit Tertiana gearbeitet und fand dabei mehrere Versager. Infolgedessen kam er zur Frage, ob eine Tropica-Impfung noch Aussichten bietet, wenn die Tertiana-Behandlung versagt hat, und er muß diese Frage bejahen. Er benutzte einen sehr chininresistenten Tropicastamm, der jedoch klinisch relativ wenig offensiv war, so daß sich die Behandlung lange hinzog und er sagt, daß Stärke und Dauer der Infektion für den Erfolg wichtiger zu sein schien als hohes Fieber. Es ist anzunehmen, daß darin die Ueberlegenheit der Malaria tropica liegt. Plehn kommt am Schlusse seiner Arbeit zu dem Ergebnis, daß die Paralysebehandlung mit Tropica unter Umständen selbst noch dann Erfolg verspricht, wenn die Infektion mit Malaria tertiana versagt hat. Handhabt man sie in richtiger Weise, so ist die Tropica kaum gefährlicher als die Tertiana.

Beitrag zur Kenntnis der Entstehung des Mediastinalemphysems. Daß im Verlaufe einer Pneumothoraxbehandlung ein subkutanes Emphysem auftritt, ist nichts Außergewöhnliches; denn besonders dann, wenn zu den Füllungen stärkere Nadeln verwendet werden, so kann dieser Vorgang sehr leicht geschehen. An und für sich ist eine Komplikation gänzlich ungefährlich, aber der Patient wird durch den damit verbundenen Schmerz beunruhigt. Tritt ein mediastinales Emphysem auf, so ist das viel schwerwiegender zu beurteilen; denn es kann unter Umständen lebensbedrohlich werden. Verfasser schildert einen Fall, in welchem 28 Stunden keine Beschwerden bestanden und dann plötzlich hatte Patient ein langsam zunehmendes Druckgefühl entlang der Luftröhre nach dem Halse, als ob ein Kloß in der Brust nach oben rutsche. Das Emphysem dauerte 4 Tage lang und wurde im Jugulum über der linken Klavikel getastet. Nach der oben angegebenen Zeit war jede Spur des Emphysems verschwunden und Patient fühlte sich vollkommen wohl.

Hofbauer, Berlin.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 27, 8. Juli 1927.

Gründe der diätetischen Behandlung des Diabetes, besonders des Diabetes gravis. Diätetische Maßnahmen, die ein Schwinden der Zuckerausscheidung bewirken sollen, müssen neben der Einschränkung der Kohlehydratzufuhr eine Herabsetzung der Eiweißmenge in der Nahrung mit sich bringen. Die Erfahrung hat gelehrt, daß eine nur Fett und Gemüse enthaltende Kost gerade bei den schwersten Diabetesfällen eine mächtige Wirkung auf die Stoffwechselstörung entfaltet, die schon nach 2 bis 4 Tagen der Diätanwendung in Erscheinung tritt. Das Kalorienbedürfnis der Kranken kann auch für längere Zeit gut mit dieser Kostform gedeckt werden. Bei dieser Petrénkur werden täglich 200 bis 250 g Fett genommen (Speckmenge nach Belieben, Rest des Fettes als Butter zugewogen) sowie Früchte und Gemüse mit einem K. H. Gehalt von 1 bis 6% in freien Mengen (Preiselbeeren, Oliven, Stachelbeeren, Spargel, Salat, Gurke, Spinat, Kohlarten u. a. m.), so daß noch etwa 20 g Eiweiß und 40 g Kohlehydrate verabfolgt werden. Mit dieser Diät ist bei den meisten Kranken eine Gewichtszunahme und eine positive N.-Bilanz zu erzielen. Der diabetische Organismus hat keinen höheren Stickstoffumsatz nötig als der gesunde. Er scheint sogar schneller als der normale an einen ganz geringen Umsatz sich zu gewöhnen (0,15 bis 0,2 g Eiweiß pro kg Körpergewicht gegenüber 0,22 g beim Gesunden). Beim schweren Diabetes besteht eine besondere Empfindlichkeit gegenüber der Höhe des Eiweißumsatzes, in dem die Ueberschreitung einer gewissen Schwelle zur Entstehung der Säurekörper, zur Ketosis führt. An und für sich wäre es möglich — bei dem bestehenden Stickstoffgleichgewicht und der fast immer vorhandenen Gewichtskonstanz — diese strenge Fett-Gemüsekost monatelang zu verabfolgen. Aus psychischen Gründen ist es geboten, früher oder später durch Abänderung und Erweiterung von dieser Behandlungsdiät als Grundlage ausgehend zu einer Dauerdiät zu kommen. Die Petrénkur ist zunächst solange zu geben, bis der Blutzucker normal wird (höchstens 0,11%), wobei die Ketosis regelmäßig schwindet. Die Diät ist dann noch etwa 14 Tage nach Normalwerden des Blutzuckerwertes beizubehalten, um ein zu rasches Schwanken der Blutzuckerkurve zu verhüten. Nach Ablauf dieser Frist erfolgt unter allmählichen Steigerungen der Uebergang zu der gewünschten Dauerdiät. Bei der Mehrzahl der Fälle bleibt der Blutzucker während der Petrénkur auf dem einmal erreichten Normalwert, während bei der Einführung der Dauerkost sofort wieder Hyperglykämie sich zeigt. In einigen der schweren Fälle ist es selbst mit der Fett-Gemüsediät unmöglich, zu einem normalen Blutzuckerwert zu gelangen. Für solche Fälle ist die Indikation zur Insulinzufuhr gegeben. Sobald der Blutzucker — wie die täglichen Bestimmungen es erkennen lassen — unter der strengen Diät nicht mehr absinkt, hat die Insulinisierung einzusetzen. Wenn zuerst ohne Insulin der Blutzucker zur Norm abgesunken ist und die Hyperglykämie mit der Verabfolgung von Zulagen zur strengen Behandlungsdiät wiederkehrt, so müssen Hunger- oder Buttertage (einmal wöchentlich) innegehalten werden. Wenn auch diese Maßnahmen die Hyperglykämie nicht beseitigen, so ist Insulin anzuwenden.

Die Dauerdiät besteht aus der Fett-Gemüsekost, zu der Zulagen bis zur Höchstmenge von 50 g Brot, 50—60 g Fleisch und 2 Eier hinzukommen. Die Zulagen sind nur ganz allmählich und langsam zur Diät hinzuzufügen, so daß das Brot nicht um mehr als 10 g vermehrt wird und niemals öfters als jeden zweiten Tag eine Zulage gestattet wird. In gewissem Grade hat sich die Dauerdiät dem Maß an Arbeit anzupassen, das der Kranke zu verrichten hat. Eine Brotmenge von über 80 g und 100 g Fleisch sind nur in seltenen Ausnahmefällen notwendig. Wie eine langjährige Erfahrung zeigt, wird die Diät in dieser Form jahrelang von den Patienten ohne Störungen beobachtet, denen durch entsprechende Belehrung die Bedeutung der Diäteinschränkung zur Ueberzeugung geworden ist.

Die Insulinzufuhr kann eine diätetische Behandlung in keiner Weise ersetzen, da es unbedingt geboten ist, Insulin in so kleinen Mengen wie nur irgend möglich zu verwenden. Hohe Insulindosen bedeuten für den Kranken eine große Gefahr. Die Gefahr eines Komas ist viel größer, sobald bei einem mit großen Mengen Behandelten aus irgendeinem Grunde plötzlich die Insulinzufuhr unterbrochen wird. Das Hinzutreten akuter Infektionskrankheiten bedingt bei großen Insulindosen gelegentlich Schwierigkeiten, da die notwendige Steigerung der Einheiten nicht ohne weiteres vorgenommen werden kann. Tierexperimentelle Erfahrungen lehren, daß bei einem pankreasexstirpierten Tier, das durch Insulin am Leben erhalten wird, im Laufe von wenigen Monaten eine erhebliche Fettdegeneration der parenchymatösen Organe besonders der Leber eintreten kann und trotz Insulinzufuhr der Tod erfolgt. Die Insulininjektion ersetzt nicht alles, was durch das Erlöschen der Pankreasfunktion eingebüßt wird. Jede Ueberlastung mit Kohlehydrate ist daher zu vermeiden, um nicht eine zu große Insulindosis anwenden zu müssen. Bei Verabfolgung großer Insulinmengen wird ein normaler Blutzuckerspiegel nur für wenige Stunden erreicht. Zwischen den einzelnen Injektionen bleiben die Blutzuckerkurvenspitzen, es bleiben die Glykosurie und eine mehr oder weniger erhebliche Azidose. Die Gefahren des Diabetes bestehen unvermindert.

Die Gewöhnung des Pankreas spielt beim Gesunden und dem Diabeteker eine große Rolle. Bei relativer Schonung der Funktion sinkt die Leistungsfähigkeit des Organs, so daß schon beim Gesunden die Belastungsproben mit Glukose bei vorheriger kohlehydratarmer Kost einen stärkeren Ausschlag ergeben als nach reichlicher Zufuhr von Kohlehydraten in der Vorperiode. In Rücksicht auf diese Gewöhnung können Kostzulagen nur langsam gegeben werden, kann die Verminderung der Insulinmenge unter täglicher Blutzuckerkontrolle nur in ganz kleinen Schritten vor sich gehen. Jeder plötzliche Wechsel in der Diät erweist sich unter diesen Gesichtspunkten als verhängnisvoll. Bei hochgradigen Veränderungen der Kostform ist es unmöglich, zu einem sicheren Urteil über die Stoffwechsellage des Kranken, über die ihm verbliebene Leistungsfähigkeit des Pankreas zu urteilen.

Ziel der Komabehandlung ist es, den Blutzucker in kürzester Frist auf einen normalen Wert zu senken. Es muß so viel und so oft Insulin gegeben werden, daß diese Forderung in spätestens 12 Stunden verwirklicht ist. Auch im Koma ist die strenge Behandlungsdiät durchzuführen. Wenn nichts Festes genossen werden kann, so ist Sahne zu verabfolgen. Die Zufuhr von Traubenzucker im Koma (intravenöse Injektionen), damit das Insulin etwas zu verarbeiten habe, ist überflüssig und schädlich. Synthalin ist dann indiziert, wenn durdch Petrénkost der Blutzucker normal geworden ist und bei dem Uebergang zur Dauerkost der Blutzucker etwas ansteigt.

Die Naunynschen Forderungen — Einschränkung der Eiweißkörper und der Kohlehydrate in der Nahrung, bis Aglykosurie erzielt ist — gelten auch heute noch im Prinzip. Nur gilt es jetzt, durch die Behandlung den Blutzucker zur Norm zu senken. Das Maß der Eiweißbeschränkung ist viel strenger geworden (statt 1,0 g rpo kg 0,15—0,20 g).

Parenterale Alkoholtherapie: Das Hauptindikationsgebiet stellen entzündliche Krankheitsprozesse dar, die Neigung zum Einschmelzen haben. (Furunkel, Tonsillarabszeß, Lymphdrüsenschwellungen, Infiltrate nach paravenösen Injektionen u. a. m.) Zur Vermeidung von Mißerfolgen ist stets darauf zu achten, die größte Wirkung mit der kleinsten Dosis zu erzielen und die Heilung ohne Reaktion anzustreben. Die Injektionen sind erst dann zu wiederholen, wenn die Wirkung der vorhergehenden Dosis nachläßt und alle Zeichen einer Reaktion abgeklungen sind. Solange noch ein Erfolg erkennbar ist, darf die Dosis nicht gesteigert werden. Die Injektionen von Alkohol abs. werden ausschließlich in die Glutäalmuskulatur gegeben; sie sind schmerzfrei und lösen keine Reaktion an der Stichstelle aus. Als erste Dosis dürfen nicht mehr als 0,1 ccm (0,02—0,05 bei Kindern und Säuglingen) injiziert werden. 4 Tage sind als Mindestpause zwischen den Injektionen innezuhalten.

Keine Erfolge sind bei der Epididymitis und der Arthritis gonorrhoica zu erzielen.

Hauptzwecke der epidemiologischen Typhusforschung in ihrer Bedeutung für die Aetiologie und die Verhütung der Epidemien: Die Einsicht in die Entstehungsursachen der epidemischen Krankheiten ist zu einem Wendepunkt gelangt. Zur Lösung des Seuchenproblems ist eine Verständigung zwischen der Kochschen und der Pettenkoferschen Anschauung über die bei Entstehung von Epidemien ausschlaggebenden Faktoren notwendig. Jeder Verständigungsversuch hat den Hauptpunkten beider Lehren Rechnung zu tragen, der Pettenkoferschen Lehre von dem Einfluß gewisser Bodenverhältnisse auf die Seuchenentstehung und der Kochschen Lehre von dem obligaten, nicht saprophytischen Charakter der bei den verschiedenen Krankheiten nachweisbaren Mikroorganismen. Für die Entstehungsweise des Typhus erscheint folgende Anschauungsweise berechtigt. Das Primäre für das Auftreten des Typhus ist die durch die Atmungsorgane erfolgende Vergiftung des Körpers durch Bodengase. Erst sekundär entwickeln sich auf Grundlage der veränderten Lebensbedingungen aus anderen Ba-

zillen des menschlichen Körpers die charakteristischen Typhusbazillen, die sich außerhalb des Organismus nur kurze Zeit halten können.

Die drei größeren Typhusepidemien der letzten Jahre (Alfeld, Anklam und Hannover) bringen eine Bestätigung der auf Basis dieses Verständigungsversuches entwickelten epidemiologischen Grundgesetze. Das epidemische und das endemische Auftreten des Typhus ist stets lokal umgrenzt, eine Tatsache, die auf das Wirksamsein von streng an örtliche Verhältnisse gebundene Faktoren (Bodenverunreinigung durch mangelhafte oder fehlende Kanalisation) hinweist. So ist das Gebiet der Gesamtepidemie zusammengesetzt aus einem Mosaik lokaler Einzelepidemien, indem der Typhus in den verschiedenen größeren oder kleineren Bezirken nur dann auftritt, wenn in den einzelnen Gebietsteilen (Stadtteil, Straße, Häusergruppe, Haus) die örtlichen und zeitlichen Bedingungen für die Entwicklung der primären Krankheitsursache erfüllt sind. In ihrem zeitlichen Verlauf ist die Typhusepidemie abhängig von der zeitlichen Verteilung der Regenmengen in ihrem Einfluß auf die Bodenfeuchtigkeit, indem die epidemische Ausbreitung des Typhus stets in die Perioden größter Bodentrockenheit zu fallen pflegt. Ein Vergleich der täglichen Erkrankungsziffern mit den täglichen Niederschlagsmengen, sowie mit den Kurven der täglichen Schwankungen des Luftdrucks und der Lufttemperatur lehrt die Abhängigkeit des Ganges der Epidemie von diesen klimatischen Momenten erkennen. Epidemische Ausbrüche des Typhus an zahlreichen, mehr oder weniger von einander entfernten Orten zu gleicher Zeit sind ursächlich auf die Entstehung der örtlich umgrenzten Krankheitsbedingungen zu beziehen. Die Typhusfrequenz an Orten endemischen Vorkommens hängt von klimatischen Zuständen ab (jahreszeitliche und Jahresschwankungen, Veränderungen der Morbidität innerhalb größerer Zeitperioden). Nach Epidemiejahren ist die Typhusfrequenz zumeist in den nächsten Jahren eine auffallend geringe, eine Erscheinung, die von der Annahme des Kontagiums als Hauptursache aus nicht zu erklären ist. Die Gesetzmäßigkeit der Beziehungen zwischen Grundwasserzustand und Typhusfrequenz läßt sich zweckmäßig folgendermaßen ausdrücken. Die klimatischen Vorgänge, von deren Einfluß auf die Bodenfeuchtigkeit das Auf und Ab der Typhusfrequenz abhängig ist, kommt derart in den Schwankungen des Grundwasserstandes (sofern nicht lokale Stauungseinflüsse sich geltend machen) zum Ausdruck, daß mit sinkendem Grundwasserspiegel die Epidemien in Erscheinung treten, während mit steigendem Grundwasserstand die Typhushäufigkeit zurückgeht. Epidemien können nicht auf kontagionistischem Wege entstehen. Der Typhusbazillus ist nicht die primäre Ursache der Epidemie, so kann der einzelne Typhuskranke nicht die Gefahr der epidemischen Ausbreitung bedingen.

Nr. 28, 15. Juli.

Biberfeld.

Die Medizinische Welt.

Nr. 23, 9. Juli 1927.

Die Gallenblase im Röntgenbild. Darstellung und praktische Auswertung. Zur Darstellung der Gallenblase ist die intravenöse Methode mit Tetrachlorphenolphthalein die Methode der Wahl und kann zur ambulanten Durchführung empfohlen werden. Die Vorbereitung des Patienten besteht in gründlicher Reinigung des Darms durch nicht blähende Abführmittel während zweier Tage und Verabfolgung von breiiger Kost am Tage der Einspritzung. Abends zwischen 7 und 9 Uhr zunächst Injektion von 1 mgr Atropin subkutan, dann wird die intravenöse Injektion verabfolgt je nach Körpergewicht. Die Lösung wird in 15—20 Minuten gleichmäßig am besten aus einer Bürette einlaufen gelassen. Zum Schluß wird die Vene mit physiologischer Kochsalzlösung durchgespült, um Schädigungen der Gefäßwand zu vermeiden. Um technisch einwandfreie Bilder zu erzielen, sind bei mittelharter Strahlung die Kürze der Belichtung (0,3—0,5 Sekunden) und der absolute Atemstillstand ausschlaggebend. Lageveränderungen mit Verwachsungen, Hydrops mit Füllungsverzögerung, Gallensteine bei freien Zuflußwegen können bei einiger Uebung in einwandfreier Weise dargestellt werden. Bei stark verdächtiger Anamnese ist die Nichtdarstellung der Gallenblase das Kriterium für den Verschluß des Zystikus. Es soll dann mit der Operation nicht länger gewartet werden. Bei weniger typischer Anamnese muß ätiologisch, bei Nichtdarstellung der Gallenblase auch an anatomische Variation gedacht werden.

Haut und Rheuma. Dolisol ist ein Salz-Seifencreme, der etwa 20% Oeynhausener Badesalz sehr fein verteilt enthält, und dem Ol. Gaultheriae und ein Salizylsäureester beigefügt sind. Das Dolisol übt einen mechanischen, chemischen und thermischen Einfluß auf den Körper aus und ist überall angebracht, wo eine lokale Hyperämie der Haut mit weiterer Wirkung auf den Organismus erwünscht ist. Seine eigentliche Domäne sind rheumatische und dem nahestehende Erkrankungszustände, die sich in erster Linie in der Muskelmasse und an den daselbst gelegenen Nerven abspielen und in den Gelenken noch nicht zu wesentlichen anatomischen Veränderungen geführt haben. Das Präparat ist durchaus wertvoll und bedeutet ein vorteilhaftes Unterstützungsmittel während einer entsprechenden Kur in Oeynhausen sowie für anschließende Nachkur, wird aber auch bei selbständigen Kuren im Hause in einschlägigen Krankheitsfällen gute Dienste leisten.

Jodbasedow. Neben den günstigen Erfolgen der Behandlung des endemischen Kropfes mit Jod mehren sich in letzter Zeit die Mitteilungen über üble Nebenwirkungen dieses Mittels. Die wichtigste Nebenwirkung ist der Jodbasedow. Der Jodbasedow weist alle typischen Symptome der akuten Basedowschen Krankheit auf. In der Mehrzahl der Fälle findet man ein sehr schweres Krankheitsbild. Im Vordergrund stehen kardiale Symptome, und erst in zweiter Linie enterogene Erscheinungen. Die Tachykardie, Temperaturerhöhungen, außerordentlich starke Gewichtsabnahme und damit gleichbedeutend eine erhebliche Steigerung des Grundumsatzes fehlen fast nie. Die Augensymptome können nur gering ausgebildet sein. Es wird ferner auf das Auftreten genitaler Störungen, nämlich Sterilität, Fehlgeburten und gleichzeitige Auslösung eines Diabetes mellitus hingewiesen. Im regionären Auftreten besteht gegenüber der Basedowschen Krankheit der Unterschied, daß die letzte häufiger in vollkommen kropffreien Gegenden auftritt, während der Jodbasedow natürlich häufiger in Kropfgegenden angetroffen wird. Die Bewohner von Kropfgegenden besitzen eine gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber dem Jod. Am besten wird das Jod beim Jugendkropf vertragen. Aus diesem Grunde ist der Jodbasedow in der Hauptsache eine Erkrankung von älteren Leuten. Die Knotenkröpfe von meist über 35 Jahre alten Leuten sind es, die besonders leicht nach Jodbehandlung rasch zurückgehen, aber dann mit thyreotoxischen Symptomen reagieren. Beim Jodbasedow erkrankt im Gegensatz zum akuten Basedow nicht die ganze Drüse, sondern nur einzelne kleine Abschnitte der Kolloidstruma, die dann basedowisch verändert werden. In der Mehrzahl der Fälle wird der Jodbasedow durch große Joddosen, die auch meist ohne Unterbrechung über lange Zeit hindurch und ohne genügende ärztliche Kontrolle gegeben wurden, hervorgerufen. Allerdings sind auch Erkrankungen an Hyperthyreoidismus beobachtet worden, infolge Genusses des zur Prophylaxe des Kropfes empfohlenen jodierten Kochsalzes, das nur minimale Spuren dieses Medikaments enthält. Man soll bei der Kropfbehandlung mit möglichst kleinen, dem Kranken angepaßten Joddosen beginnen und weiterhin in die über längere Zeit hindurch fortgesetzte Behandlung Pausen von mehreren Tagen bis Wochen einschieben. Beim ersten Auftreten der thyreotoxischen Erscheinungen muß die Jodbehandlung sofort abgebrochen werden. Ist der Jodbasedow allerdings einmal zum Ausbruch gekommen, so verschwindet er keineswegs bald nach Aussetzen der Jodmedikation, sondern meist nimmt die Schwere der Krankheit noch zu. Die Krankheitsdauer beträgt mindestens ½ bis 1 Jahr. Die Form, in der das Jod dem Kranken verabfolgt wird, ist ohne Belang. Nur der Jodgehalt des Medikaments spielt eine Rolle. Zu warnen ist vor der Verwendung von jodhaltigen Kropfsalben: wegen

der Verschiedenheit der Hautresorption ist hierbei die Dosierung zu ungenau. Therapeutisch kommt vor allen Dingen die operative Behandlung in Betracht. Die auffallende Erscheinung, daß der Jodbasedow lange nach Aussetzen der Jodmedikation noch für Monate weiter bestehen bleibt, läßt sich dadurch erklären, daß das dem Körper einmal einverleibte Jod von der Struma abnorm zäh festgehalten wird und immer wieder aufs neue zur Aktivierung und Verflüssigung von Schilddrüsenkolloid dient. Dadurch lassen sich die guten Operationserfolge beim Jodbasedow erklären. Bei Operationsverweigerung wird eine Ruhekur, dazu eine eiweißarme, kohlehydrat- und fettreiche Kost und evtl. Arsenbehandlung empfohlen. Es kommt vor allem darauf an, die Patienten einigermaßen bei Kräften zu erhalten, bis alles Jod ausgeschieden ist. Die Prognose des Jodbasedow ist im allgemeinen eine gute: es tritt meist die Restitutio ad integrum ein. L. Gordon.

Reichsgesundheitsblatt.

2. Jahrgang Nr. 27, 6. Juli 1927.

Unsere Kleidung soll Schutz gegen Kälte und hohe Wärme bieten. Um sich behaglich zu fühlen, muß die Haut unter der Kleidung. Es hängt also die wärmende Wirkung der Kleidung chanische Insulte schützen, manche Kleidungsstücke müssen elastisch sein. Als Grundstoffe der Kleidung dienen Wolle, Baumwolle, Leinen. Wichtig ist der Luftgehalt der Poren, er beträgt bei Schirtong 37%, Trikot 80%, Wollflanell 90%. Eine große Rolle spielt das Wärmeleitungsvermögen infolge des Luftgehaltes der Kleidung. Es bedingt also die wärmende Wirkung der Kleidung ab von a) dem Grundstoff, b) der Luftmenge, c) der Dicke. Im Sommer ist die Kleidung 1—2 mm dick, im Winter 25—26 mm. Das Kleidungsgewicht beträgt im Sommer 3—4 kg, im Winter 7—8 kg. Schwierig ist die Bekämpfung und Unschädlichmachung des Schweißes; die Feuchtigkeit der Kleidung vermindert das Wärmehaltungsvermögen, da die Poren sich mit Wasser füllen. Wolle benäßt sich sehr schwer, die Austrocknung geht von der Haut nach außen, es entsteht bald das Gefühl der Trockenheit. Bei unserer Kleidung wechseln teils gut, teils schlecht luftdurchgängige Schichten. Das Leinenhemd gehört zu den schwerstpermeablen und luftarmen Geweben. Unser Ziel muß eine gut lüftbare Kleidung sein. Auch das Bett gehört zur „Bekleidung und muß deshalb zeitweilig gereinigt werden.

Dr. Paul Michaelis, Biterfeld.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

24. Jahrg., Nr. 13, 1. Juli 1927.

Ueber das vegetative Nervensystem. Unter vegetativem Nervensystem, das eine sehr wichtige Rolle beim Ablauf der Organfunktion spielt, verstehen wir alle Ganglien und Nervenfasern, die die glatte Muskulatur innervieren. Die beiden Antagonisten sind der Sympathikus und der Vagus. Das parasympathische System ist mit dem Vagus nicht ganz identisch. Außer den genannten Antagonisten gibt es noch einige im Zwischenhirn gelegene Zentren, die zum vegetativen Nervensystem gehören. Ein direkter Zusammenhang ist nicht erwiesen, auch mit dem Großhirn besteht keine direkte Verbindung, trotzdem der vasokonstriktorische Einfluß des Kummers und der vasodilatorische der Freude den Zusammenhang verrät. Der Antagonismus der beiden Hauptnerven zeigt sich sehr häufig. Man denke nur an die Wirkung auf die Pupillen, auf die Speichel- und Schweißdrüsen, auf die Herztätigkeit, auf Magen- und Darmtraktus, Blase usw. Das vegetative Nervensystem wird durch verschiedene Arzneimittel, die der Reihe nach in ihrer Wirkung aufgeführt werden, deutlich beeinflußt. Eine Funktionsprüfung ergibt keine eindeutigen Ergebnisse. Infolge der mannigfaltigen Aufgaben, die das System zu erfüllen hat, hat es am Zustandekommen krankhafter Vorgänge sehr großen Anteil. Es sei nur an das Fieber erinnert, das nichts weiter ist als ein Erregungszustand des Wärmezentrums durch toxische oder chemische Einflüsse. Ferner der Kopfschmerz, der durch die Aenderung des Liquordruckes hervorgerufen werden kann. Bei der Migräne soll es sich um eine vermehrte Transsudetion der Gefäße handeln, während andere einen Gefäßkrampf verantwortlich machen, da es oft gelingt, den Anfall mit Papaverin zu kupieren. Auch der Herzschmerz ist auf Wirkung des vegetativen Nervensystems zurückzuführen. Der Magenschmerz tritt nur dann auf, wenn der Spannungszustand der Muskulatur sic verändert. Der Hungerschmerz ist bedingt durch Kontraktione der Magenmuskulatur. Darmschmerzen sind oft von Bauchdecker spannung begleitet. Bei Gallenblasenerkrankungen ist der in di Schulter ausstrahlende Schmerz durch Vermittlung des Nervu phrenicus bedingt, der mit dem Sympathikus anastomosiert. A vegetativem Ursprung beruht das Hunger- und Durstgefühl. Diese wird empfunden, wenn gewisse Nährstoffe im Blut zu fehlen be ginnen, ähnlich wie das Atemzentrum unter Sauerstoffmangel leide Hunger und Appetit können daher medikamentös kaum beeinfluß werden. Das Durstgefühl entsteht durch Reizung einer zentrale Stelle infolge von Retentionen kristalloider Stoffe. Da die vege tativen Zentren im Zwischenhirn liegen, ist es erklärlich, daß E krankungen des zentralen Nervensystems auf diese übergreife Daher die Stoffwechselstörungen bei progressiver Paralyse un anderen Psychosen. Die Schlafsuchtkrankheit zeigt uns ebenfall daß das vegetative System erheblich beteiligt ist. Von andere Krankheiten sei noch genannt das Asthma, die Angina pectoris, d Basedow. Oft ist die Frage zweifelhaft, ob es sich um eine Syn pathikus-Hypotonie oder eine Vagotonie handelt. Daß bei solche Zuständen das Adrenalin dem Atropin überlegen ist, spricht meh für erstere Möglichkeit. Im Bereich des Uro-Genitalapparates spie bei den Bettnässern, bei Menstruationsbeschwerden und b Schwangerschaftserbrechen die vegetative Störung eine häufig Rolle, deren Beseitigung durch Kalziuminjektion meist gelingt. Ei genaue Kenntnis des vegetativen Nervensystems und seiner St rungen erleichtert häufig die Behandlung krankhafter Zustände, un der wahrhafte Arzt darf die seelischen Momente bei vielen Leide nicht unterschätzen.

Zum derzeitigen Stand der Polyzythämiefrage. Unter Poly zythämie verstehen wir den Zustand der Vermehrung der rote Blutkörperchen in der Raumeinheit über die Normen. Normale Weise findet sich dieses Symptom bei Neugeborenen, bei Aufentha im Hochgebirge, bei Anwendung der Kuhnschen Saugmaske und b allen Zuständen, bei denen das Blut vorübergehend eingedickt is Pathologisch findet sich das Symptom bei krankhaften Veränderunge mit Wasserverlust, bei chronischer Stauung infolge Herzfehler, b chronischen Erkrankungen der Atmungsorgane, bei Alkoholismu bei andauerndem Erbrechen, bei Milztuberkulose. Ferner nach Mil exstirpation sowie nach verschiedenen Vergiftungen. Schließlic bei Störungen des endokrinen Systems. Es gibt 2 Typen, die eine, d mit Milzvergrößerung einhergeht, die andere, bei der dieses Syn ptom fehlt und der Blutdruck gesteigert ist. Häufig kommen auc Mischformen vor. Der erste Typ, nach seinen Entdecker Vaque genannt, befällt häufiger Männer, deren tiefe rote Hautfarbe auffäl und die nicht mit Zyanose verwechselt werden darf. Es hande sich meist um eine vermehrte Füllung der Hautkapillare durch da veränderte Blut. Bei allen zweifelhaften Erkrankungen muß dahe stets eine Blutuntersuchung vorgenommen werden. Daß bei diese Krankheit leicht Blutungen auftreten können, ist verständlich. Auc Blutungen im zentralen Nervensystem treten nicht so selten au Man weiß heute, daß auch die Gesamtblutmenge vermehrt und da die Viskosität des Blutes gesteigert ist. Daher sind Aderlässe o kaum möglich und erst bei Besserung des Zustandes nimmt di Viskosität ab. Die roten Blutkörperchen sind auf mehr als da doppelte vermehrt, der Gehalt an Hämoglobin wesentlich erhöh wenn auch nicht parallel. Das wichtigste Symptom ist der Mil tumor, der sich allmählich entwickelt. Die Knochen sind oft klop empfindlich, der Lumbaldruck erhöht. Der andere Typus, nac seinem Entdecker Gaisböck genannt, zeichnet sich durc hohen Blutdruck bei fehlendem Milztumor aus. Die häufig nac weisbaren Nierenveränderungen können den Blutdruck allein nic erklären. Vielleicht spielt die Steigerung der Viskosität eine Roll während die Arteriosklerose nicht die alleinige Ursache sein kan da auch jüngere Personen befallen werden. Eine sichere Erklärur gibt es daher nicht. Als häufigste Komplikation erkrankt das He und Gefäßsystem. Ueber die Ursachen der Erkrankung sind d Ansichten noch sehr verschieden. Die oft vorhandene Klop empfindlichkeit der Knochen läßt daran denken, daß das Knoche mark in seiner Tätigkeit erhöht ist und es herrscht die Ansicht, da die Milz ein Hormon bildet, das auf das Knochenmark ein hemmenden Einfluß ausübt. Bei der Polyzythämie versagt das Mil hormon und es kommt zur ungehemmten Tätigkeit des Knoche marks. Manche Autoren glauben an endogene Veränderungen. D Leiden ist ein ausgesprochen chronisches und kann jahrzehntela dauern. Gefährdet sind die Kranken durch Komplikationen. D Behandlung hat nur wenig Erfolge zu verzeichnen, das Jod sc einen günstigen Einfluß ausüben. Gute Erfolge erzielt man m Benzol. Sauerstoffinhalation sowie Aderlässe bringen gute, we auch vorübergehende Besserung. Die besten Resultate erzielte m durch intensive Röntgenbehandlung des Knochensystems und zw besonders der langen Röhrenknochen, verbunden mit einer Rei bestrahlung der Milz.

24. Jahrg., Nr. 14, 15. Juli 1927.

Ueber Gastritis chronica, Ulcus ventriculi, und die Frage, wann die operative Behandlung angezeigt ist. Die chronische Gastritis kommt viel häufiger vor, als man glaubt und bildet die Vorstufe zum Ulkus. In letzter Zeit sind Zeichen vorhanden, daß die Lehre von der neurogenen Ursache ins Wanken gerät und daß die Vagotomie als Ursprung nicht befriedigt. Die Aetiologie ist eine konstitutionelle, regionale und allimentäre. Der allgemeine Zustand des Körpers, besonders die Verhältnisse am Zirkulationsapparat, haben großen Einfluß auf die Entstehung der Gastritis. Vor allem sind zu nennen die Chlorose, Tuberkulose und Lues. Bei der regionalen Ursache braucht man nur an die so verschiedene Ernährungsweise der einzelnen Völker zu erinnern. Die Hauptursache des Magenkatarrhs ist das Fett und da im Norden und Osten Deutschlands der Fettverbrauch größer ist, als in anderen Gebieten, so ist es kein Zufall, daß die Gastritis sich häufiger im Norden vorfindet. Auch die Fettknappheit während des Krieges und die häufig beobachtete Besserung von Magenleiden in dieser Zeit sprechen dafür. Die dauernde Ueberladung des Magens mit Flüssigkeiten ist ebenfalls für die Aetiologie der Gastritis von Wichtigkeit. Alkohol in großen Mengen sowie Nikotin geben schädigende Faktoren ab. Das charakteristische bei der Gastritis ist die saure Gährung des Mageninhalts, die allmählich die Magenschleimhaut reizt. Je tiefgreifender die entzündlichen Veränderungen sind, um so mehr kommt es zu Stauungen und damit zur Atonie. Das bei jahrelanger Gastritis sich entwickelnde Magengeschwür verläuft zunächst unter den Erscheinungen des Katarrhs. Als wichtigstes Symptom ist ein dauernder Druck vorhanden. Die Geschwürsbildung geht aus einem chronisch entzündlichem Prozeß hervor, der sich an der Pars pylorika entwickelt. Da zwischen den Klagen der Kranken und der pathologischen Veränderung der Magenschleimhaut Beziehungen bestehen, ist es notwendig, von Zeit zu Zeit die Funktion nachzuprüfen. Speziell die Diätfehler, die täglich begangen werden, machen bei diesen Kranken Beschwerden und zwar in erster Linie die Säuren. Eine operative Behandlung ist hier nicht am Platze. Die Frage, wann ein Ulkus operiert werden soll, ist oft schwer zu beantworten. Die Diagnose der Stenose muß gesichert sein und ergibt sich aus dem Vorhandensein von Magenresten 12 Stunden nach der Probemahlzeit bei horizontaler Rückenlage. Die Operation hat nur gute Aussichten, wenn die Magenwand nicht zu sehr verändert ist. Ist das Ulkus mit Gastritis vergesellschaftet, so ist zunächst diese zu behandeln. Mit strenger Diät kommt man häufig doch zum Ziel. Auch die alt erprobten Medikamente wie Arg. nitr. und Jod sollten häufiger angewandt werden.

Die Behandlung der Fehlgeburten in der Praxis. Seit Einführung der Kürette hat die Zahl der Perforationen erheblich zugenommen. Die Zahl der Fehlgeburten hat sich lawinenartig vermehrt und die mechanischen Verletzungen spielen hier eine erhebliche Rolle. Das wichtigste Instrument bei der Abtreibung ist der Intrauterinstift. In zweiter Linie die Spritze. Jeder Abort, der gespritzt ist, muß als infiziert gelten. Seitdem die Stifte mehr in Anwendung kommen, sind die Infektionen erheblich zurückgegangen. Bei der Behandlung der drohenden Aborte ist die Frage zu entscheiden, wann man eingreifen muß. Erweitert sich der innere Muttermund ist weiteres Abwarten zwecklos. Bei starker Blutung hat man früher sofort eingegriffen, während man neuerdings die konservative Behandlung durchzuführen sucht. Nach der Kürettage erhält man bisweilen eine Atonie des Uterus, die durch Zurückbleiben von Plazentarteilchen bedingt ist. Deshalb muß als oberstes Prinzip gelten, den Uterus völlig zu entleeren. Die digitale Ausräumung ist daher häufig vorzuziehen. Bei kompliziertem, fieberhaften Abort ist die konservative Therapie besser. Bei unkomplizierten ist die Ausräumung vorzuziehen. Wartet man zunächst ab bei fieberhaften Fällen, so erlebt man nach der Abrasio einen Wiederanstieg des Fiebers. Die Gefahr besteht jedoch nicht in der Anwesenheit der Bakterien, sondern in der Infektion des lebenden Gewebes. Die digitale Behandlung des fieberhaften Abortes ist sicher der größere Eingriff. Bei Aborten über 3½ Monat steigern sich die Schwierigkeiten enorm und hier ist das reine konservative Verfahren am Platze. Ist eine Perforation gemacht, so gehört die Patientin sofort in das Krankenhaus. Verfasser kommt zu dem Schluß, daß die konservative Behandlung in der Praxis nur selten auszuführen ist. Auch die digitale Behandlung ist wegen der Infektionsgefahr gefährlicher, während die Anwendung der ausgekochten Kürette bessere Aussichten bietet.

Kosminski, Berlin.

Zeitschrift für Medizinalbeamte.

Jahrg. 40/49, Nr. 14. 15. Juli 1927.

Behandlung des Kreuzotterbisses mit Schlangengiftantitoxin. Otto macht auf die Schwierigkeit der Beschaffung von Serum einheimischer Vipernarten aufmerksam. Französische Versuche nun haben ergeben, daß Serum tropischer Schlangengifte auch gegen europäisches Schlangengift wirksam ist.

Der Obermedizinalrat. Mit Recht kämpft Polf gegen die Obermedizinalrat-Titelseuche, die jetzt im freien republikanischen Deutschland herrscht. Der Titel sollte nur den staatlichen Aerzten (Kreis- und Regierungsärzten) vorbehalten bleiben. Er empfiehlt Wiedereinführung des Sanitätsratstitels.

Dr. Michaelis-Bitterfeld.

Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung.

14. Jahrgang. Neue Folge, Bd. 4, 4. Heft.

Neue Reizstoffzusätze zur Blausäure bei Entwesungen. Es muß gesetzlich gefordert werden, daß bei der Entwesung mit Blausäure dieser Warnstoffe zugesetzt werden. Außerdem müssen unbedingt die Nachbarhäuser geräumt werden.

Fließarbeit und Hygiene. Die moderne Fließarbeit wirkt auf den Arbeiter äußerst ermüdend. Dieser natürlichen Ermüdung muß mit allen Mitteln begegnet werden. Das beste Mittel ist die gesteigerte Hygiene und zwar — wie Koedig schreibt — gute Lüftung, gute Heizung und Belichtung müssen möglichst vervollkommnet werden.

14. Jahrgang. Neue Folge, Bd. 4, 5. Heft.

Gleichstellung von Gewerbekrankheiten mit den Unfällen. Nach Kölsch wurden in Bayern 186 meldepflichtige Fälle zur Anzeige gebracht und zwar: Blei 153; Quecksilber 7; Arsen 10; Schwefelkohlenstoff 2; Benzol 3; Aromatische Nitro- und Amidoverbindungen 3; Röntgenschädigungen 4; Glasbläserstar 4.

40% aller Fälle waren nicht gerechtfertigt. 38% wurden als nicht zutreffend abgelehnt und 62% anerkannt.

Die Bleifälle, welche für den Praktiker das größte Interesse haben, verteilen sich, wie folgende Tabelle zeigt:

	Gesamtzahl	davon weiblich	anerkannt	abgelehnt
Schmelzer, Gießer	14	2	7	7
Löter	10	—	8	2
Installateure etc.	9	—	5	4
Graphische Industrie	30	—	8	22
Flaschenkapsel-Industrie	1	1	1	—
Accumulatoren	1	—	—	1
Farbenfabriken	6	—	5	1
Porzellanmaler	14	4	12	2
Keramischer Buntdruck	27	26	23	4
Glasierer	13	1	12	1
Glasmacher	2	—	1	1
Sonstiges	1	—	—	1
Maler	25	—	14	11

Chlorgasvergiftung und Chlorgewöhnung. Gegen Chlorgasvergiftung empfiehlt Lutz heißen starken Kaffee.

An Stelle der bisherigen, doch recht groben Methoden des Bleinachweises hat Paul Schmidt die von Trillat publizierte kolorimetrische Methode weiter ausgebaut. Nach Ueberführung des Bleies in PbO_2 zeigt eine mit Hilfe des Arnold-Menzel-Trillatschen Reagenz erzeugte Blaufärbung (durch O-Abgabe des Superoxyds) das vorhandene Blei an. Diese Reaktion verläuft proportional der

PbO_2-Menge. Qualitativ kontrolliert wird diese Probe mit Hilfe des Löweschen Spektrographen, wonach Pb bis in einige Tausendstel eines Milligramms qualitativ nachweisbar ist.

14. Jahrgang, Neue Folge, Bd. 4, 6. Heft.

Klinisches Bild der chronischen Bleivergiftung. Als erstes Symptom der chronischen Bleivergiftung fällt die Herabsetzung des Stoffwechsels auf; dann die neurasthenischen Symptome: Kopfschmerzen, Müdigkeit, Zerfahrenheit, Zittern, Herzklopfen, pseudoasthmatische Beschwerden. Später Anämie mit evtl. Körnelung der Erythrozyten, Bleisaum. Relativ frühzeitig kann es zu einer Verfärbung der Zähne, Nausea, üblem Geruch aus dem Munde, Reizung der Ohrspeicheldrüsen, kleinen Schleimhautblutungen im Magen und Duodenum, zu Ikterus kommen, ferner zu Hautjucken und pustulösem Exanthem.

Sehr geringe Bleimengen brauchen direkt noch keine Schädigung zu erzeugen, nur infolge der Herabsetzung des Stoffwechsels kann die Widerstandskraft des Organismus herabgesetzt werden.

In fortgeschrittenen Stadien imponieren die Kolikanfälle mit Obstipation. Sehr häufig werden die gichtähnlichen Affektionen der Gelenke nicht erkannt. Selbst kleine Bleimengen können zur Nierenzirrhose führen, „Bleiniere". Sehr alarmierend wirken die Bleiankylopie, psychische Depressionen, Manie, Delirium, Koma oder Konvulsionen als Zeichen kortikaler Hirnstörungen; ferner die Motilitätsstörungen (Bleilähmung, Bleiatrophie, Bleikontrakturen). Schließlich sei auf die Keimschädigung aufmerksam gemacht.

Frühzeitige Diagnosestellung ist notwendig.

Gesundheitsverhältnisse in Feilenhauereien. Weisbachs statistische Untersuchungen können eine besondere Gesundheitsgefährdung der Feilenhauer nicht anerkennen.

Paul Michaelis-Bitterfeld.

Archiv für Kinderheilkunde.

81., Heft 4, 15. Juli 1927.

Ueber Meningitis serosa bei Masern nebst Bemerkungen zur Chemie des Liquor spinalis. Beschreibung von drei Fällen, in denen im Ausschluß an Morbillen eine Meningitis serosa mit schweren meningitischen Erscheinungen auftrat. Auffallend bei diesen Fällen von Meningitis serosa postmorbillosa waren die hohen Werte der Chloride und des Reststickstoffs im Lumbalpunktat.

Lungenabszeß mit Sinusthrombose und außergewöhnlicher Hyperpyrexie bei einem zweijährigen Kinde. Interessant an diesem Fall waren die außergewöhnlich hohen Temperaturen, die einmal sogar die Höhe von 42,5° (!) erreichten. Diese Temperatur überlebte das Kind noch 8 Tage.

Die kongenital-luetische Bindehautinfiltration. (Histologische Untersuchungen.) Bei der Lues congenita zeigt sich gar nicht selten eine Infiltration der Bindehaut, die als „Infiltratio tarso-conjunktivalis" bezeichnet wird. Erreicht die Bindehautbeteiligung höhere Grade, so macht sie sich als Anämie und Infiltration oder stärkere Wulstbildung der Uebergangsfalte bemerkbar.

Akute Bronchialdrüsenschwellung mit einseitiger Bronchostenose. Beschreibung einer bisher in der Literatur nicht bekannten Erkrankung. Es handelt sich um einen 11 jährigen Knaben, der an einer subakut einsetzenden, fieberhaften, rasch vorübergehenden, bis zur völligen Kompression eines Luftröhrenastes führenden Bronchialdrüsenschwellung litt.

Zur Frage der Morbidität und Mortalität bei Lues congenita. Von den Gesamtaufnahmen der letzten sechs Jahre der Düsseldorfer Kinderklinik starben 17,7%. An Pneumonien 33,4%, dagegen a Lues congenita 43,9%. Von interkurrenten Erkrankungen bei Lu congenita erkrankten 29,4% an Pneumonie, davon starben 66% Relativ häufig sterben die kongenital-luetischen Kinder an Mage Darmerkrankungen (14,48%). Alle übrigen Erkrankungen (Seps Nephritis, Meningitis u. a.) spielen relativ geringe Rolle. Die ve hältnismäßig schlechten Pflegeergebnisse bei Lues congenita sin nach Meinung des Verfassers auf die Lues selbst, nicht aber a Hospitalismus zurückzuführen.

Pogorschelsky, Breslau.

Zeitschrift für Tuberkulose.

48., Heft 2.

Ueber Kavernen in den ersten Lebensjahren. Die klinische Di gnose der Kavernen in den ersten Lebensjahren erfolgt viel selten als am Sektionstisch. Es sind 2 verschiedene Kavernenformen unterscheiden: Die reinen Zerfallskavernen mit nur geringer od gar keiner bindegewebigen Reaktion, die vielfach nicht über Linse bis Erbsengröße hinausgehen und nicht selten der klinischen Beo achtung entgehen. Die andere Form, die isolierte Kaverne m Indurationen wurde bisher in dieser Altersperiode nur ganz ve einzelt beschrieben. Differentialdiagnostisch sind in Betracht ziehen die chronischen Pneumonien, die ebenfalls zu abszedierend Kavernen führen können, sowie die Scheinkaverne infolge Emphyse Die letzteren können sich längere Zeit hindurch erhalten und b ihrer Resorption eine Heilung vortäuschen.

Die Kavernen der Lungentuberkulose des Schulalters. D eigenen Nachforschungen des Verfassers beziehen sich auf 151 den Jahren 1915 bis 1923 behandelte Fälle. Von den erfaßt 135 Fällen sind 120 gestorben, 7 sind geheilt bzw. voll arbeitsfäh und 8 sind krank. Das bedeutet also eine Mortalität von 88,8% na 4 bis 12 Jahren. Die Kollapsbehandlung wurde in diesem Zeitrau nicht systematisch ausgeübt. Die Zusammenstellung zeigt, daß d kavernösen Lungentuberkulosen, und wie man erweitern muß übe haupt die offenen Kindertuberkulosen ohne Kollapsbehandlung b auf wenige Ausnahmefälle zugrunde gehen. Daraus folgt, daß d Therapie der offenen Kindertuberkulose so aktiv wie nur irge möglich sein muß. Von den Methoden der Kollapsbehandlung i der künstliche Pneumothorax die Therapie der Wahl. Von 23 eigen Fällen von künstlichem Pneumothorax der Jahre 1924 und 1925 si heute 12 bazillenfrei und frei von Krankheitserscheinungen. Zw sind gestorben, 4 sind krank, 5 ohne Nachricht. Eine ähnlic Statistik aus der Czernyschen Klinik ergibt eine Mortalitätsziff von 68%, nur 12% wurden bazillenfrei.

Hoden- und Nebenhodentuberkulose und Unfall. Die traumatisc Hoden- und Nebenhodentuberkulose ist sehr selten. Nahezu reg mäßig handelt es sich um eine traumatische Verschlimmerung ein vorbestandenen tuberkulösen Herdes. Zur Annahme eines Zusamme hanges einer Hoden- oder Nebenhodentuberkulose mit einem Unfa müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

1. Der Patient muß vor dem Unfall vollkommen frei von Tube kulose gewesen sein.
2. Das Trauma muß bewiesen sein oder wenigstens glaubwürd dargestellt werden können.
3. Das Trauma muß geeignet gewesen sein, jokalisierend od mobilisierend auf die Tuberkelbazillen zu wirken.
4. Unzweideutige Zeichen einer anatomischen Schädigung müss vorhanden sein.
5. Die Tuberkulose darf sich nicht früher als 3 bis 4 Wochen u nicht später als 2 bis 3 Monate als solche zu erkennen gebe

Ueber Blutgruppen bei Tuberkulosen. Ein Unterschied in d Verteilung der einzelnen Blutgruppen bei Tuberkulösen ist nicht vo handen. Die Verteilung der Blutgruppen bei Lungen-, Knoche und Gelenktuberkulösen in der Stadieneinteilung nach Gerhar Turban und in pathologisch-anatomischer Formeneinteilung lä keinen Unterschied erkennen.

H. Zwerg-Dresden.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

66., H. 1/2.

Ueber eine eigentümliche Fieberform bei kavernöser Lungentuberkulose. Es wurden 2 Fälle von kavernöser Lungentuberkulose beobachtet, bei denen nach einem völlig fieberfreien, oft wochenlangen Intervall plötzlich hohe Fieberzacken von kurzer Dauer auftraten, deren Genese noch unklar ist. Das einzig konstante Symptom bei diesen Fieberanfällen war ein starkes Ansteigen der Leukozyten im Blute bis etwa 17 000. Retention von Sekretmassen in den Kavernen kommt als Ursache für diese Fieberschübe deshalb nicht in Betracht, weil weder klinische noch röntgenologische Veränderungen in den Kavernen bei der Fieberattacke nachzuweisen waren.

Beitrag zur Beurteilung der Wirkung des Sanocrysins gegen Lungentuberkulose. In der Arbeit werden kasuistisch zehn Fälle von Lungentuberkulose mitgeteilt, bei denen die Sanocrysinbehandlung in augenfälliger Weise eine frische Tuberkulose zum Stillstand gebracht hat. Solche Besserungen werden im gleichen Zeitraum bei irgendeiner anderen Behandlungsmethode nicht erzielt.

Ueber die Wirkung des Sanocrysins und des Serums von Möllgaard am Meerschweinchen. Auf Grund umfangreicher Tierversuche kommen Verfasser zu folgenden Schlüssen: Es besteht kein Unterschied in der Wirkung des Sanocrysins auf den gesunden und auf den tuberkulösen Organismus. Die durch die Sanocrysinbehandlung hervorgerufenen Erscheinungen sind nicht tuberkulotoxischer Natur, sondern beruhen auf einer Schwermetallvergiftung. Das Serum von Möllgaard erwies sich gegenüber der Sanocrysinvergiftung als wirkungslos, und zwar sowohl beim normalen wie auch beim Tbc. infizierten Meerschweinchen. Es besaß weiterhin keine entgiftenden Eigenschaften gegenüber der Tuberkulinvergiftung beim tuberkulösen Meerschweinchen. Ein Heilerfolg mit Sanocrysin konnte unter den angeführten Bedingungen an tuberkulösen Meerschweinchen nicht erzielt werden.

Was kann uns die Blutkörperchensenkungsprobe für die Beurteilung unserer Patienten sagen? Stimmt die fortlaufend angestellte Blutprobe mit dem sonstigen klinischen Befunde von Anfang an und in der weiteren Entwicklung überein, so bildet sie eine wesentliche Stütze für die Stellung unserer Prognose. Besteht dagegen ein krasses Mißverhältnis zwischen dem günstig erscheinenden klinischen Befund und dem Ausfall der Senkungsreaktion, so ist sie für uns unter der Voraussetzung, daß keine andere Ursache aufzufinden ist, ein Warnungssignal. Besteht das Mißverhältnis dauernd, so muß sie uns Veranlassung geben, immer wieder aufs Genaueste dem Grunde nachzuforschen. Ein solcher ergibt sich früher oder später fast stets.

Zur Frage der Blutviskosität bei Lungentuberkulösen. Bei Lungentuberkulösen steigt die Blutviskosität parallel mit dem Grade der tuberkulösen Intoxikation, mit der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen, mit der Zahl der Erythrozyten im Blute. Der Hämoglobingehalt und die Zahl der Leukozyten hat bei Lungentuberkulösen keinen Einfluß auf die Blutviskosität.

Beitrag zur Verschlimmerung der Lungentuberkulose nach Trauma. Ein an gutartiger, einseitiger, offener Spitzentuberkulose leidender Kraftfahrer fuhr in der Dunkelheit mit seinem Kraftwagen gegen einen ohne Beleuchtung haltenden Gerüstwagen, wobei er mit der Brust links oben gegen einen Balken gepreßt wurde. Er war für Minuten besinnungslos, im Krankenhaus wurde außer einer Rippen- und Schlüsselbeinfraktur ein linksseitiger Pneumothorax und ein Hämatom in der linken Brusthöhle festgestellt. Bei einer sechs Monate später vorgenommenen, eingehenden Lungenuntersuchung wurde eine schwer über beide Lungen disseminierte Tuberkulose festgestellt. Das pathogenetisch Seltene an dem Fall ist, daß bei einer praktisch fast zur Heilung gekommenen, tertiären Lungentuberkulose durch ein Trauma eine derartige, hämatogene Aussaat hervorgerufen ist. Die vor dem Trauma leidlich günstige Prognose hat sich seit der Aussaat durchaus zum Schlechten gewandt.

Darmtuberkulose und Therapie. Auf Grund überraschend günstiger Erfahrung an zwei Fällen von Darmtuberkulose, welche kombiniert mit Stypticin und Wismut behandelt wurden, empfiehlt Verfasser diese Therapie bei einer größeren Zahl von Fällen praktisch zu erproben.

Das Krankheitsbild der Typhobazillose (nach Landouzy). Wie schon der Name sagt, ahmt die Typhobazillose in vollkommener Weise den Unterleibstyphus nach. Man beobachtet in erster Linie Allgemeinsymptome, die auf eine akute septische Erkrankung hinweisen, dann tritt meist Benommenheit auf, die sich bis zu Delirien steigern kann. Die Temperatur ist stark erhöht, remittierend, die Pulszahl verhältnismäßig niedriger als die Temperatur. In der Mehrzahl der Fälle besteht eine Milzschwellung, häufig auch eine Anschwellung der Leber. Die Zunge ist trocken und belegt, sehr häufig bleiben Spitze und Ränder wie beim Typhus frei von Belegen. Roseolen kommen nur selten vor, im Blutbild ist wie beim Typhus in der Regel eine Leukopenie anzutreffen. Im Gegensatz zum Typhus bleibt der Appetit meist gut. dies fällt bei der Schwere des Krankheitsbildes besonders auf. Die Krankheit kann sich über Wochen und Monate hinziehen, in der Regel endet sie nach mehr minder langer Zeit tödlich. Die Diagnose der Typhobazillose ist selbst für den, der die Krankheit kennt, immer schwierig. Insbesondere ist die Abgrenzung gegen den Unterleibstyphus von größter Wichtigkeit. Ferner kommt die Miliartuberkulose differentialdiagnostisch in Betracht und die banale Sepsis. Gesichert werden kann die Diagnose allein durch die bakteriologische Untersuchung bzw. durch das Tierexperiment. Es ist gelungen, aus Blut und Urin nach Ziehl-Neelsen färbbare Bazillen zu gewinnen, welche im Tierversuch Miliartuberkulose verursachen. Verfasser hat auf der Infektionsabteilung des Virchow-Krankenhauses zwei Fälle von Typhobazillose beobachtet. Beide Fälle kamen ad exitum und wurden seziert. In einem Falle war eine miliare tuberkulöse Aussaat in Lungen, Leber, Milz und Nieren vorhanden.

H. Zwerg, Dresden.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.

78., Mai 1927.

Erfahrungen über die Behandlung der Iristuberkulose mit Röntgenstrahlen. Trotz manchen Versagens der Tuberkulinbehandlung bei der Iristuberkulose, trotz günstiger Resultate bei Radium- Mesothor-Bestrahlungen (Koster 1913) hat man sich erst in neuerer Zeit (Scheerer 1922 und 1925) entschlossen, die Röntgentherapie bei der Iristuberkulose anzuwenden. Die Befürchtungen hinsichtlich schädigender Einwirkung erübrigen sich bei vorsichtiger Dosierung und Filterung; namentlich die Linse ist besonders widerstandsfähig gegenüber Röntgenstrahleneinwirkung (Chalupecky, Comberg). Die Verfasser behandelten 40 Fälle, teils alter, teils frischer Iristuberkulose aus allen Lebensaltern mit Röntgenstrahlen. Die Erfolge waren außerordentlich günstige, besonders in den frischen Fällen (unter 10 Fällen neunmal ein guter Erfolg, d. h. mit Reizlosigkeit und Rezidivfreiheit des Bulbus). 24 Stunden nach der Bestrahlung setzt eine Frühreaktion ein, die meist nach weiteren 24 Stunden abklingt.

Das Auge beginnt dann abzublassen, die Exsudatbildung hört auf, Präzipitate schwinden, die Knötchen bilden sich zurück. Aeltere Fälle erfordern höhere Gesamtdosen, als frische, auch ist die Wirkung nicht so sicher. In 5 Fällen fanden sich Linsenschädigungen, in zwei anderen Hornhautdegenerationen, alle waren nicht sicher mit der Bestrahlung in Zusammenhang zu bringen, weil es sich um alte Fälle handelte. Wichtig ist, daß nach 4 bis 6 Wochen eine Spätreaktion eintritt, die mit Injektion und Präzipitatbildung einhergehen kann; neue Bestrahlung darf hier nicht angewandt werden. Tuberkulinkur sollte stets gleichzeitig gemacht werden, da die Röntgenstrahlen ja nur lokal beeinflussen.

Zur Frage der therapeutischen Beeinflußbarkeit der tabischen Optikusatrophie. Durch die grundlegenden, pathologisch-histologischen Untersuchungen Stargardts, die durch die Arbeiten Richters und anderer Autoren bestätigt wurden, ist erwiesen, daß es sich bei der tabischen Optikusatrophie nicht um eine primäre Degeneration handelt, sondern daß ein entzündlicher Prozeß, der vor allem im Chiasma und im intrakranialen Optikus sitzt, den Ausgangspunkt darstellt. Histogenetisch beruht die Optikusatrophie auf einem von der pialen Hülle ausgehenden, exsudativen Prozeß. Wichtig ist dabei besonders die Feststellung, daß in Fällen beginnender Optikusatrophie nur in den den lädierten Nervenfasern entsprechenden Retinateilen Degeneration gefunden werden kann. Es handelt sich also nicht um einen aufsteigenden Prozeß, sondern die in den unteren Nervenabschnitten ohne exsudative Erscheinungen vorkommende Atrophie kann für eine absteigende, sekundäre Degeneration gelten. Aus diesen Tatsachen darf berechtigterweise gefolgert werden, daß der Fortschritt des atrophischen Prozesses durch einen zur rechten Zeit einsetzenden Eingriff doch aufgehalten werden kann. Das Versagen der bisher angewandten Therapie, die an dem Endresultat völliger und bleibender Amaurose in fast 100% der Fälle nichts zu ändern vermochten, hat den Grund, daß die Meningen, als eine hämatoenzephalitische Barriere, zahlreiche Substanzen, so auch Arzneimittel, aus der Blutbahn nicht in das Parenchym des Zentralnervensystems durchlassen (Stern und Gautier). Klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen zeigen nun, daß die Permeabilität der Meningen bei entzündlichen Prozessen hochgradig zunimmt. Es lag also der Gedanke nahe, die selektiv zurückweisende Wirkung der hämatoenzephalitischen Barriere gegenüber den in die Blutbahn gelangten, antiluetischen Mitteln zu verringern und so den Uebertritt ins Nervenparenchym zu erleichtern. Fazakas kombinierte die Thurzosche intravenöse oder intrakarotideale Neosalvarsan-, Neosilbersalvarsan-Novasurol-Mischspritzenbehandlung mit der Bingelschen endolumbalen Lufteinblasung, die er später durch eine endozysternale Lufteinblasung ersetzte. Er erzielte dadurch, wie die Liquoruntersuchung ergab, eine aseptische, meningeale Reizung. Ophthalmoskopisch war an zwei daraufhin beobachteten Fällen 4 bis 6 Stunden nach der Einblasung eine ausgesprochene, aktive Hyperämie sichtbar, die 2 bis 3 Tage andauerte. Methodik: wöchentlich einmal abwechselnd 25 bis 40 ccm Luft endozystemal oder Neosalvarsanlösung in steigender Dosis ebenso; inzwischen wöchentlich zweimal intravenös oder intrakarotideal Neosalvarsan bzw. Neosilbersalvarsan-Novasurol-Mischspritze. Die endozysternalen Einblasungen und Injektionen werden fünf- bis siebenmal wiederholt: die antiluetische Injektionskur muß in bezug auf die Gesamtmenge recht energisch sein. Die Erfolge in drei berichteten Fällen, von denen der eine bereits 3½ Jahre kontrolliert wird, waren folgende: in allen 3 Fällen wurde deutliche Besserung der zentralen Sehschärfe und Erweiterung des Gesichtsfeldes für Weiß erreicht; in zwei Fällen auch Erweiterung des Gesichtsfeldes für Rot-Grün; im dritten Fall kehrte die erloschene Farbenempfindung für Rot-Grün in einem Ausmaß von 10° um das Zentrum wieder. Reichling, Berlin.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

76., Heft 6, Juli 1927.

Zur Sekaleverordnung. Verfasser wendet sich gegen die immer mehr zunehmende Anwendung von Injektionsmitteln, da man bei innerer Verabreichung dasselbe erreichen kann. Auch der Mißbrauch von Organpräparaten wird von ihm getadelt. Die Blutungen rühren schließlich nicht von den Eierstöcken, sondern vom Uterus her und die Mittel, die auf die glatte Muskulatur wirken, ermöglichen die Erfolge. Die synthetischen Mutterkornpräparate rufen oft übl Nebenwirkungen hervor und Verfasser tritt daher für die alte Sekale-Präparate ein. Der Nachteil, daß Sekale allmählich an Wirkung verliert, kann durch Erhöhung der Dosis ausgeglichen werden. Die Beobachtung, daß Mutterkornvergiftungen bei Genuß von un gereinigtem Mehl auftraten, ohne das Erbrechen oder Uebelkeit sic als warnende Symptome einstellten, brachte Verfasser auf den Ge danken, Sekale zu Heilzwecken als Gebäck zu verabfolgen. E dosiert für jedes Brötchen ein halbes Gramm Sekale und hat dam oft bessere Erfolge gesehen, als bei Anwendung von Präparaten de Industrie.

Beobachtungen bei Sepsis puerperalis, insbesondere über Lokalisation und Häufigkeit der Metastasen. Die Aetiologie der Sepsis i eine so verschiedenartige, daß es schwer ist, ein einheitliches Krankheitsbild aufzustellen. Die einzelnen Erreger haben sehr verschieden Eigenschaften und von der Art der Einbruchspforte hängt das Krankheitsbild ab. Nach Schottmüller liegt eine Sepsis vor, wenn sich i Körper ein Herd gebildet hat, von dem aus Bakterien in den Blu kreislauf gelangen und Krankheitserscheinungen auslösen. Ve fasserin versuchte in 300 Fällen festzustellen, in welchem Organ un wie oft bei den einzelnen Formen Metastasen auftraten, wobei z berücksichtigen ist, daß lange nicht alle Metastasen klinische Symptome machen. Sie teilt ihr Material in 5 Gruppen und zwar:

1. Die Endometritis septica. Das Endometrium ist die Eingangspforte, das Krankheitsbild nimmt meist einen günstigen Verlau Metastasen kommen selten vor.

2. Die Endo- und Thrombophlebitis. Sie entwickelt sich in de Venengeflechten. Das infektiöse Material zerfällt und kommt in de Kreislauf.

3. Die Endokarditis. Der Herd liegt im arteriellen System un sendet dauernd Keime in das fließende Blut. Das Krankheitsbild i stets sehr schwer.

4. Die Lymphangitis. Hier gelangen die Bakterien in das Lymp system. Die Prognose ist günstig.

5. Die Mischformen. Hier kombinieren sich die verschieden Formen untereinander. Die zweite und dritte Gruppe gibt d schlechteste Prognose. Die vierte führt in der Hälfte der Fälle z Tode. Wichtig ist für die Beurteilung des Falles die Art des E regers. Bei Thrombophlebitis herrscht der anerobe Streptococc vor, während der hämolytische die Lymphbahnen beherrscht.

Die Metastasen geben der Sepsis oft das Gepräge. Bestimm Organe werden bevorzugt, so besonders die Lunge, was sich a den anatomischen Verhältnissen ergibt. Ferner die Nieren, besonde bei der endokarditischen Form. In der Leber und Milz sind s relativ selten, während die Gelenke öfters befallen werden.

Verfasserin kommt zu dem Resultat, daß die Mortalität 75 und das Vorkommen der Metastasen ebenfalls 75% beträgt. B der Thrombophlebitis beträgt die Mortalität 70%. Lymphangit kommt in 10% aller Fälle vor, Mortalität 50%. Die Endokarditis 12% der Fälle hat eine Mortalität von 100%.

Der Einfluß entzündlicher Adnexerkrankungen auf den Abla des mensuellen Zyklus. Die Frage, welchen Einfluß die Entzündung der Adnexerkrankungen auf den Menstruationszyklus haben, wi vom Verfasser am klinischen Material nachgeprüft. Er berücksic tigt die Entzündungen nur oberhalb des Os internum, d. h. solch Fälle, bei denen eine oder beide Typen befallen sind. Er unte scheidet

1. die akut entzündliche Affektion,
2. die chronische,
3. die rezidivierenden Fälle,
4. die isolierten Pyovarien.

Bei der ersten Gruppe machten unter 175 94mal die Infektion keinerlei Veränderung des Zyklus, nur in 42 Fällen zeigte sich e verändertes Bild. Die Menstruation kommt zu früh oder zu sp ist verstärkt und geht oft in eine drei- und mehrwöchige Blutung üb Der spätere Ablauf kann normal sein, wenn die Endometritis a klingt. Dies hängt von verschiedenen Faktoren ab, zum Beisp der Stärke der Infektion und der Widerstandsfähigkeit des Kei plasmas. In der 2. Gruppe hat im Gegensatz zur ersten der norma Zyklus abgenommen und besteht nur in ⅕ der Fälle. In 11 Fäll ist die Menstruation mit Schmerzen verbunden, in 26 Fällen ist d Regel verstärkt, in 40 Fällen ist der Ablauf verkürzt. Bei d Rezidiven ist die Häufigkeit des normalen Ablaufes herabgeminde verstärkte und schmerzhafte Menses wiegen vor. In den meist Fällen ist die Ursache im Eierstock zu suchen. In der 4. Gruppe unter 16 Fällen siebenmal die Blutung unbeeinflußt. In 4 Fällen das Ablaufstempo verkürzt und in einem Fall ist der Zwischenrau zwischen 2 Menses verlängert. Kosminski, Berlin.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 30, 23. Juli 1927.

Die Palpation des Harnleiters bei der Frau. Der Verfasser bemühte sich, zunächst durch Untersuchungen an der Leiche, später am Lebenden, von der Vagina aus die Ureteren kurz vor ihrem Eintritt in die Blase abzutasten, was ihm in etwa 80 von 100 seiner Fälle gelang. Der exakte Nachweis: daß die vom vorderen Scheidengewölbe her palpierten Stränge auch wirklich die Ureteren sind, wird durch einige vorzügliche Röntgenbilder erbracht. Verf. ist der Ansicht, daß man mit einer größeren Uebung in der Palpation der gesunden Ureteren lernen werde, frühzeitig krankhafte Veränderungen an ihnen zu erkennen, was bisher erst in ganz ausgesprochenen Fällen durch Betastung möglich war. Verf. hofft, auf diesem Wege in der klinischen Diagnostik und Differentialdiagnostik weiterzukommen, z. B. bei Pyelitis gravidarum. (M. E. ist der Harnleiterpalpation nicht so eminente Wichtigkeit beizumessen, wie der Verf meint. Tatsächlich spielen sich doch die wichtigsten pathologischen Veränderungen der oberen Harnwege an den Nieren und Nierenbecken und nicht am untersten Teile der Harnleiter ab. D. Ref.)

Zur Differentialdiagnose großer Bauchtumoren. Erfahrungsgemäß sind es nächst den inneren Genitalien bei der Frau die Harnorgane, welche differentialdiagnostisch beim Vorliegen großer Bauchtumoren die größte Beachtung verdienen. Wenn die Palpation versagt oder doch zu keinem endgültigen Ergebnis führt, muß unter allen Umständen durch Zystoskop und evtl. Röntgenbild der Ausgangspunkt der Tumorbildung eruiert werden, ehe zur Operation geschritten wird. An Hand von 5 Fällen eigener Beobachtung zeigt Verf., daß oftmals riesige Hydronephrosen, kalte tbc. Abszesse in der Lendengegend und Pyonephrosen mit Steinbildung Genitaltumoren bei der Frau vortäuschen und bei wenig gewissenhafter Untersuchung zu schweren diagnostischen Irrtümern Veranlassung geben können.

Nr. 31, 30. Juli 1927.

Schwab, Hamburg.

Strahlentherapie.

25., Heft 4.

Ueber die Sättigungsmethode in der Röntgentherapie tiefliegender maligner Geschwülste. Die Sättigungsmethode besteht in der Imitierung einer H. E. D. in das erkrankte Gewebe entweder als Einzeldosis oder als kumulierende Dosis und Aufrechterhaltung dieser Wirkung für eine gewisse Zeit mittels kleiner Zusatzdosen, welche dem Verlust an Wirkung während irgendeiner gegebenen Zeitspanne entsprechen. Die Aufrechterhaltung des optimalen Gewebeeffektes, die Häufigkeit, mit welcher Bestrahlungen wiederholt werden können und die Dosisgröße derselben muß notwendigerweise von dem Tempo abhängen, in welchem die Wirkungen der Strahlen verloren gehen. Aus theoretischen Ueberlegungen folgt, daß die Wirkung einer applizierten Strahlendosis gesetzmäßig abnimmt in Form einer logarythmischen Kurve. Der Reaktionsablauf ist verschieden je nach der Qualität der Strahlen. Nach Ablauf der ganzen Periode kann die volle Dosis wiederholt werden. Erstrebt man aber Sättigung, so folgt aus den obigen Ueberlegungen, daß nach Ablauf eines Viertels der Periode eine halbe Erythemdosis zu applizieren ist oder nach Ablauf einer halben Periode drei Viertel der Dosis. Zu lange darf die Sättigung aber mit Rücksicht auf das umgebende gesunde Gewebe nicht aufrecht erhalten werden. Verf. empfiehlt, die maximale Bestrahlung innerhalb einer kurzen Frist zu geben, um auf diese Weise die Vorteile der massiven Dosis hinsichtlich ihrer destruktiven Wirkung auf die Tumorzellen wahrzunehmen. Dadurch, daß man hernach diese maximale Wirkung für 10 bis 14 Tage fortsetzt, kann man erwarten, sämtliche Krebszellen während des Teilungsprozesses zu bestrahlen. Verf. hat mit dieser Methode gute klinische Erfolge erzielt.

Die Behandlung des Zungenkrebses. Der Zungenkrebs gehört zu den am schwersten zu behandelnden Typen maligner Erkrankungen. In dem aus reinem Muskelgewebe bestehenden, frei beweglichen, reichlich mit Blut- und Lymphgefäßen durchsetzten und der Verletzung durch schadhafte Zähne ausgesetzten Organ wächst der Krebs rapide und setzt frühzeitig Metastasen. Die Mortalität beträgt 75 bis 90%, die Lebensdauer nicht behandelter Fälle weniger als zwei Jahre. Der Sitz des Tumors ist für die Behandlung von großer Bedeutung. Der Krebs der Zungenspitze ist therapeutisch erheblich besser anzugreifen als der am Zungenrande lokalisierte Tumor. Wesentlich für die Aussichten der Theraapie ist naturgemäß auch das Alter und das Allgemeinbefinden sowie namentlich die Frage, ob eine Mischinfektion vorliegt. Die letztgenannte Komplikation verschlechtert die Prognose ganz erheblich. Die chirurgische Behandlung des Zungenkrebses ist in 15 bis 20% der operablen Fälle erfolgreich. Ueber die Hälfte aller Fälle ist aber inoperabel. Auch die Strahlentherapie schien anfangs keine besseren Aussichten zu haben. Ein wichtiger Fortschritt aber war es, als Duane die Radiumemanationsbehandlung mittels kleiner Glaskapillaren, die in die Geschwulst direkt instilliert werden, in die Praxis einführte. Diese Röhrchen sind 3 : 0,3 mm groß und enthalten je 1 Millikurie Radiumemanation. Im allgemeinen berechnet man ein Röhrchen auf 1 ccm Tumorgewebe. Man appliziert sie mittels eines Troikarts, wobei man möglichst durch gesundes Gewebe hindurchgeht und verteilt die Kapillaren so, daß der infiltrierende Tumorrand dichter gespickt wird als das Zentrum.

Ehe man die Radiumemanationsbehandlung vornimmt, muß eine gründliche Hygiene des Mundes durchgeführt werden, um die Mischinfektion nach Möglichkeit zu beseitigen. Vor der Anwendung der Bare tubes nimmt man äußere Röntgen- oder Radiumbehandlung des Mundes vor, um einer Implantation von Tumorzellen in gesundes Gewebe hinein vorzubeugen. Sodann wird die Primärläsion nach den oben skizzierten Prinzipien mit Emanationskapillaren behandelt. Man soll nach Möglichkeit die Läsion in ihrem ganzen Umfange mit einer einmaligen Applikation von nackten Röhrchen versorgen. Gelingt dies nicht, so muß man mit der Behandlung der restierenden Partien mehrere Wochen warten. Die zweite Dosis wird meist nicht so gut vertragen wie die erste, die Gefahr der Nekrose und der Blutung ist größer. Auf die Einführung von nackten Röhrchen folgt eine scharfe entzündliche Reaktion, die auf das sorgfältigste behandelt werden muß, um Mischinfektionen zu vermeiden. Die Reaktion verursacht eine Schwellung und Schmerzen für die Dauer von 4 bis 8 Wochen. Besteht die Gefahr einer ausgebreiteten Gewebsnekrotisierung, so muß die Carotis ext. unterbunden werden. Der Ablauf der Nekrotisierung kann durch Hochfrequenzkaustik verkürzt werden.

Wenn sich ein Karzinom in einer Zunge entwickelt, die der Sitz einer generalisierten syphilitischen Glossitis (nicht Leukoplakie) ist, so ist nach einleitender äußerer Röntgenbestrahlung die totale Entfernung der Zunge geboten. Ist nach der Ausbreitung der Krebsgeschwüre keine Heilung mehr zu erwarten und muß man sich mit palliativer Behandlung begnügen, so ist ebenfalls äußere Röntgen- oder Radiumbestrahlung der Behandlung mit Bare tubes vorzuziehen. Um die Schmerzen bei der Spickmethode herabzusetzen, kann man statt der Glaskapillaren solche aus Gold verwenden. Das Gold eliminiert die ganze β-Strahlung. Bei der Behandlung der Drüsenknoten empfiehlt Verf. intensive Bestrahlung in Kombination mit chirurgischer Behandlung. Letztere wird aber nur dann vorgenommen, wenn deutlich palpable und operable Drüsenknoten vorhanden sind. Verf. steht auf dem Standpunkt, daß die Lymphknoten bis zu einem gewissen Grade eine lebenserhaltende Funktion haben und eine Barriere darstellen, die das Fortschreiten der Erkrankung verhindern. In jedem Falle wird zu beiden Seiten des Halses eine gründliche Bestrahlung mit Röntgen oder Radium durchgeführt. Sind palpable bewegliche Drüsenknoten vorhanden, so werden diese mit dem Messer entfernt und in das Drüsenbett werden Bare tubes hineingelegt. Ist der Drüsenknoten aber fixiert, ist die Kapsel also bereits durchbrochen, so kommt die operative Behandlung nicht mehr in Betracht, solche Fälle sind der Röntgenbestrahlung zuzuführen.

Die Erfolge mit der dargelegten Methode sind als ermutigend zu bezeichnen. An einem großen Material hatte Verf. bessere Resultate, als sie von den günstigsten Statistiken bei chirurgischer Behandlung angegeben werden. Dazu kommen noch zahlreiche Palliativerfolge, deren Bedeutung für die Praxis nicht zu unterschätzen ist.

Eine neue Methode intratumoraler Bestrahlung. Failla berichtet über die (im vorhergehenden Referat schon erwähnte) Methode der Instillierung von Goldkapillaren mit Radiumemanation (Radon). Bei der bisher üblichen Verwendung von Glaskapillaren erfolgt in der Umgebung des Röhrchens eine Gewebsnekrose, die auf die Wirkung der β-Strahlen zurückzuführen ist. In dieser Hinsicht sind also die Bare tubes den mit Radium gefüllten Platinnadeln unterlegen. Letztere müssen aber nach einigen Tagen wieder entfernt werden. Reines Gold läßt sich nun wie Glas zu feinen Kapillaren verarbeiten, die eine beträchtliche Menge von Radon aufnehmen können. Di Nadeln können im Gewebe dauernd liegen bleiben. Die β-Strah werden von Gold ebenso vollkommen absorbiert wie von Platin, Dosenverteilung gestaltet sich also gleichmäßig, Gewebsnekro treten nicht auf.

Ueber die Radiumbehandlung der Aktinomykose des Gesic und des Halses. In 21 Fällen von Aktinomykose, die vorher verg lich mit Jod und chirurgisch behandelt worden waren, nahm V Radiumbehandlung vor mit dem Erfolg, daß alle Fälle ohne Rezid völlig ausheilten. In der Mehrzahl der Fälle wurde sogar ein gu kosmetischer Effekt erzielt. Es wurden Radiumpräparate mit 1 2 mm Bleifilter angewandt.

Ueber die Bestrahlungsbehandlung der Lungentuberkulose. V empfiehlt die Behandlung mit weichen, 1 mm aluminiumgefilter Röntgenstrahlen, die auf die ganze Körperoberfläche einwirken. Hi durch sollen die Abwehrkräfte angeregt werden. Die Dosis der e zelnen Bestrahlung ist sehr klein (1/10 H). Es werden 10 solc Bestrahlungen nach einander vorgenommen. Nach Intervallen 10 bis 15 Tagen werden vier bis fünf solcher Serien verabfolgt.

Ueber den therapeutischen Wert roter Strahlen. Da das E einen roten Farbfilter darstellt, können alle direkten Lichtwirkun in den tiefer gelegenen Geweben nur durch rotes Licht hervorgeru sein. Das rote Licht dringt tiefer in die Gewebe ein als die ult roten Wärmestrahlen. Haut, Bindegewebe, Blutgefäße, Schleimhä und auch der Knochen sind für rotes Licht stark durchlässig. Musk gewebe hingegen und entzündliche Exsudate absorbieren die ro Strahlen stärker. Zur Anwendung in der Medizin verwendet V besonders konstruierte Kohlenfadenlampen, vor die ein roter Natriu glasschirm gesetzt wird zwecks Absorption der ultraroten Strahl Verf. konnte gute Erfolge buchen bei der Behandlung der Musk atrophie nach Poliomyelitis acuta. Auch tuberkulöse Geschwüre Abszesse reagierten günstig, desgleichen Lupus vulgaris.

Kirschmans

Zahnärztliche Rundschau.

Nr. 28, 10. Juli 1927.

Die zahnhygienisch-prophylaktische Wirkung des Emser Sal und die Präparate der staatlichen Brunnen- und Badeverwaltung Ems (Emsolith). Die antikatarrhalische Wirkung der kohlensau Alkalien durch Lockerung der Schleimhäute und Verflüssigung Schleims, sowie der sekretionsfördernde Einfluß auf die Drüsen anerkannterweise von heilender Wirkung. Es wäre als ein gro Fortschritt in der zahnärztlichen Therapie zu begrüßen, wenn sachgemäße Pflege des Mundes und der Mundschleimhäute Spülungen von Emser Salzlösungen (Emser Kränchen) und g besonders mit der Verwendung des Emsoliths als Zahnreinigun mittels einsetzen würde, nicht zu vergessen der erfolgverheißen Möglichkeit, chronische Fälle von Erkrankungen der Mundschle häute durch eine Emser Kur zu bessern oder zu heilen.

Nr. 29, 17. Juli 1927.

Nr. 30, 24. Juli 1927.

Noch ein Wort zur Zahnbürstenfrage. Entgegnung auf den ·eits referierten Aufsatz von Ernst Mayer in Nr. 23 der Zahn-:tlichen Rundschau. Verfasser faßt seine Ausführungen folgender-ßen zusammen: Die Zahnbürste ist in geeigneter Form und bei ·nünftigem Gebrauche ein absolut harmloses, vorzügliches und entbehrliches Werkzeug zur täglichen Mundpflege. Nur bei un-·nünftiger, fehlerhafter Handhabung können durch sie Schädi-ıgen sowohl an den Zähnen selbst als auch an den Weichteilen ;etzt werden. Würde man deshalb die Zahnbürste abschaffen, e es von Mayer gefordert wird, so müßten wir noch vorher sser, Gabel, Schere und Licht, die wie das alte Sprichwort mit :ht sagt, für kleine Kinder nicht taugen, auch den Erwachsenen ziehen. Wir dürfen im Gegenteil unter geeigneter Aufklärung l Belehrung über den unschätzbaren Nutzen der Zahnbürste bei ıtiger Wahl und richtiger Handhabung und Warnung vor eventl. fahren bei deren Mißbrauch eine möglichst fleißige Benützung Zahnbürste mit gutem Gewissen empfehlen.

L. Gordon.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift.

Nr. 13, 1. Juli 1927.

L. Gordon.

Wiener Medizinische Wochenschrift.

77. Nr. 17. 23. April 1927.

Zwei Kaiserschnitte aus seltener Indikation. Es werden zwei ·e beschrieben, bei denen die Weichteile die absolute Indikation ı Sektio abgaben und die in Bezug auf die pathologisch-anato-·che Gestaltung des Fruchthalters und seiner Umgebung große ınlichkeit besitzen. In beiden Fällen kam es infolge voraus-gangener lokaler Entzündung und Verklebung der vorderen Uterus-wand mit der Umgebung zu ungleichmäßiger Entfaltung des Uterus.)i vordere Uteruswand wurde während der Wehentätigkeit mitsamt le Halsteil hoch über der Symphyse zurückgehalten, während der i·ntliche Fruchthalter bloß durch die Erweiterung und Ausdehnung e hinteren Uterus-Cervixwand gebildet wurde. Im ersten Falle ·den diese Veränderungen auf einen in der Jugend überstandenen ·hus abdominalis mit peritonealen Erscheinungen zurückgeführt, ı zweiten Falle werden sie mit einem heftigen mechanischen Insult ı rsächlichen Zusammenhang gebracht.

77. Heft Nr. 18. 30. April 1927.

Ueber Gangrän der unteren Extremitäten bei Syphilis. Bei einem 5jährigen Bauer findet sich auf einem Unterschenkel ein 9×16 cm ·es Geschwür, der Grund mit nekrotischen, eine übelriechende ·üsigkeit absondernden Massen bedeckt, die Ränder sind infiltriert, ı gelmäßig. Drei Fistelöffnungen in der Umgebung führen auf den ·elegten Knochen. Lues wird negiert, das Geschwür entwickelte ·c nach einer Verletzung. Die Wassermannereaktion ist negativ, ·oı kann die Diagnose Lues aus der bestehenden Periostitis und ·ä·lscheidenförmigen Verkrümmung der Tibia und der Perforation ·e weichen Gaumens gestellt werden. Die eingeleitete kombinierte ·i-·eosalvarsankur blieb erfolglos, das Bein mußte amputiert werden. ·e einer 43jährigen Patientin, hochgradig abgemagert, greisenhaft aussehend, besteht auf dem linken Oberschenkel und linken Unter-schenkel eine enorme, von infiltrierten Rändern umrahmte gangrä-nöse Fläche. Das Geschwür trat nach einem Fall auf. Die WaR negativ. Patientin negiert Lues, ist Alkoholikerin, hat achtmal ge-boren, nie abortiert, Menses haben seit einigen Jahren aufgehört. Die vor einiger Zeit durchgeführte Behandlung mit einigen Neosalvarsan-injektionen führte zu keiner Besserung. Die jetzt eingeleitete ener-gische antiluetische Kur führte zur vollständigen Reinigung und Epi-thelisierung des Geschwürs bei bedeutender Besserung des Allgemein-befindens. — Bei einer dritten Patientin, 27 Jahre alt, kräftig gebaut, aber abgemagert, findet sich auf dem linken Unterschenkel ein bis auf den Knochen reichendes Grschwür mit zerfetzten Rändern, WaR stark positiv. Das Geschwür entwickelte sich im Anschluß an eine Verletzung durch einen Pferdehuf. Die bereits zweimal durchgemachte antiluetische Kur mit 10 Hg. Injektionen und 3—5 Neosalvarsaninjek-tionen führte zu keiner Besserung. Mehrfach vorgenommene Bijo-chinol-Neosalvarsankuren rufen zeitweilige Besserung hervor, doch kann der weit vorgeschrittene Prozeß nicht mehr aufgehalten werden, so daß schließlich die Amputation des Beines erfolgen muß. — Bezüg-lich der Frage, warum es gelegentlich bei Syphilis zu Gangrän kommt, scheinen beschriebene Fälle für die Annahme zu sprechen, daß Schwäche des Organismus einerseits, Infektion mit jauche-erregenden Kokken (im Anschluß an Verletzungen) andererseits, be-günstigende Momente darstellen. Auch die Lokalisation der gangrä-nösen Geschwüre stützt diese Annahme, da sie in allen Fällen Traumen und Infektionen leicht unterworfene Körperstellen betrifft. Wie der zweite der beschriebenen Fälle zeigt, steht man der syphi-litischen Gangrän nicht machtlos gegenüber, wenn die Therapie recht-zeitig einsetzt und energisch durchgeführt wird.

Alimentäre Galaktosurie und Adrenalin-Glykosurie. Kaninchen, die mit Phosphor vergiftet sind, zeigen auf Zufütterung von Galaktose oder Einfuhr derselben direkt in das Pfortadersystem eine deutliche Abschwächung der Toleranz für Galaktose; dagegen steigt der Zuckergehalt des Blutes bei vergifteten Tieren überhaupt nicht an unter dem Einfluß von Adrenalin. Die Adrenalin-Glykosurie kommt durch den unmittelbaren Einfluß des Adrenalins auf gewisse Gruppen der Leberzellen zustande, welche von sympathischen Zentren innerviert werden. Die Nervenreizung führt zum Durchtritt des in der Leber vorhandenen Traubenzuckers ins Blut und zur Zersetzung gewisser Mengen des physiologisch fixierten Glykogens. Bei P.-Vergiftung gibt die Adrenalininjektion keinen derartigen Effekt infolge von Zerstörung der für Kohlehydratsynthese notwendigen Elemente. Versuche an Tieren mit unterbundenem Gallenkanal zeigten keine alimentäre Galaktosurie; andererseits konnte gezeigt werden, daß Piquure an solchen Tieren keine Glykosurie durch Adrenalin erzeugt. Die leichte, vorübergehende Alteration der Leber-zellen, wie sie durch die Unterbindung der Gallenwege zustande kommt, reicht aus, die Glykosuriewirkung von Adrenalin nach Cl. Bernard'schem Stich zu vereiteln. Da für das Bestehen einer Adrenalin-Glykosurie eine tadellos funktionierende Leber Voraus-setzung ist, dagegen alimentäre Glykosurie durch die stark herab-gesetzte Funktionsfähigkeit derselben bedingt ist, ist die Annahme berechtigt, daß sich beide Symptome ausschließen. In den Fällen, wo beide Symptome gleichzeitig vorkommen, muß eine Erkrankung der Leber, die ständig alimentäre Glykosurie erzeugt, ausgeschlossen werden und das positive Resultat der alimentären Probe auf Rechnung der herabgesetzten Kohlehydrattoleranz, bedingt durch den erhöhten Tonus des Sympathikussystems, gesetzt werden. Die Ergebnisse der an 50 Patienten mit verschiedenen Erkrankungen gemachten Unter-suchungen bezüglich der genannten beiden Symptome sind folgende: die alimentäre Galaktosurie ist positiv bei akuten Erkrankungen der Leber, sie bleibt negativ mindestens in der Hälfte der Fälle von chronischen Leberschädigungen (Zirrhose, Echinokokkus, Morbus Banti) und bei allen Erkrankungen der Gallenwege. Die differenzial-diagnostische Bedeutung der Probe beschränkt sich auf die Fälle, bei welchen eine Differentierung der katarrhalischen und infektiösen Gelbsucht von der chronischen Cholangitis und verschiedenen Arten der von Stauung herrührenden Gelbsucht in Betracht kommt. Ein und derselbe Defekt der Leber kann bald positives, bald negatives Resultat in der alimentären Galaktosurie geben, die Ergebnisse hängen ab von dem jeweiligen Grad der Zerstörung der Leberzellen zur Zeit der Probe. Die Adrenalin-Glykosurie ist in keinem einzigen Falle von Lebererkrankung positiv. Der positive Ausfall der Probe bei Basedow, Diabetes insipidus, Status asthenicus mit sympathikotonischen Er-scheinungen kann nicht mit dem Vorhandensein organischer Ver-änderungen des Leberparenchyms erklärt werden, sondern mit er-höhten diastatischen Prozessen der Leber in Zusammenhang mit der Hormonwirkung innersekretorischer Organe, die den Kohlehydrat-stoffwechsel regulieren. Das Studium der alimentären Galaktosurie in Verbindung mit der Adrenalin-Glykosurie kann in manchen Fällen zu wertvollen diagnostischen Schlüssen verhelfen.

H. Maslowski.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 26, 30. Juni 1927.

Ueber die Desinfektionsfragen bei der Tuberkulose. Wegen der hohen Resistenz der Tuberkelbazillen und wegen des eiweißhaltigen Sputums sind sehr lange Desinfektionszeiten und hohe Konzentrationen der Desinfektionsmittel erforderlich, weshalb die chemische Sputumdesinfektion meist sehr teuer ist. Sublimat ist unzuverlässig, Karbolsäure muß in 5% Lösung mindestens 24 Stunden, in 10% Lösung 4 Stunden einwirken, wobei die Desinfektionsflüssigkeit immer in der doppelten Menge des Sputums vorhanden sein muß. Lysol desinfiziert in 5% Lösung in 12 Stunden, Lysoform kommt nicht in Betracht. Alkalysol, ein durch konzentrierte Lauge alkalisiertes Kresolpräparat, desinfiziert in 5% Lösung sicher in 4 Stunden. Besonders günstig wirken Chlor und chlorierte andere Desinfektionsmittel: Grotan desinfiziert Sputum in 2% Lösung in 4 Stunden, Sagrotan in 2% Lösung in 2 Stunden, Chloramin in 5% Lösung in 4 Stunden. Durch Auskochen des Sputums unter Zusatz von 2% Sodalösung werden Tuberkelbazillen abgetötet (für auskochbare Emailspuckschalen, Eßgeschirr und Besteck geeignet). Spuckflaschen, die das Kochen nicht vertragen, ferner Taschentücher, Servietten und Handtücher werden in 2% Kresolseifenlösung eingelegt und dann gewaschen, ebenso beschmutzte Leib- und Bettwäsche. Kleider und Matratzen sollen im Dampf desinfiziert werden, Bücher etc. werden mit Heißluft behandelt (nicht über 160°). Kindermilch wird pasteurisiert.

Nr. 27, 7. Juli 1927.

Zur Erkennung der frischen Entzündung im Harnsediment. Das Sediment eines frisch entnommenen Harnes wird mit einem Tropfen 0,5% wässeriger Eosinlösung versetzt. Lebende Zellen, die von einer frischen Entzündung stammen, färben sich nicht, während tote Zellen den Farbstoff sofort annehmen. Je nach der Prozentzahl der sich färbenden Leukozyten kann man alle Uebergänge von der akuten zur chronischen Entzündung erkennen. Noch besser als Eosin bewährt sich ein Farbgemisch von Trypanblau und Kongorot, das in gleicher Weise angewendet, klarere Färbungen ergibt.

Ernst Pick, Wien.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

71. Jahrgang, Nr. 23, 4. Juni 1927.

Nr. 24.

Die Resultate der chirurgischen Behandlung bei Trigeminusneuralgie. Die Ganglionexstirpation gewährt die meisten Chancen für eine bleibende Genesung der Trigeminusneuralgie. Man soll bei leichten Fällen erst einen Eingriff an den peripheren Nervenstämmen ausführen, wobei die Neurexhärese den Vorzug vor der doch meist perineuralen Alkoholeinspritzung verdient. Die Möglichkeit von Rezidiven ist dabei aber groß. Zwingen die Beschwerden später z eingreifenderen Operationen, dann mache man erst eine Röntgen therapie, und wenn diese nicht hilft, muß die Ganglionexstirpatio ausgeführt werden. Hat der Kranke einen erhöhten Blutdruck, dan kann man zu Alkoholeinspritzungen ins Ganglion seine Zufluc nehmen. Dies Verfahren, vorsichtig ausgeführt, gibt in vielen Fälle gute Resultate.

Die Behandlung bestimmter Formen von Prostahypertrophi Die Wucherung der periurethralen Drüsen am Blasenhals kann ma durch Diathermokoagulation zum Verschwinden bringen. Dies Methode ist vorläufig nur geeignet bei örtlicher Drüsenwucherun In vielen Fällen kann sie die Prostatektomie nicht ersetzen.

Für die Indikationsstellung bedenke man, daß die rektal wah genommene Prostatavergrößerung keinen Maßstab für die G schwulstbildung am Blasenhalse gibt. Diese kann nur durch zysto kopische Untersuchung beurteilt werden.

Nr. 25.

Diagnostik der Gallenwege, besonders der Gallensteine mit Hil der Duodenalsonde. Normale Galle, mit der Sonde erhalten und u mittelbar untersucht, zeigt im Sediment nur wenig Elemente. M findet kleine Schleimflöckchen, Leukozyten, desquamierte Epithelie runde oder mehr scharf begrenzte Bilirubinkugeln, einige drei- od viereckige Kristalle, wahrscheinlich Kalksalz. Manchmal findet ma überhaupt nichts.

Bei Cholelithiasis fanden die Untersucher bei allen 12 Patien sehr abnorme Elemente, die für die Affektion charakteristisch sin nämlich Cholesterinkristalle. Diese erkennt man an ihrem typisch Aussehen: bizarr geformte Rechtecke mit abgebrochenen Stückche oft wie Dachziegel oder Treppenstufen übereinander liegend. M findet sie vor allem in der B-Galle, seltener in A- und C-Galle. der Gallenblase bei Cholelithiasis waren stets nach Operation di selben Kristalle, bei frischen Leichen nie. Findet man gleichzei mit den Kristallen viel Leukozyten und Pigmenthäufchen (Bilirubi dann spricht dies für Entzündung und für das Bestehen von g mischten Steinen. Mit dem Polarisationsmikroskop sind die Krista leicht zu finden. Aber auch im gewöhnlichen mikroskopischen Bil fanden sie sich stets.

Die Autoren erklären die Duodenaluntersuchung mit der Son für ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel.

Die drei Gallenarten A, B und C sind verschiedenen Ursprun die B-Galle kommt in der Hauptsache aus der Gallenblase.

Hat man in der B-Galle Cholesterinkristalle gefunden, dann die Diagnose Cholelithiasis sicher. Finden sich reichlich Leuk zyten in den genannten Gallenarten, dann weist dies auf Entzündu

Nr. 26.

Bestrahlung mit weichen Radiumstrahlen und Automatie. D Element Kalium ist in den Organen mit automatischer Funktion d Träger der Bioradioaktivität.

Die Bioradioaktivität läßt aus einem unbekannten Mutterst Automatine (identisch mit Herzhormon) entstehen, die von einfach chemischer Konstitution sind.

Die Bildung dieser Automatine geschieht durch Radiochemism wodurch nach langer Latenz in dem der Automatine beraubt Organ die automatische Funktion wiederhergestellt wird.

Kurt Heymann, Berlin.

Pediatria Polska.

7., Heft 1 (Januar-Februar 1927).

7., Heft 2 (März-April 1927).

Das polnische pädriatische Schöpfwerk. In den Jahren 1909 bis 914 erschienen 324 Arbeiten, in den Jahren 1921 bis 1926 bereits 92. Die größte Prozentzahl der Arbeiten betraf die Infektionskrankeiten, auf die vor dem Kriege 31,8% und nach dem Kriege 29,6% ntfielen, sowie die Kinderhygiene und die soziale Fürsorge, für elche die betreffenden Zahlen 27,1% bzw. 39,0% betrugen.

Beitrag zu Novasuroluntersuchungen bei Kindern. Vollständig esunden 14 Schulkindern mit normalem Wasserumsatz wurde ,3 bis 1,0 ccm einer 10% Novasurollösung intramuskulär eingepritzt. Eine Gewichtssenkung und größere Diurese wurden nur i einem Falle beobachtet, d. h. die Novasurolreaktion hat bei genden Kindern keine praktische Bedeutung. Eine diuretische Novaurolwirkung bei normalen Kindern sieht man sehr selten.

7., Heft 3 (Mai-Juni 1927).

Die Blasensteinerkrankung bei Kindern. Genaue Schilderung on vier interessanten Fällen beim fünfjährigen Mädchen, dreihrigen Knaben, zehnmonatlichen Mädchen und eineinhalbjährigen naben. Alle Fälle waren vorher von verschiedenen Aerzten nicht agnostiziert. Beim dritten Fall wurden die Blasensteine erst auf m Sektionstisch festgestellt.

Ueber Fehldiagnosen der Tuberkulose im Schulalter. Unter m Material einer Tuberkuloseberatungsstelle stellte Verf. 27 Fehlagnosen von Bronchialdrüsen- und Lungentuberkulose bei klinisch sunden Kindern fest. Auf Grund seiner Erfahrung beweist P., daß st alle Untersuchungsmethoden im Stiche lassen, wenn der notendige Kritizismus fehlt. Nur eine längere Beobachtung und genaue nntnis der Umgebung ermöglichen die Diagnose.

Zur spezifischen Serumbehandlung des Scharlachs. Von 574 charlachfällen wurden wegen Serumknappheit nur 60 mit spezif. rum behandelt, welche eine zweifelhafte und sogar ungünstige iagnose boten. Daher betrug die Sterblichkeit 52,6%, während e Sterblichkeit aller Fälle 11,5% und der Fälle ohne Serum 6,8% trug. Verf. nimmt infolgedessen eine negative Stellung gegenüber m spez. Scharlachserum ein.

Cieszynski, Warszawa.

Medycyna w wykladach klinicznych.

Jahrg. 1., Heft 1. Poznan 1927.

Der Abdominaltyphus bei Kindern. Nach einer kurzen Darellung der Geschichte der Typhuskunde, der Bakteriologie, Epideiologie, Aetiologie, Prophylaxe, Pathogenese und pathologischen atomie des Abdominaltyphus, bespricht Verf. die Besonderheiten seinem klinischen Verlauf bei Kindern. Er unterstreicht: 1. die ufigkeit der leichten Formen, 2. das Uebergewicht der Allgemeinnptome über die lokalen Organänderungen, 3. das häufige Fehlen der Benommenheit, 4. die Seltenheit der Komplikationen in Form n Darmblutungen und Darmperforation und 5. die allgemein ssere Prognose mit Ausnahme des Säuglingsalters. Nach genauer rstellung aller Symptome vonseiten der einzelnen Organe und gansysteme folgt die Beschreibung der Rezidive, der Differentialgnose und Therapie sowie speziell der Pflege.

Verfassers eigene Untersuchungen betreffen die Erscheinungen Bereich des vegetativen Nervensystems während des Typhuslaufs bei Kindern, des Wasserumsatzes, der Differentialdiagnose tels der Agglutinationsreaktionen und der nervösen Symptome. Der zweite Teil des Heftes unter dem Titel: Der Paratyphus Kindern, umfaßt die verschiedenen Formen des Paratyphus im hte der neuesten Forschungen auf diesem Gebiete. Nach kurzer rstellung des Paratyphus A wird von dem Paratyphus B die Gastroenteritis paratyphosa speziell eliminiert als die sog. Fleischvergiftung. Schließlich folgt eine kurze Erwähnung des Paratyphus C, der bisher bei Kindern klinisch noch nicht beobachtet wurde.

Cieszynski, Warszawa.

British Medical Journal.

Nr. 3467, 18. Juni.

Behandlung der Verbrennung bei Kindern. Bei der Verbrennung kommt es immer zu einer gewissen Zellfunktionsstörung. Entsprechend dem Grad der einwirkenden Hitze entstehen Gewebsveränderungen, die zwischen vollkommenem Gewebstod oder Verkohlung und Koagulationsvorgängen im Zelleib einzureihen sind. Auch einfache reaktive Vorgänge an den Zellen und den Blutgefäßen werden ausgelöst. Uebrigens ist der Gewebstod für den Krankheitsablauf an sich nicht unbedingt entscheidend. Gewiß kann der Organismus durch den unwiderbringlichen Verlust von lebensnotwendigem Gewebe schwer geschädigt sein. Doch kann von dem verkohlten Gewebe kein verhängnisvoller Einfluß auf die biochemischen Vorgänge im Körper mehr ausgeübt werden, da es bei so weitgehender Zerstörung zu einem relativ unschädlichen Fremdkörper geworden ist. Insofern ist die schematische Stadieneinteilung der Verbrennungswunden klinisch nicht so bedeutungsvoll.

Bei Kindern überwiegen — der Entstehung gemäß — die an sich oberflächlichen, aber ein großes Hautgebiet umfassenden Verbrennungen. Immer ist zunächst ein gewisser Shockzustand vorhanden, der gelegentlich innerhalb weniger Stunden zum Tode führt, in anderen Fällen jedoch so leicht ist, daß er unbemerkt vorübergeht. Der Grad des Shocks hängt vom Alter, von der Konstitution, vom Sitz und der Ausdehnung der Verbrennung ab. Die trockene Hitze der Flamme hat einen stärkeren Shock zur Folge als die feuchte Hitze des Dampfes oder des kochenden Wassers. Die wenige Augenblicke nach dem Unfall einsetzenden Schmerzen sind durch Narkotika zu lindern und nach Ueberwinden des Shocks scheint die gefährlichste Phase überstanden zu sein. In vielen Fällen stellt sich jedoch — nach anfangs befriedigendem Krankheitsverlauf — am dritten Tag eine Temperatursteigerung auf 39° bis 40° ein. Der Puls wird beschleunigt und die Atmung verändert sich, indem allmählich die Frequenz ansteigt und sich so eine Hyperpnoe entwickelt. Es zeigt sich allgemeine Unruhe, die in Delirium und in Koma übergeht. Die Pulsbeschleunigung leitet eine Herzmuskelschwäche ein, die sich zudem in geringfügiger allgemeiner Zyanose und in der schlechten Durchblutung der Extremitäten bemerkbar macht. So erfolgt der Tod unter diesen toxischen Allgemeinerscheinungen. Als Ursache des Vergiftungszustandes sind die toxischen Produkte der chemisch veränderten, abnorm funktionierenden Gewebszellen zu betrachten. Wenn es auch noch nicht gelungen ist, die Natur der Giftwirkung aufzuklären (Körper, ähnlich dem Histamin oder Pyridin?), so stehen doch genügend experimentelle und biochemische Tatsachen zur Verfügung, um — abgesehen von der klinischen Symptomatologie — mit Sicherheit das Wirken toxischer Stoffe annehmen zu dürfen. Die Gefahr der Toxämie liegt in der Neigung dieser Gifte begründet, hochorganisiertes Gewebe zu schädigen (Leber, Tubuli der Nieren, Nebennierenrinde, herdförmige Nekrosen der Lymphfollikel, Herzmuskeldegeneration). So kommt es langsam zu einer schweren Stoffwechselstörung im Sinne der Azidose. Solange der Körper noch genügend Alkalien zur Verfügung stellen kann, ist ein Widerstand möglich. Die Erschöpfung der Alkalivorräte hat den Tod im Säurekoma zur Folge. In ihren pathologischen Folgen geht die Verbrennung weit über die örtlichen Veränderungen hinaus. Der tödliche Ausgang ist zumeist eine Folge der allgemeinen Stoffwechselstörung, wenn auch von dem ursprünglichen Herd, von der umschriebenen Gewebsläsion die Vergiftung ausgeht. Ziel der Therapie ist es, die toxische Allgemeinschädigung und die lokale, den Vergiftungsprozeß auslösende und unterhaltende Gewebsveränderung günstig zu beeinflussen.

Von Allgemeinsymptomen verdient zunächst der Shock Beachtung, der in gewöhnlicher Weise zu bekämpfen ist (Aufrechterhaltung der Körpertemperatur, Stimulation, bei sinkendem Blut-

druck Flüssigkeitszufuhr subkutan oder rektal). Zur Schmerzstillung ist unbedingt Morphium zu verwenden. Von dem Augenblick an, wo der Shock — gewöhnlich mit den einfachsten Hilfsmitteln — überwunden ist, müssen die Alkalivorräte des Körpers so vollständig wie möglich aufgefüllt werden, um den kommenden Ansprüchen genügen zu können. Für diesen Zweck ist die Verabfolgung des alkalischen zweibasischen Natriumphosphates außerordentlich geeignet (0,12 bis 0,18 g alle 4 Stunden per os oder in 5% Lösung rektal). Dieses Salz wird von den Nieren nicht so schnell ausgeschieden wie das Natr. bicarb. und wird von den Kindern leichter genommen. Außer der Alkalireserve muß für genügende Kohlehydratvorräte gesorgt werden, da jede Leberstörung zum vermehrten Glykogenverbrauch führt (5% Traubenzuckerklysmen). Zu fordern ist eine Flüssigkeitsüberschwemmung und Durchspülung des Organismus. Zur Fixierung der bereits in den Kreislauf gelangten toxischen Stoffe wird Urotropin empfohlen. Trotz Anwendung dieser verschiedenen, zum Teil empirisch als wertvoll erkannten Maßnahmen entwickelt sich bei einigen Kindern eine schwere Toxämie. Zur Entgiftung des Organismus und zur Hebung des Allgemeinzustandes ist wiederholt in solchen Fällen die Bluttransfusion vorgenommen worden, ohne daß ein wesentlicher Erfolg zu verzeichnen war. Günstigere Aussichten bietet die nach ausgiebigem Aderlaß vorgenommene Bluttransfusion. Eine Entziehung von 20 ccm Blut auf je 0,5 kg Körpergewicht entfernt eine genügende Menge von Toxinen. Im Anschluß an diese Entblutung ist die Uebertragung einer ausreichenden Menge Blutes von einem geeigneten Spender vorzunehmen.

Das Ziel der Behandlung der Verbrennungswunde selbst ist die Erhaltung der Asepsis, das Trockenhalten der veränderten Gewebe und — wenn möglich — die „Bindung" der geschädigten Zellelemente, um den Uebertritt toxischer Abbauprodukte in den Kreislauf zu verhindern. Zur Erleichterung der Untersuchung ist zunächst eine leichte Allgemeinnarkose zu geben. Die festanhaftenden Kleidungsstücke sind durch Erweichen mit warmer 10% steriler Natr. bicarb.-Lösung von der Brandwunde zu lösen. Die Art, in der Blasen zu behandeln sind, richtet sich nach der Wahl der örtlichen Behandlungsmethode. Bei der fixierenden oder koagulierenden Therapie sind die Blasen durch Punktion zu entleeren und die abgehobene Epidermis ist zu entfernen, da auf der von der Unterlage getrennten Epithelschicht keine Koagulation eintreten kann. Die Fixationsmethode sucht das veränderte Gewebe an Ort und Stelle durch chemische Bindung unschädlich zu machen, um so die Resorption von giftigen Stoffen zu verhindern. Im höchsten Grade antiseptisch, austrocknend und fixierend wirkt der absolute Alkohol, dessen Anwendung besonders bei umschriebenen Brandwunden im Gesicht zu empfehlen ist, weil die Narbenbildung viel besser als nach anderen Mitteln erfolgt. Jedoch ist infolge der schnellen Verdunstung das ständige Feuchthalten der über die Wunde gelegten Gaze schwierig. So erfordert dieses Verfahren sehr große Aufmerksamkeit, da nur bei ständiger Alkoholzufuhr mit einem Erfolg zu rechnen ist. Am meisten wurde bisher der Pikrinsäurespray in Anwendung gebracht, wobei die Wunde nur mit einer dünnen Gazelage bedeckt wurde, um durch genügende Durchlüftung die Verdampfung zu beschleunigen (Acid. picric. 7,0, Alcoh. abs. 44,0, Aq. dest. ad 1000,0). Bei ausgedehnten Verbrennungen besteht bei diesem Verfahren die Gefahr der Resorption toxischer Mengen von Pikrinsäure. Aehnlich wie die Pikrinsäuremethode wird auch ein Gemisch von 10 Teilen Aluminiumazetat in 2% spirituöser Lösung mit 1 Teil 5% alkohol. Methylenblaulösung auf die Brandwunde verstäubt. Entsprechende Erfolge sind auch durch häufiges Besprühen der Wundfläche mit Adrenalin (1 : 10 000) zu verzeichnen, wobei ebenfalls der Luft freier Zutritt zu gewähren ist. Abgesehen von der antiseptischen und bakteriziden Wirkung hängt der Nutzen der Adrenalinanwendung im wesentlichen von der ständigen Gefäßverengerung ab, die resorptionshindernd einwirkt. Große Verbreitung hat das Bepinseln der Brandwunden mit Acid. tannic. gefunden, deren Wert darin zu erblicken ist, daß die giftigen Substanzen in dem geschädigten Gewebe ausgefällt werden und daß der ganze Herd in einen widerstandsfähigen, gegen das Einwandern von Keimen nahezu Sicherheit bietenden Schorf umgewandelt wird. Eine frische 2,5% Acid. tannic.-Lösung wird stündlich so lange durch Spray auf die Wunde gebracht, bis eine tiefbraune Färbung des Schorfes anzeigt, daß der Gerbungsprozeß einen genügenden Grad erreicht hat. Schwächer wirkt eine 5% Acid. tannic.-Salbe (mit gleichen Teilen von Lanolin und Vaselin als Salbengrundlage), die bei Brandwunden im Gesicht, besonders in Nähe der Augen anzuwenden ist. 14 bis 20 Tage später stößt sich die mit Acid. tannic. behandelte Fläche ab und ein sauberes, granulierendes Wundgebiet tritt zutage. Mehr als jedes andere Verfahren hat diese Behandlungsmethode zur Verminderung der Mortalität beigetragen.

Im Gegensatz zu den bisher erwähnten Verfahren stehen die „schützenden Behandlungsarten", bei denen das geschädigte Gewebe rein mechanisch fixiert und geschützt werden soll. Nach Abbürsten der Wunde mit Alcoh. abs. und gründlichem Trocknen mit Heißluft wird ein Paraffingemisch (Resorcin. 1,0, Ol. Eukalypt. 2,0, Ol. olivar. 5,0, weiches Paraff. 25,0, hartes Paraff. 67,0), das im Wasserbad bei 48° flüssig gemacht wurde, mit einem Pinsel oder einem Spray auf die Wundfläche aufgetragen und eine dünne Schicht steriler Watte darübergelegt. Nach dem Hartwerden wird eine Schicht Paraffin aufgelegt, dann wieder Watte und so fort, bis der Verband eine genügende Dicke erreicht hat. Die Brandblasen werden vor dem Auftragen der Paraffinschicht nur entleert, die abgehobene Haut wird nicht entfernt. Durch stellenweises Ansammeln von Serum hebt sich die Schutzdecke gewöhnlich innerhalb 24 Stunden an einigen Stellen ab. Diese Flüssigkeitsmengen sind durch Punktion mit einer heißen Kanüle zu entfernen. Sodann ist eine neue Paraffinschicht aufzulegen. Wenn die Wunde einigermaßen aseptisch war, so kann der Paraffinverband 10 bis 14 Tage in situ belassen werden. Für gewöhnlich sind in der Zwischenzeit Neuauftragungen erforderlich.

Bisweilen werden gute Heilungserfolge durch dauerndes Bespülen mit 10% warmer Natr. bicarb.-Lösung erzielt. Besonders bei kleinen Kindern mit sehr ausgedehnten Verbrennungen empfiehlt es sich, ein solches Dauerbad anzuwenden. Vermutlich wirkt dieses alkalische Medium der Entstehung giftiger Stoffe im Wundgebiet entgegen.

Mit der Entwicklung von Granulationsgewebe ist die Gefahr der Entstehung von Kontrakturen gegeben (Bewegung, Massage, geeignete Schienen). Sobald das Granulationsstadium genügend ausgeprägt ist, kann der Heilungsverlauf durch Pfropfung und Plastik beschleunigt werden. Da bei der Vernarbung die Neigung zu Schrumpfungsvorgängen fortbesteht, ist der Bildung von Kontrakturen auch weiterhin größte Aufmerksamkeit zuzuwenden, um durch geeignete Therapie (Uebung, vorsichtige Röntgenbestrahlung) schon die Anfänge wirksam zu beeinflussen. Biberfeld.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 45, 4. Juni 1927.

Semeiologischer und prognostischer Wert der intestinalen Hämorrhagie bei Lungentuberkulösen. Bonafé und Rongy.
Vorgetäuschte Appendizitis durch gewisse Malariaformen. E. Bressot.
* Das Insulin bei Leberaffektionen. G. Ichok.

Das Insulin bei Leberaffektionen. Verf. stützt sich im wesentlichen auf die Erfahrungen von Jaksch-Wartenhorst, der die Insulinbehandlung bei verschiedenen Lebererkrankungen mit Erfolg angewandt hat, so bei Icterus catarrhalis mit fieberhaften Erscheinungen, bei Leberzirrhose, wobei sowohl der Ikterus wie der Pruritus sich erheblich besserten und der Appetit anstieg; ferner bei Krebs und Syphilis der Leber, wo die spezifische Therapie versagt hatte und bei einer schweren Hepatitis nach Alkohol-Chloroform-Aethernarkose mit Koma, bei der fortgesetzte intravenöse Insulingaben nach 27 Stunden die Kranke zum Bewußtsein brachten, während der Ikterus nach einem Monat verschwand. Nachprüfungen und Laboratoriumserfahrungen von Klein und Holzer bestätigten die Erfolge.

Nr. 46, 8. Juni 1927.

Neuere französische Arbeiten über die Filtrierbarkeit des Tuberkulose-Virus und das Problem der tuberkulösen Heredität. L. Bernard und Nélis.
* Mechanismen der epileptischen Anfälle. P. Hartenberg.
Diuretischer Einfluß des Hypophysen-Vorderlappenextraktes beim Menschen. Th. Kucharski.

Ueber die Mechanismen der epileptischen Anfälle. Verf. weist die Anamnese toxischer und zirkulatorischer Einflüsse mit vielleicht nicht ganz ausreichender Begründung zurück und führt den dynamischen Mechanismus ein, der zunächst auf einen Reiz beruht, der durch eine Hirnläsion hervorgerufen werde. Er habe solche Läsionen in 80% durch neurologische und psychiatrische Untersuchungen feststellen können. Wo dies nicht möglich war, habe es sich um zu geringe Läsionen oder um stumme Zonen gehandelt. Die Läsion wirke wie ein Fremdkörper und schaffe einen chronischen Reizzustand, der sich eines Tages entlade und einen plötzlichen Funktionsstillstand der Hirnrinde verursacht. Er begründet seine Theorie damit, daß alle erregenden Substanzen Anfälle begünstigen, die sedativen sie dagegen abschwächen und daß man auf ein anästhesiertes Gehirn keinen Reiz ausüben könne. Die Beziehungen zum endokrinen System läßt Verf. ganz unerörtert.

Nr. 47, 11. Juni 1927.

* Durch Muskelanstrengung ausgelöste Urtikaria und Schockphänomene. Pasteur Vallery-Radot, P. A. Carrié, P. Blamontier und M. Landat.
Wirkung der Mineralwässer auf die Zellkolloide und den Mechanismus der Diurese. P. L. Violle und P. Dufourt.
Serumtherapie des Scharlachs. I. Mouzon.

Durch Muskelanstrengung ausgelöste Urtikaria mit Schockhänomene. 29jährige Pat., bei der nur körperliche Anstrengung chockphänomene von anaphylaktischem Charakter, Urtikaria, sthma, Coryza hervorrief, die erst bei wiederholten intravenösen iektionen von 4% Natrium-Hyposulfit aufhörten. Gaben von Naikarbonat per os waren ohne Erfolg geblieben, intravenös gegeben itte es vorübergehend geholfen. Bei der Patientin bestand eine ereditär-familiäre, dagegen keine endokrin bedingte kolloidoastische Veranlagung. Muskelanstrengung bewirke schon beim ormalen leichte vaskulo-sanguinale Manifestationen, um so stärkere eim kolloidoklastischen Individuum.

Nr. 48, 15. Juni 1927.

Infantile Akrodynie und ihre Beziehungen zum Ergotismus, Arsenizismus und zur Pellagra. M. R. Debré und C. Petot.
Sero-Bakterio- und Chemotherapie zur Prophylaxe der Puerperalerkrankungen. J. L. Wodon.
Hypothenar-Hautreflex als Babinskisches Phänomen der Hand. E. Juster.

Haber.

Le Progres Medical.

Nr. 22 vom 28. Mai 1927.

Der pleurale Auswurf. Ch. Achard.
Der pulmonäre Auswurf. Ch. Achard.
Der perinephritische Auswurf. Ch. Achard.

Der pleurale Auswurf. Unter Vomika versteht man die Expektoration einer Flüssigkeitsansammlung unter den Anstrengungen des brechens, und man spricht ja auch bei der Hämoptysie von Blutbrechen. Man unterscheidet eine thorakale Vomika (Entleerung n Abszessen, Gangränherden, Lungenzysten, eingekapselten Pleurasudaten, namentlich interlobären) und extrathorakale (aus Abessen oder Zysten der Leber, abgekapselten Peritonealabszessen, bphrenischen, appendikulären, perinephritischen oder kalten Abessen). Der Unterschied ergibt sich aus der physikalischen und öntgenuntersuchung, aus dem Aussehen (schokoladartig beim berabszeß, grünlich dick bei der Pneumokokkenpleuritis, kristallisch bei der Hydatidenzyste), sowie durch das Mikroskop. Die obepunktion gibt praktisch selten Aufschluß. Auftreten plötzlich er schleichend, in Fragmenten, anfangs münzenförmig und dann cht mit Kavernen verwechselt, und progressiv zunehmend. Oft orgens beim Aufstehen, auch tagsüber, je nach der begünstigenden ellung des Körpers.

Am häufigsten findet man diesen Auswurf bei der interlobären leuritis, die häufiger ist als die sich natürlich leichter entleerenden ngenabszesse. Auch die Pleuritis des Pleurakavums entleert sich ltener in die Luftwege, sie neigt mehr zum Empyema necessitatis: e großen Bronchien haben widerstandsfähigere Wände. Auch die rofibrinösen Pleuritiden nehmen seltener den Luftweg zur Entrung, meist die Pneumokokkeneiterungen, die die Ränder der erlobärtasche leicht fibrinös verlöten und unter Umständen bis zu l enthalten können. Meist ist die Interlobärpleuritis sekundär nach er Pneumonie oder Bronchopneumonie, wobei entzündliche Verderungen der Lunge vorliegen. Sehr viel seltener primär, wobei nn wenig physikalische Zeichen vorhanden sind, wie überhaupt die agnose im geschlossenen Stadium wesentlich viel schwerer ist als i offenen. Im allgemeinen dauert das geschlossene Stadium lange, s offene noch länger, schwere Allgemeinsymptome, geringe lokale i geschlossenen Stadium. Man kann eine Interlobärpleuritis vernten, wenn der Schmerz bandförmig dem Verlauf der Szissur entricht; aber diese Schmerztopographie verspricht praktisch wenig. ichtiger ist das Mißverhältnis zwischen der starken Dyspnoe und n geringen physikalischen Zeichen, die Dämpfung zwischen zwei llen Zonen, in der sich u. U. Pleuritiszeichen zeigen, am deutlichsten ch oben in der Achselhöhle. Am meisten hilft Röntgen, wobei man ran denken muß, daß ein großer Erguß den Lobärschatten maskieren nn. Die Diagnose ist schwer und unsicher und oft ist die Vomica s erste Zeichen. Sie tritt gewöhnlich zwischen dem 15. und 30. s 40. Tage auf. Aber in sekundären Fällen und bei fraktionierter omica ist der Beginn oft recht schwer festzulegen. Zunächst senkt ch danach die Temperatur, aber in kurzem steigt sie wieder, weil ch der Herd nicht ganz leert und die Lunge meist infiziert ist. rallel damit geht der Allgemeinzustand. Die Vernarbung kann sch vor sich gehen, in 3 Wochen etwa, aber dauert die Spontanilung länger — Retention, unregelmäßige Rückfälle. In manchen llen unvollständige Heilung: mäßige purulente Expektoration; er kann Lipiodoldurchleuchtung von Vorteil sein. Es kann hier Lungensklerose und Bronchiektasie kommen. Auch zu Gangrän, lgemeininfektion, Tod. Die chirurgische Frage ist noch nicht völlig löst, die Vakzinotherapie ist nicht immer verläßlich.

Der pulmonäre Auswurf. Lungenabszesse sind nicht so selten, wie man früher annahm. Wohl sind die pneumonischen Abszesse nicht sehr häufig, aber es gibt auch bronchopneumonische Abszesse, vereiterte Infarkte. Erstere entwickeln sich gerne nach Tonsillektomien und Grippe. Die Vorgeschichte ist dunkel: die Pneumonie löst sich nicht und man denkt gewöhnlich nicht an einen Abszeß, der noch nebenbei von dem Interlobärabszeß zu differenzieren wäre. Die Eröffnung erfolgt hier allerdings früher als beim Interlobärabszeß, aber sie kann schleichend mit der pneumonischen Expektoration vor sich gehen. Sicherlich sind manche gutartigen Fälle verkannt worden und wenn auch die Prognose immer ernst ist, so sind die Aussichten bei begrenzten Fällen doch nicht hoffnungslos. Pneumokokkenabszesse sind günstiger. Auch hier Retentionen, Fieberrückfälle, schwere Entleerung, Septikämie, Gangrän. Es gibt nun dissemierte, embolische Formen, diffuse, massive und umschriebene. Bei der Gangrän ist der fötide Geruch sicher. Aber bei den Herdformen fehlen oft die Zeichen der Pneumonie, auch das Fieber braucht nicht sehr hoch zu sein. Röntgen und Explorativpunktion geben zunächst keinen sicheren Anhalt. Man muß unterscheiden zwischen Suppuration und Gangrän; bei der Gangrän kann sich die Suppuration erst sekundär entwickeln und eine Suppuration braucht zunächst noch nicht gangränös zu sein. Klinisch kommen aber beide Formen zeitlich wenig begrenzt vor. Dann kann bei einer Bronchiektasie das Sputum ebenfalls fötid werden und Anlaß zu einer multilokulären Gangrän geben. Und endlich kann eine Pleuritis als Komplikation der Gangrän auftreten. Und diese Pleuritis kann das erste Zeichen der Gangrän sein. Das Exsudat ist in solchen Fällen natürlich purulent. Auch hier kann der Pneumothorax in Frage kommen.

Der perinephritische Auswurf. Beschreibung eines seltenen Falles: sternale Oppression, die sich nach dem Thorax links unten hinzog, Schmerzen, Dyspnoe, Schüttelfröste, Husten, kein Auswurf. Im Ganzen das Bild einer allgemeinen Infektion mit leichten Lungensymptomen an der linken Basis. Blutkultur: Staphylococcus aureus. 20 Tage später heftige Schmerzen, Auswurf von dickem braunem Eiter ohne Blut, nicht fötid. Im Eiter Staphylokokken, Streptokokken, Pneumokokken. Der Fall wurde zuerst als Grippe diagnostiziert. Häufig ist der Beginn schleichend, mäßiges Fieber, Magenstörungen, Anorexie, Konstipation oder Diarrhoe, das Gefühl der Schwere in der Lendengegend; im Höhestadium Zeichen einer akuten Infektion mit hohem Fieber, dauernd oder re- oder intermittierend, die digestiven Störungen dauern an. Dyspnoe durch den Schmerz und das mitbeteiligte Zwerchfell. Urin trübe, fieberhaft, Polyurie durch Nierenreizung. Lokal: lebhafter Spontan- und Druckschmerz in der ganzen Lendengegend einer Seite, nach Leiste, Oberschenkel, Genitalorganen ausstrahlend, dauernd bei Bewegungen verstärkt. Deshalb entsprechende Lage. Urin meist normal, aber gesondert entnommen auf der kranken Seite Verminderung des Harnstoffes und des Phenolsulfophthaleins, Bakterien, Leukozyten. Das Fieber wird weiterhin hektisch. Differentialdiagnostisch kommt Typhus, Grippe, Septikämie, Miliartuberkulose in Frage. Wenn die lokalen Zeichen im Vordergrund stehen, Lumbago, Nierenstein. Die Schwellung in der Nierengegend läßt an Perinephritis, Tumoren benachbarter Organe, Tuberkulose, Nierenkrebs, Pyonephrose und Pyelonephritis denken. Hier kann die Probepunktion von Erfolg sein. Aber das ganze Bild kann auch von vornherein das einer Septikämie sein. Die Perinephritis kann auch sekundär sein nach Typhus, Scharlach, Osteomyelitis, Endokarditis oder nach leichten Infektionen, Furunkel, Angina. Ausgangspunkt u. U. ein kortikaler Niereninfarkt. Gelegenheitsursache: Uebermüdung, Trauma. Die Diagnose gelingt meist erst im fortgeschrittenen Stadium. Der Fall ging in Heilung aus.

v. Schnizer.

The Journal of the American Medical Association, Chicago.

88., Nr. 26, 25. Juni 1927.

Beziehungen der Nebenniere zu dem sympathischen Nervensystem. R. G. Hoskins.
* Rationelle Brombehandlung und neue Prüfungsmethoden. O. Wuth.
* Vernunftgemäße Nierenfunktionsproben. A. M. Fishberg.
Vermehrung der Herzkrankheiten und ihre teilweise Erklärung durch die Zunahme einiger Infektionskrankheiten. H. Albert.
Hochwuchs amerikanischer Knaben. H. Gray and S. T. Nicholson.
Botulismus in Sowjet-Rußland. S. J. Zlatogoroff and M. N. Soloviev.
* Infektion der Geschlechtsorgane nichtvenerischem Ursprungs. Th. Baker.
* Fünfjährige Erfahrungen in der Epilepsiebehandlung von Kindern mit der ketogenen Diät. H. F. Helmholz.
* Beziehungen des Basedow zum Geschlechtsleben der Frauen. H. T. Hyman and L. Kessel.
Ein brauchbares und einfaches Gestell für Färbepräparate. R. F. Feemster.
Lymphatische hyperplastische Splenomegalie oder allgemeine Riesenlymphfollikel-Hyperplasie von Lymphdrüsen und Milz. R. D. Baker.

Rationelle Brombehandlung und neue Prüfungsmethoden. Das klinische Bild der Bromintoxikation ist sehr wechselnd von einer

einfachen, schweren Bromakne bis zu Nervensymptomen, die eine Paralyse vortäuschen können, und Zuständen von Delirium. Die Häufigkeit der Bromintoxikation wird im allgemeinen sehr unterschätzt. Eine Intoxikation kann zweifellos bei den gewöhnlichen kleinen Dosen von Bromnatrium vorkommen, wenn die Aufnahme von Chloriden sehr gering ist, d. h. wenn die normale Bromdosierung zu hoch im Verhältnis zur Chlorbilanz des Patienten ist. Die Dosierung von 3 bis 5 g Brom pro Tag basiert auf einer täglichen Zufuhr von etwa 15 g Chloriden; die gleiche Zufuhr von Brom und Chlor führt mit Sicherheit in 17 bis 221 Tagen zur Bromintoxikation. Diese Tatsachen machen einfache klinische Methoden für die Brombestimmung bei Brombehandlung notwendig, da die bisherigen Methoden viel zu kompliziert und zeitraubend für häufigen Gebrauch sind. Verf. empfiehlt folgende Technik: 25 ccm Harn werden mit 1 g Tierkohle gut gemischt und filtriert; zu genau 5 ccm des Filtrats fügt man 1 ccm 20% Trichloressigsäure und 1 ccm 0,5% Goldchloridlösung. Ein brauner Schatten zeigt die Gegenwart von Brom an. Bei negativem Resultat ist Bromintoxikation ausgeschlossen, bei positivem muß die absolute Brommenge des Serums bestimmt werden: 2 ccm Blutserum + 4 ccm Aq. dest. + 1,2 ccm einer 20% Trichloressigsäure werden nach ½stündigem Stehen filtriert; zu jedem ccm des absolut klaren Filtrats fügt man 0,2 ccm einer 0,5% Merckschen Goldchloridlösung. Die Mischungen werden mit verschiedenen Farbstoffindikationen verglichen, deren Farbenabstufungen gewissen Bromkonzentrationen nach Goldchloridzusatz entsprechen und deren Röhrchen den Bromnatriumgehalt in 100 ccm Serum nach mg anzeigen. Kleine, der Methode anhaftende Fehlerquellen können vernachlässigt werden, da es sich nur um Schätzungen zu klinischem Gebrauch handelt. Diese chemische Kontrolle ermöglicht es, eine Verwechslung von Bromintoxikation mit organischen Gehirnerkrankungen bei lange mit Brom behandelten Epileptikern auszuschließen und eine rationelle Brombehandlung durchzuführen. Für den Durchschnitts-Epileptiker ist nach des Verf. Erfahrungen eine Ueberschreitung von 125 mg% Bromnatrium im Serum unstatthaft. Einen Bromgehalt über 150 mg% bezeichnet er als die „toxische Zone". In einigen schweren Fällen mag diese Grenze vorsichtig überschritten werden. Kommen sehr schwere Fälle nicht bei einem Bromgehalt von 170 bis 200 mg% schnell zur Besserung, so ist ein weiterer Versuch der Brombehandlung nutzlos. Die Bromtoleranz scheint bei Anämie, Unterernährung, Herznierenkrankheiten herabgesetzt zu sein.

Vernunftgemäße Nierenfunktionsproben. Verf. weist nach, daß man für klinische Zwecke mit sehr einfachen Nierenfunktionsproben auskommt, vorausgesetzt, daß das klinische Krankheitsbild immer im Vordergrund der Erwägungen bleibt. Störung der Nierenfunktion besteht in einer verringerten Fähigkeit der Niere, zu konzentrieren. Die besten Proben werden also diejenigen sein, welche die Konzentration eines oder mehrerer Harnbestandteile messen, und zu den einfachsten Methoden dieser Messung, die von jedermann ohne komplizierte Laboratoriumstechnik und Belästigung des Patienten jederzeit durchzuführen sind, gehört die Prüfung des spezifischen Gewichts. Verf. nimmt Konzentrationsprobe und Wasserversuch nicht am gleichen Tage vor, sondern die erstere für sich allein. Er gibt abends um 6 Uhr das gewöhnliche Abendessen mit 200 ccm Flüssigkeit und bis zur Beendigung der Probe nichts mehr an Speisen und Getränken. Er sammelt den Harn vor dem Zubettgehen, morgens früh beim Erwachen und noch zweimal in einstündigem Intervall. Das höchste spezifische Gewicht jener Proben stellt das Maximalgewicht dar. Bei ungestörter Funktion überschreitet dasselbe 1025 und erreicht oft 1031, bei schwerster Funktionsstörung beträgt es 1010; bei wahrer Urämie liegt das Maximum unter 1020 und meistens näher an 1010. Bei niedrigem spezifischen Gewicht ist eine Veränderung der Oedeme eventuell in Rechnung zu ziehen. Mit dieser einfachen Probe kommt er fast stets aus. Bei der Störung der Nierenfunktion sind das kompensierte und unkompensierte Stadium zu unterscheiden. Im ersteren Falle liegt zwar eine Störung des Konzentrationsvermögens vor, aber die Ausscheidung wird durch eine relative Polyurie ergänzt, so daß es nicht zu Retention von Harnbestandteilen im Blute kommt. Dieses Stadium läßt sich durch eine Konzentrationsprobe erkennen. Im unkompensierten Stadium besteht neben der verringerten Konzentrationsfähigkeit Retention. Proben, welche die Menge einer ausgeschiedenen Substanz messen, wie die Phenolsulfophthaleinprobe, lassen bei dem kompensierten Stadium der Nierenfunktionsstörung im Stich; sie können auch subnormale Resultate bei Vorliegen extrarenaler Faktoren, wie Herzstörungen, ergeben, trotzdem die Nierenfunktion normal ist. Beide Irrtümer lassen sich durch die einfache Feststellung des spezifischen Gewichts vermeiden.

Infektion der Geschlechtsorgane nicht venerischen Ursprungs. Genitalinfektionen nichtvenerischen Ursprungs sind viel häufiger als gewöhnlich angenommen wird und machen etwa 20% aller genitalen Infektionen aus. Herdinfektionen in anderen Teilen des Körpers sind ein wichtiger ätiologischer Faktor. Sind Prostata und Samenbläschen aber einmal metastatisch erkrankt, dann werden sie selbst gefährliche Quellen für die Weiterverbreitung der ursprün[glichen] Infektion und verursachen weit entfernte Schmerzen und Sym[ptome], die in ihrer wahren Natur nicht immer erkannt werden. Unt[er] seinen 150 Fällen genitaler Infektionen nicht venerischer Art hat Verf. die Komplikationen einer Arthritis in 12%, einer Pyelitis [in] 14%, einer Iritis, Keratitis und so fort. Venerische und nic[ht] venerische Infektionen sind einander sehr ähnlich, die letzter[en] Formen sind aber widerstandsfähiger gegen Behandlung und neig[en] mehr zu Komplikationen. Eine Prostatainfektion bei einem weni[ge] Jahre zuvor venerisch erkrankten Patienten ist nicht mit Sicherh[eit] auf jene venerische Infektion zurückzuführen. Therapie: Beseitigu[ng] entfernter Herdinfektionen und Lokalbehandlung. Bei akuter Eiteru[ng] sofortige Drainage. Akute Epididymitis kann bei längerem Besteh[en] auf den Hoden übergreifen und Kastration notwendig machen. [In] diesem Falle Trennung des Vas deferens der gesunden Sei[te] zwischen zwei Ligaturen, um eine deszendierende Infektion zu ve[r]hüten. Bei langdauernder chronischer Epididymitis (schwierige Diffe[]rentialdiagnose von Tuberkulose) Exstirpation des Nebenhodens b[ei] Schonung des Hodens. Bei Infektion von Prostata und Same[n]bläschen Massage, Sonden, Irrigationen und als bestes Mittel hei[ße] Mastdarmduschen, Diathermie. Bei harten Infiltrationen intravenö[se] Injektionen von Jodnatrium. Chromquecksilber nutzlos. Vorsic[ht] mit Vakzinen in akuten Fällen. Sehr wichtig ist es, diese Fälle i[m] akuten Stadium sorgfältig zu behandeln. Warnung vor zu früher u[nd] zu kräftiger Massage und vor instrumenteller Behandlung, einschlie[ß]lich der Zystoskopie wegen der großen Gefahr einer Niereninfekti[on].

Fünfjährige Erfahrungen in der Epilepsiebehandlung mit der ket[o]genen Diät. 144 junge Patienten wurden mit der ketogenen Diät b[e]handelt, 12 davon litten an symptomatischer Epilepsie, bei welch[en] nach den Erfolgen zu urteilen, die Diätbehandlung immerhin ein[es] Versuches wert ist. Bei 91 Fällen ist die Behandlung lange gen[ug] durchgeführt, um die Wirkung der Ketose auf Zahl und Schwere d[er] Anfälle endgültig beurteilen zu können. 29 Kranke wurden vo[ll]kommen von ihren Anfällen befreit, 20 weitere wesentlich gebesse[rt]. Nur 46% der Kranken erfuhren keine dauernde, wenn auch viele v[on] ihnen eine vorübergehende Besserung.

Beziehungen des Basedow zum Geschlechtsleben der Frauen. W[o] eine Tendenz zur Kropfentwicklung besteht, tritt diese ganz beso[n]ders in den kritischen Stadien des weiblichen Geschlechtslebens he[r]vor. Ein Drittel aller Kropfkranken entwickelt eine Hyperplasie d[er] Drüse in der Pubertät, mit vorwiegender Beteiligung des weiblich[en] Geschlechts (9 : 1). Eine physiologische Hyperplasie tritt auch wä[h]rend der Schwangerschaft und in der Menopause ein. Bestehen kei[ne] Symptome dabei, so geben Verff. bei hypoplastischer, wie aden[o]matöser Struma Jod in Dosen von 0,13 bis 0,3 g Jodkali oder Jo[d]natrium ein- bis zweimal täglich. Teure organische Salze sind übe[r]flüssig, Röntgen- und Radiumbestrahlung kontraindiziert. Die An[gst] vor den Gefahren der Jodbehandlung bei adenomatöser Drüse [ist] sehr übertrieben. Sie geißeln die ärztliche Laienpropaganda, der[en] traurige Resultate in Angstneurosen (Strumaphobie) bei allen Frau[en] mit Schilddrüsenschwellung bestehen. Die Gefahr des sogenannt[en] Jod-Hyperthyreoidismus hat auch unter den Aerzten eine Ang[st]neurose heraufbeschworen. Wahrer Basedow ist eine relativ selte[ne], viel zu häufig diagnostizierte Krankheit. Störungen des symp[a]thischen Systems kommen in Pubertät und Menopause vor, meiste[ns] handelt es sich um gemischte Störungen des vagotonischen und sy[m]pathikotonischen Systems mit oder ohne Veränderungen der Schi[ld]drüse. Hormontherapie ist nutzlos. Besonders in der Pubertät [ist] eine Differentialdiagnose vom wahren Basedow wichtig, der in die[ser] Epoche sehr selten ist und stets mit Erhöhung des Grundsto[ff]wechsels verbunden ist. Die Bestimmungen des Grundstoffwechs[els] sind von entscheidender diagnostischer Bedeutung, fallen übrige[ns] im Beginn stets zu hoch aus, da wesentliche Vorbedingung ei[ner] genauen Bestimmung geistige und körperliche Ruhe sind. Bei e[in]fachem Kropf ohne Erhöhung des Grundstoffwechsels keine ko[n]stanten Veränderungen im Geschlechtsleben; es liegt kein Gru[nd] vor, weshalb solche Frauen nicht eine normale Schwangersch[aft] und Geburt durchmachen sollten. Jod während der Schwangersch[aft] als Heilmittel für die Mutter, als Prophylaktikum für das Kind [ist] nützlich. Die Diagnose eines wahren Basedow sollte nicht o[hne] die Symptome einer Tachykardie und eines erhöhten Grundsto[ff]wechsels gestellt werden. Beziehungen des Basedow zum weiblich[en] Geschlechtsleben bestehen zweifellos. Etwa 10% der Kranken leid[en] an Amenorrhoe. Schwangerschaft tritt in normalem Prozentsatz e[in], verläuft normal; Geburt, Wochenbett und Laktation üben eher ei[nen] günstigen Einfluß auf die Basedowsymptome aus. Schwangerschaf[ts]toxämie hat nichts mit Basedow zu tun. Basedow an und für s[ich] bildet keine Indikation zur Einleitung eines künstlichen Aborts, [der] sich nur bei außergewöhnlichem Gewichtsverlust, schwerer Tach[y]kardie und starker Erhöhung des Grundstoffwechsels rec[ht]fertigen läßt.

Rontal

Therapeutische Mitteilungen.

Der Kampf gegen den Keuchhusten.

Von
Dr. W. LEWY, Bad Reichenhall.

Die Ursachen für das vielfache Versagen der Keuchhusten-Therapie sind darin zu suchen, daß viele Behandlungsmethoden zu sehr auf die Bekämpfung der Symptome eingestellt sind. Die Aetiologie der Pertussis ist, trotz der sogar glaubhaften Annahme, daß es sich um eine Infektionskrankheit handelt, noch so wenig geklärt, daß von einer rein spezifischen Behandlung bisher wohl kaum die Rede sein konnte.

Die typische Wesenheit der Pertussis besteht in den Anfällen mit ihren erschreckenden Begleiterscheinungen, die ganz aus dem Rahmen der sonst bei infektiösen Kinderkrankheiten zu beobachtenden Symptome herausfallen. Der Keuchhustenanfall hat entschieden eine sehr große Aehnlichkeit mit den Attacken des Asthma bronchiale. Mit Recht wird daher neben der Infektion auch noch eine bereits vorhandene oder im Verfolg der Infektion erworbene neurotische Diathese angenommen, und es werden die nervösen Symptome, wie das Erbrechen, vielfach als eine mechanisch-reflektorische Folge des Krampfzustandes erklärt. Hrabovszky Orvosi Hetilap, 1926, Nr. 50, nimmt sogar an, daß ein Toxin, das im Gesamtorganismus entsteht, eine sonderbare elektive Affinität zum Hustenzentrum aufweist. Auf keinen Fall ist ein nervös reflektorischer Einfluß zu leugnen, es ist ja auch dem Praktiker bekannt, daß durch den Handgriff des Vorziehens des Unterkiefers bei seinen Schutzbefohlenen der Reflexbogen unterbrochen und der Anfall häufig koupiert wird. Man hat also beim Keuchhustenkind nicht nur einen infizierten, sondern auch einen übersensiblen Organismus vor sich. Ist man sich darüber klar, so ist der Weg der Therapie vorgeschrieben. Es gilt zunächst die spastisch-nervösen Erscheinungen, den Laryngospasmus, das Erbrechen, zu unterdrücken und dann die katarrhalischen Erscheinungen zur Ausheilung zu bringen. Für die erste Indikation gibt es zahlreiche Wege, die mit mehr oder weniger Sicherheit und Schnelligkeit zum Ziele führen. Hrabovszky hat für diesen Zweck die Röntgenstrahlen empfohlen. Er bestrahlte anfangs die beim Keuchhusten meist vergrößerten Hilusdrüsen, in der Absicht, den durch sie veranlaßten mechanischen Reiz aufzuheben, — allerdings ohne besonderen Erfolg. Dann versuchte er mit besserem Gelingen durch allgemeine Röntgenwirkung mehr zu erreichen. Er bestrahlte die Leber als besonders blutreiches Organ mit kleinen Dosen, in der Absicht, Zerfallprodukte in das kreisende Blut zu bringen und damit eine Homoproteinwirkung auszulösen. Die Besserungen sind analog denjenigen, die auch bei Asthma und Heufieber durch Röntgenisierung erzielt werden.

Viel weniger eingreifend ist die Anwendung der ultravioletten Strahlen, mit denen ich vielfach ein schnelles und regelmäßiges Abflauen der Anfälle und gleichzeitig eine stetige Besserung des allgemeinen Befindens erreichen konnte. Hierbei erwies es sich genau wie bei den Röntgenstrahlen als nützlich, möglichst frühzeitig zu beginnen. Man bestrahlt, um die Empfindlichkeit der Haut gegen das ultraviolette Licht zu probieren, zunächst 5 bis 10 Minuten und läßt allmählich die Kinder ½ Stunde und länger unter der Lampe liegen. Fraglos wird hiermit eine Verminderung der Sensibilität erreicht. Es ist durchaus nicht selten, daß schon nach wenigen Bestrahlungen die Spasmen und das Erbrechen sich auffallend vermindern und sogar ganz sistieren.

Sehr wichtig ist eine möglichst ausgedehnte Freiluftbehandlung. Keuchhustenkinder gehören in die frische Luft. Die erwünschte klimatische Veränderung wird durch die Infektionsgefahr und die berechtigte Abwehr besonders von Seiten der Kurorte gegen keuchhustenkranke Kinder erschwert. Durch Spaziergänge in weniger belebten, möglichst belaubten Stellen oder durch Einrichtung besonderer Plätze für die Huster kann der notwendigen Forderung nach reichlicher frischer Luft Genüge geschehen.

Wegen der Hypersensibilität der Kinder ist es notwendig, daß sich die Umgebung den Bedürfnissen der Kinder sozusagen anpaßt. Je mehr Ruhe besonders im Schlafzimmer des kranken Kindes herrscht, mit je weniger Aufregung die kleinen Patienten verwartet und die nötigen Hilfeleistungen bei den Anfällen, dem Erbrechen usw. ausgeführt werden, um so eher wird Erleichterung und Besserung erzielt. Auf die Regelung der Ernährung ist zu achten. Speisen, die einen lokalen Reiz auf den Rachen und Schlund ausüben, müssen vermieden werden.

Neben den physikalischen Maßnahmen und der systematischen Regelung der Behandlung ist eine zweckmäßige medikamentöse Beeinflussung keineswegs zu entbehren. Die objektive Feststellung, ob ein Medikament bei Pertussis hilft oder nicht, ist nicht ganz einfach. Zweifellos laufen die einzelnen Pertussis-Epidemien mit sehr großen Variationen ab, und sicherlich verheilen die leichten Fälle, die vielleicht überhaupt nur per analogiam als Keuchhustenfälle zu diagnostizieren sind, oft zu schnell, daß sich überhaupt eine intensive Behandlung erübrigt. Im allgemeinen überwiegen aber doch bei den jüngeren Kindern die schwereren Fälle. Wirklich bösartiger Pertussis mit letalem Ausgang ist ja nur im ersten und zweiten Lebensjahr häufiger.

Somit ist eine allzu große Typisierung nicht am Platze. Man muß um so energischer vorgehen, je schwerer die Epidemie auftritt, man hat auf die Konstitution des Kranken Rücksicht zu nehmen und schließlich auch die wirtschaftlichen Verhältnisse mindestens in dem Sinne zu berücksichtigen, daß bei zu beschränkten Wohnungsverhältnissen schwere Fälle im Krankenhaus möglichst unschädlich gemacht werden. Während einer Epidemie kommt schon bei bloßem Verdacht eine Isolierung in Betracht, um möglichst die Infektion in der Inkubationszeit zu verhüten, jedenfalls ist aber so früh wie möglich mit einer planmäßigen Behandlung auch bei suspekten Kindern zu beginnen.

Eine spezifische Therapie mit Vakzinen und Immunseren ist bisher erklärlicherweise mißglückt, da wir ja über die Existenz und das Wesen des Erregers noch im Unklaren sind.

Auch die Behandlung mit narkotischen Präparaten hat mindestens bei sehr Jugendlichen — ihre Bedenken. Alle die betäubenden Mittel, mögen sie heißen wie sie wollen, wirken zumeist symptomatisch, wenn auch immerhin manchmal eine vorübergehende oder länger dauernde Besserung erzielt werden kann. Aber nicht selten hat man allerlei Nebenerscheinungen, länger dauernde Bewußtseinsstörungen und auch wohl Nacherkrankungen der Bronchien darauf zurückzuführen. Daher geht der Praktiker sehr ungern an die Verordnung dieser Mittel heran. Diese Bedenken sind auch beim Bromoform, das immerhin als einziges narkotisch wirkendes Präparat seinen Platz behaupten konnte, nicht auszuschalten. Auch bei diesem Mittel befindet sich der Arzt in freier Praxis insofern in Schwierigkeiten, als zu große Dosen Störungen verursachen können und zu kleine unwirksam sind. Für die Klinik, in der die Kinder unter dauernder Kontrolle sind, ist die Anwendung dieses und anderer Narkotika eher angebracht.

Von den vielen, allzuvielen galenischen Mitteln, die gegen Pertussis empfohlen worden sind, ist die Mehrzahl gekommen und verschwunden wie die Jahreszeiten. Eine wirklich intensive Behandlung des Keuchhustens kann bei dem augenblicklichen Stand der Erkenntnis des Leidens nur dann erfolgen, wenn wir nicht so großen Wert auf die spezifische wie auf die individuelle Behandlung legen. Wollen wir systematisch vorgehen, so müssen wir Alter, Veranlagung mitberücksichtigen, und müssen darauf achten, ob die neuropathische oder die katarrhalische Komponente vorherrschend ist. Es muß ein Behandlungsplan entstehen, der die physikalischen Methoden verwendet und Medikamente vorschreibt, die in ihrer Kombination die zahlreichen Erscheinungsformen des Leidens berücksichtigt. Als solches hat sich seit über 10 Jahren bei vielfacher Anwendung das Diothymin der Chemisch Pharmazeutische Produkte, Wiesbaden in der Praxis bewährt, das tatsächlich den vielseitigen therapeutischen Indikationen gerecht wird. Diothymin enthält zunächst den Fluidextrakt einzelner tropischer Passiflorazeen, die nach ärztlichen Berichten aus Südamerika dort allgemein bei Keuchhusten erfolgreich verordnet werden. Im wesentlichen scheint die daraus isolierbare Substanz, die chemisch den Alkaloiden nahesteht, anti-

asthmatische und antibronchiale Wirkung zu haben. Weitere Bestandteile liefert die Drosera, die sich auch bei uns vielfach und zwar schon seit längerer Zeit bei katarrhalischen Erkrankungen, wie sie beim Keuchhusten auftreten, bewährt hat. Dazu kommt als dritte Droge der Thymian, der auch sonst vielfach als Keuchhustenmittel benutzt wird. Sehr wesentlich erscheint mir der Zusatz von verhältnismäßig großen Mengen Kalk in Form des Kalziumkarbonats und des Kalziumphosphats. Es wird dabei die notorische Fähigkeit der Kalksalze in Anspruch genommen, die nervöse Erregbarkeit herabzusetzen und gleichzeitig die lymphatische Diathese, die so häufig bei Pertussiskindern gefunden, günstig zu beeinflussen.

Schließlich hat man sich veranlaßt gesehen, dem Präparat in der trocknen Form (Diothymin siccum) auch ein Sedativum in kleinen Dosen zuzusetzen. Es hat sich hierfür das Dionin (Merck) als zweckmäßig erwiesen. Es wirken von diesem Salz schon viel kleinere Dosen als vom Morphium oder Kodein, ohne deren Toxizität, und zwar handelt es sich weniger um eine narkotische als eine beruhigende Beeinflussung der kleinen Patienten. Es sind weder in der vorhandenen Literatur noch mir bei häufiger Anwendung jemals Fälle vorgekommen, bei denen der Dioninzusatz sich in irgendeiner Weise störend bemerkbar gemacht hat. Bei dem flüssigen Diothymin, das im wesentlichen für Kinder bis zu 2 Jahren in leichteren Fällen Anwendung finden soll, hat man von der Zugabe des Dionin abgesehen. Es soll aber ausdrücklich betont werden, daß auch Kinder, in den ersten Lebensjahren, ohne Bedenken das Diothymin siccum erhalten können, auch bei diesen ganz jungen wird ein schnelles Abflauen der Anfälle und der sonstigen Erscheinungen ohne Störung des Allgemeinbefindens erzielt.

Es kann hier von der Mitteilung von einzelnen Fällen abgesehen werden, da der Verlauf im allgemeinen durchaus gleichmäßig günstig ist. Es soll nur nochmals hervorgehoben werden, daß die Aussichten auf Besserung und Heilung um so günstiger sind, je früher mit der Darreichung des Mittels begonnen wird. Es darf auch nicht zu früh abgesetzt werden, da ja bei Pertussiskindern auch nach Beendigung der eigentlichen schweren Anfälle meist oder häufig katarrhalische Erscheinungen zurückbleiben, deren Bekämpfung zur Verhütung eines allzu chronischen Verlaufs unbedingt erforderlich ist.

Ich selbst bin mit gleichzeitiger Anwendung der ultravioletten Bestrahlung und des außerordentlich zweckmäßig kombinierten Diothymins ohne sonstige medikamentöse Beeinflussung ausgekommen. Ich verzichte auf die vielfach empfohlenen Räucherungen und Einatmungsvorrichtungen für ätherische Oele, die nach meinen Erfahrungen nicht selten den Reiz, der von der Rachenschleimhaut ausgeht, vermehren.

Die Dosierung des Mittels richtet sich nach dem Alter der Kinder. Ich benutze durchschnittlich die von den Herstellern angegebenen Mengen.

Zusammenfassend kann ich sagen, daß eine derartig „systematische" Bekämpfung des Keuchhustens, die man dann auch als „spezifisch" bezeichnen kann, sich mir in der Praxis durchaus bewährt hat. Zweifellos wird der Verlauf verkürzt; es waren jedenfalls niemals mehr die für die Behandlung der Pertussis auch im Volksglauben weit verbreiteten, angeblichen 7 Wochen erforderlich. Meist konnte schon nach 8 bis 14 Tagen eine entschiedene Besserung gebucht werden, die bei Fortsetzung der genannten Behandlung alsbald zur Rekonvaleszens und Heilung führte.

Zur symptomatischen Therapie chronischer Darmstörungen im Pubertätsalter.

Von

Dr. KARL BARCHETTI, Steyr, Kinderarzt, gew. Klinischer Assistent.

In den letzten Jahren vor Beginn der Pubertät, eine Zeit, die sich ungefähr mit dem Beginn des „Schulalters" deckt, beobachten wir nicht so selten chronische Darm-Katarrhe, die sich durch ungemeine Hartnäckigkeit, beziehungsweise leichtes Rezidivieren kennzeichnen.

Sie bedrohen ja wohl nicht mehr so sehr das Leben, wie etwa im Säuglingsalter, sind aber doch im Stande, durch ihre Hartnäckigkeit die Entwicklung und Kräftigung des heranwachsenden Körpers empfindlich zu hemmen und einen prädisponierten Boden für andere Erkrankungen — besonders für Tuberkulose — zu schaffen.

Von den Eltern werden meist „Diätfehler" als Veranlassung angeschuldigt. Wenn wir aber genauer anamnestisch nachforschen, wobei wir mitunter des Rüstzeuges der Psychoanalyse nicht entraten können, so sehen wir auffallend häufig solche Darmstörungen im Anschluß an ein psychisches Trauma — meist von längerer Dauer — entstehen. Dieser Zusammenhang ist wohl nicht zu verkennen. Als solche „psychogene" Momente kommen für das Schulalter am häufigsten unverdiente Kränkung und Zurücksetzung, verletzter Ehrgeiz zur Beobachtung, wobei nicht geleugnet werden soll, daß sich dabei auch ein sexueller Einschlag im Sinne Freuds nicht von der Hand weisen läßt.

Selbstverständlich können wir in solchen Fällen mit einer rein symptomatischen Therapie keinen dauernden Erfolg erzielen, bevor nicht das psychische Trauma beseitigt ist, was praktisch leider nicht immer restlos durchzuführen ist. Bei manchen Kindern genügt bereits ein zeitweises Herausnehmen aus der Schule, um einerseits das etwa in der Schule wirkende psychogene Moment zu entfernen und andererseits dem Kind auch Zeit zur Erholung zu geben.

Schwieriger liegt die Sache, wenn die auslösende Ursache im Elternhaus gelegen ist; da läßt es sich oft nicht umgehen eine totale „Milieuveränderung" durch Aufnahme in eine Kinder-Klinik oder anderweitige „Luftveränderung" durchzuführen. Immer wieder ist man dann erstaunt, wie meist „auf einen Schlag" die scheinbar unheilbare Darmstörung sistiert und so ex juvantibus die Diagnose einer psychogenen Ursache bekräftigt wird.

Leider sind aber so eingreifende Maßnahmen infolge der damit verbundenen Kosten nicht immer durchführbar. Es tritt dann an den Arzt die Aufgabe heran durch verschiedene Methoden suggestiver Einwirkung (Freud, Urbantschitsch u. a.) das psychische Trauma unwirksam zu machen, daneben soll aber trotzdem nicht auf eine symptomatische Behandlung verzichtet werden, um im Darm an Ort und Stelle einen der Ausheilung möglichst günstigen Boden zu schaffen.

Vor allem empfiehlt es sich bekanntlich durch Kalomel eine gründliche Reinigung des Darmes zu erzielen und dann dem Darm durch eine schlackenarme Diät während einiger Tage Ruhe zu schaffen, dabei wären aber Opiate dringend zu vermeiden. Nun aber ergibt sich das schwierige Problem einerseits möglichst bald eine ausreichende Kost zur Vermeidung von Unterernährung zu erreichen, andererseits aber die so leicht möglichen Recidive zu verhindern. Es soll also Darmgärung und Fäulnis in normalen Grenzen gehalten werden. Schon seit langer Zeit wird hierzu in der Therapie Bolus und Tierkohle als vorzügliches Absorbens, sowie Wismut als Adstringens verwendet, nur haben diese Mittel den Nachteil, daß sie bei längerem Gebrauch den Appetit stören, da sie ja die Magensekrete weitgehend absorbieren und damit unwirksam machen; abgesehen davon, daß besonders Tierkohle schon infolge der widerlichen schwarzen Farbe und des eigentümlichen teerartigen Geschmacks bei Kindern einen bis zum Erbrechen sich steigernden Widerwillen hervorrufen kann.

Diese Nachteile lassen sich sehr gut vermeiden, wenn man Kohle und Wismut in Form von Pillen gibt, die unter dem Namen „Goldhammer-Pillen" in den Handel kommen. Sehr zweckmäßig erscheint es, daß diese Pillen außer den vorerwähnten 2 Bestandteilen noch Ol. menthae als Karminativum enthalten und durch eine Gelatineschicht vor Einwirkung der Magensäfte geschützt sind, wodurch diese für die Verdauung der Nahrung erhalten bleiben und dadurch der Appetit nicht gestört wird, andererseits aber eine genügend starke Einwirkung der Medikamente auf die unteren Darmabschnitte (Colon asc.) gewährleistet erscheint.

Die guten Erfolge, die Woringer und Zahn bei Behandlung der Darmneurosen Erwachsener mit Goldhammer-Pillen berichten, veranlaßten mich, dieses Medikament bei den oben erwähnten analogen Darmneurosen des Präpubertätsalters nachzuprüfen.

Alle Kinder schluckten die Pillen leicht und gerne, es wurde auch bei längerem Gebrauch kein Widerwillen oder Ekel beobachtet. Der therapeutische Effekt stellte sich überraschend bald ein, so daß es relativ früh schon möglich war, eine kalorisch ausreichende Vollkost zu geben, ohne neuerliche Rückfälle fürchten zu müssen. Selbstverständlich ist aber wohl, daß nicht im Vertrauen auf das Medikament in der Kostvorschreibung mutwillig gesündigt wurde, sondern exquisit schwer verdauliche und leicht gärende Speisen vermieden wurden, ohne aber deswegen ängstlich eine kalorisch insuffiziente Schonungsdiät einzuhalten.

Entsprechend der besseren Ausnützung der Nahrung zeigten die (inder auch besseres Gedeihen, was sich sowohl körperlich in Gevichtszunahme als auch geistig in regerem Wesen und besseren Schulleistungen dokumentierte.

Wenn auch die Zahl der beobachteten Fälle für bindende Schlüsse zu gering sein mag, so läßt sich doch zusammenassend hervorheben, daß auch bei Behandlung der Darmneurosen n Präpubertätsalter (Schulalter) die Carbobismenthpillen (Goldammer-Pillen) ein wertvolles, verläßliches Therapeutikum darstellen.

Die Bedeutung der Diätik für die ärztliche Praxis.

Von

Dr. med. GEHRMANN, Berlin.

Fast jeder Krankheitszustand, nicht nur schwere, langdauernde, ieberhafte Erkrankungen, sondern auch schnell vorübergehende ffektionen, eine leichte Erkältung, ein Schnupfen, ein unscheinbarer urunkel usw. beeinflussen, ohne daß der Magendarmtraktus rimär angegriffen ist, den Appetit und rufen indirekt Verdauungsörungen hervor. Diese Tatsache wird im allgemeinen noch viel i wenig gewürdigt. Jede Behandlung einer Krankheit muß zuächst natürlich die causale Therapie berücksichtigen. Ebenso enig, wie wir in jedem Falle die Beeinflussung der Psyche verernachlässigen dürfen — bisweilen genügen ein paar Worte, um as Vertrauen des Patienten zu erringen und unsere Behandlung irksamer zu gestalten —, ebenso wenig dürfen wir die Gastronterotherapie, ganz gleichgültig, welche Diagnose wir gestellt iben, außer acht lassen.

Als Kuriosum möchte ich erwähnen, daß sich unter dem ammelsurium von Krankheitsbezeichnungen der Kurpfuscher, die niemals, um sich nicht zu blamieren, eine eindeutige Diagnose ellen, stets eine „Magenverschleimung" findet. Damit ist nicht wa die Gastrosuccorrhoe gemeint, es soll nur angedeutet werden, iß der Magen in irgendeiner Weise erkrankt ist. Das stimmt m meist, allerdings nicht in dem Sinne, wie sich der Kurpfuscher e Sache vorstellt. Der Patient ist erstaunt über die scharfsinnige iagnose des Volksheilkundigen, da er nicht weiß, daß der Magen i allen Krankheiten in Mitleidenschaft gezogen ist.

Wir Aerzte sollen uns daran gewöhnen, uns bei jeder Krankheit ich dem Zustand von Magen und Darm zu erkundigen. Vielfach steht z. B. eine Verstopfung. Wir werden zunächst auf mechaischem Wege oder durch entsprechende Medikamente die die armschleimhaut reizenden Nahrungsreste entfernen, weitere chädlichkeiten beseitigen und dann eine Regelung der Diät aneben. Oder der Appetit liegt darnieder, Magen und Darm sind npfindlich. Meist begnügt man sich mit dem ganz allgemein shaltenen Verbot von schwerverdaulichen Speisen und mit der orschrift: Diät leben. Damit ist es aber nicht getan. Der Beiff, leichte Diät, wird von jedem Kranken verschieden ausgelegt. ifft man keine bestimmten Anordnungen, so verzichtet man auf n wirksames Mittel, den Krankheitsfall zur Heilung zu bringen lw. seine Heilung zu beschleunigen. Wir müssen also dem ranken genau vorschreiben, was er zu essen hat. In fast anzigjähriger Praxis habe ich als geradezu ideale Krankenkost n Nährmittel angewendet, das durch die mannigfache Art der bereitung nicht allein jedem Krankheitsfall, sondern auch dem rschiedenartigen Geschmack der Patienten angepaßt werden knn. Dieses Nährmittel ist: „Kufeke's" Kindermehl. „Kufeke" i bei Aerzten und Müttern seit langem bekannt als leicht resorbierbre Säuglingsnahrung, sowie als rationelle Ernährung bei kranken nd schwächlichen Kindern. Darüber hinaus kann ich auf Grund miner langjährigen Erfahrungen „Kufeke" als vorzügliche Krankenkst im weitesten Sinne des Wortes bezeichnen, die nicht nur für Kider, sondern auch für Erwachsene von unschätzbarem Wert ist.

Für die Ernährung kranker Personen ist es von größter Wichtikeit, daß die Kost, die ihnen vorgesetzt wird, gern genommen wrd, daß sie ihnen auch schmeckt. Die Krankenküche muß auf di Wohlgeschmack und die Zubereitung der Speisen ganz besideren Wert legen. Geruch, Temperatur, Konsistenz der Seisen spielen für den kranken Magen eine ausschlaggebende Rlle. Bei „Kufeke" sind wir in der Lage, allen diesen wichtigen Fktoren Rechnung tragen zu können. „Kufeke" kann als Getränk, a Suppe, Brei, Gemüsezusatz, Nachspeise usw. hergestellt werden.

Wir können die „Kufeke"-Nahrung warm, lauwarm oder kalt servieren lassen, ohne den Geschmack zu beeinträchtigen. Es genügt nicht, wenn man dem Kranken sagt, er soll sich eine Büchse „Kufeke" kaufen, man muß ihm jedesmal die Zubereitungsart vorschreiben. Auch das Anrichten der Speisen soll ein Teil der ärztlichen Fürsorge sein. Die Kufeke'schen Kochrezepte enthalten eine Fülle von Ratschlägen und Winken für eine zweckmäßige Diätküche. Der Arzt, die Pflegerin und in gewissen Fällen der Kranke selbst findet hier Hilfsmittel, das ihm die Zubereitung der Krankenkost erleichtert.

„Kufeke" ist vor allem ein leicht verdauliches Nahrungsmittel. Es erfordert nur eine ganz geringe Verdauungsarbeit des Magens und verläßt ihn rasch. Dies bedingt, daß der Kranke nicht das Gefühl der Belastung seines Magens, wohl aber wegen des hohen Nährwertes einer gewissen Sättigung hat. Gerade dieses Sättigungsgefühl erfordert bei der Krankenernährung besondere Berücksichtigung. Wir verlangen in gesundem Zustande von einer Speise, daß sie uns bei genügender Menge für eine gewisse Zeit das Gefühl der Sättigung gibt. Im Krankheitsfall sind wir gezwungen, die Quantität und dadurch auch den Nährwert erheblich einzuschränken. Wir beabsichtigen ja eine Schonungsdiät. Bei „Kufeke" ist trotz geringer Quantität der Nährwert und das Sättigungsgefühl sehr groß. Der Kranke braucht nicht über „leeren Magen" zu klagen.

Im allgemeinen werden wir „Kufeke" mit Milch zubereiten und warm als Suppe reichen. Ist außer dem Magen auch der Dünndarm erkrankt, so kann eine für den Magen leicht verdauliche Speise, wie gerade die Milch, schwer verdaulich werden, weil die völlige Verdauung, also die Aufschließung bis zu dem Zustande, der die Aufsaugung durch die kleinsten Gefäße gestattet, bei leicht verdaulichen Speisen vom Magen dem Dünndarm übertragen wird. Ich lasse deshalb in diesen Fällen die Milch fort und bereite die „Kufeke"-Suppe nur mit Wasser und einer Prise Kochsalz. Sie muß in abgekühltem evtl. eisgekühltem Zustande dem Patienten gereicht werden.

Wo eine reichliche Zufuhr von Extraktivstoffen des Fleisches, sowie überhaupt eine pikante Zubereitung der Nahrung indiziert ist, als beispielsweise bei Anacidität, lasse ich zu der mit Wasser gekochten „Kufeke"-Suppe Gewürzstoffe, Maggi usw. zusetzen oder füge zu der in üblicher Weise hergestellten Bouillon ein bis zwei Eßlöffel „Kufeke". Dieser Zusatz erhöht den Kalorienwert der Fleischbrühe sehr erheblich.

Bei Superacidität empfiehlt es sich, der „Kufeke"-Kost reichliche Mengen von Fett in Form von Butter oder Eigelb zuzusetzen. Ein großer Fettgehalt hemmt die Magensaftsekretion und leistet außerdem noch für die Bekämpfung der bei Superacidität besonders häufig gleichzeitig bestehenden chronischen Obstipation wertvolle Dienste.

Ist der Magen überladen durch Speisen oder Getränke, oder besteht eine Reizung der Schleimhaut durch Alkohol- und Nikotinabusus, so sind die Bewegungen des Magens gehemmt, öfters besteht eine förmliche Atonie, die sich durch Plätschern und Kollern unliebsam bemerkbar macht. Erfahrungsgemäß ist eine Schonungsdiät mit leichten Speisen, Haferschleim usw. nicht am Platze. Zum Katerfrühstück gehören pikante, saure Speisen. Ganz vorzügliche Dienste leistet „Kufeke"-Wassersuppe mit kohlensaurem Wasser. Die Kohlensäure regt die darniederliegende Magensaftsekretion an und bringt die Wandmuskulatur zur Kontraktion. Diese „Kufeke"-Brause habe ich auch sonst vielfach bei Magenaffektionen mit gutem Erfolge angewendet, bei Gastrektasien, inoperablem Magencarcinom, Magenneurosen u. ä. Bei Brechneigung und Erbrechen wird „Kufeke"-Wassersuppe, durch Eisstückchen gekühlt, von den Patienten gern genommen. Nur muß die Suppe stark gesalzen sein, um der Kochsalzverarmung des Körpers Rechnung zu tragen.

Die chronischen Formen von Obstipation erfordern in dem Diätzettel kohlehydratreiche Nahrungsmittel. Das Gleiche gilt für die Hämorrhoidaltherapie, um einen weichen Stuhlgang zu erzielen. Wir werden dann einer fleischfreien bzw. fleischarmen Ernährung nicht entraten können, denn Fleischkost macht den Stuhl hart und bröcklig und verlangsamt die Darmperistaltik. Zur Durchführung eines solchen Diätregimes hat sich „Kufeke" in mannigfacher Zubereitung unter Hinzufügung von Milch, Eiern, Butter, Gemüse sehr gut bewährt.

Die Krankheiten der Niere sind fast nur diätetisch zu beeinflussen. Wenn auch die Milch in der Krankenkost eine mehr oder weniger bevorzugte Stellung einnehmen soll, so stoßen wir des öfteren

doch auf Schwierigkeiten. Die Milch wird von vielen Patienten schlecht vertragen, viele Kranke haben einen direkten Widerwillen. Aehnlich verhält es sich mit der diätetischen Behandlung der Herzkrankheiten. Diese Monotonie der Milchkuren wird wesentlich gemildert durch Beigaben von „Kufeke“. Man hat dann gleichzeitig den Vorteil, daß der Nährwert erhöht wird und die Flüssigkeitsmenge vermindert werden kann.

Bei fieberhaften Krankheiten legen wir heutzutage mehr wie früher Wert auf eine ausreichende Ernährung. Ganz besonders gilt das für länger dauernde fieberhafte Prozesse, bei welchen oft gerade die lange Dauer der Erkrankung zu einer hochgradigen Unterernährung mit schädlichen Folgen für das Herz und das Nervensystem führt. Jedem Praktiker sind die Schwierigkeiten der Ernährung fieberhafter Patienten bekannt. Es besteht meist ein starker Widerwille gegen feste Nahrung, insbesondere gegen Fleischspeisen, man ist deshalb auf eine mehr flüssige Diät, Suppen, Gelees usw. angewiesen. Da der Kranke rasch einen Widerwillen gegen die vorgeschriebene Kost bekommt, ist man gezwungen, mit den Speisen zu wechseln. In geeigneten Fällen hat sich „Kufeke“ als ausgezeichnete Fiebernahrung bewährt, als Getränk, Suppe oder in anderer flüssiger Form, vor allem auch, weil das ständige Durstgefühl der fiebernden Kranken erheblich herabgesetzt wird. Natürlich ist ein individualisierendes Vorgehen anzuraten, die Form der Zubereitung muß dem Geschmack des Patienten und der Art der Erkrankung angepaßt werden. So finden wir beispielsweise, daß bei Erkrankungen des Respirationssystems warme Speisen zweckmäßiger sind als kalte, während bei manchen Magenkrankheiten zur Bekämpfung der Brechneigung und des Durstes die Kälte geeigneter erscheint.

Systematische Mastkuren sind bei einer ganzen Reihe von Krankheiten ein wichtiger therapeutischer Faktor: Tuberkulose in fast allen Stadien, manche Fälle von Morbus Basedowii, andererseits auch solche Krankheiten, bei welchen die Unterernährung durch eine von den Verdauungsorganen oder vom Nervensystem ausgehende Behinderung der Nahrungsaufnahme bedingt ist, funktionelle Neurosen usw. Die „K u f e k e“ - Milchsuppe mit Zusatz von Butter und Eiern ist ein ausgezeichnetes Kräftigungsmittel für Uebererernährung und Rekonvaleszenz. Sie ist schmackhaft und bekömmlich und wird besonders morgens gern von den Patienten genommen.

Die Diät ist ein wichtiger Teil der Gesamtbehandlung, manchmal der wichtigste. Es gibt nicht wenig Krankheiten, die allein durch entsprechende Ernährung überwunden werden können. Der Hinweis auf die „K u f e k e“sche Krankennahrung soll keine kritiklose Empfehlung sein. Es ist mir nur ein Bedürfnis, auf diese Krankenkost, die sich in meiner Praxis in vielen hunderten Fällen auf das glänzendste bewährt hat, erneut aufmerksam zu machen. „Kufeke“ stellt keine besonderen Anforderungen an die Zubereitung, es kann auch dort verordnet werden, wo von seiten der Angehörigen nur wenig Verständnis der Diätkürche entgegengebracht wird.

Neuere Erfahrungen über die kombinierte innere und äußere Anwendung der Hefe.

Von

Dr. med. KÜHNE, Privatdozent, Hannover, Sollstr. 113.

Die große Mehrzahl der Hautleiden hängt bekanntermaßen mit inneren ätiologischen Momenten zusammen, mit konstitutionellen Faktoren, mit Stoffwechsel-Störungen, mit Verdauungskrankheiten, mit Diathesen oder auch mit gewissen allergischen Erscheinungen. Oft sind wohl auch Hautleiden Manifestationen eines Abwehrversuchs im Organismus. Andererseits aber wird durch Resistenzverminderung im Hautgewebe den parasitären und infektiösen Krankheiten Tür und Tor geöffnet. In allen solchen Fällen gebietet sich von selbst als eigentlich kausale Therapie die innere Beeinflussung, wobei natürlich die mehr symptomatische äußere Behandlung unentbehrlich ist.

In dieser Erkenntnis bemühte ich mich immer mehr, bei de Hautleiden, wo immer es angebracht erschien, die äußere Behand lung mit jener inneren Therapie zu verbinden. Hier bietet sich nu die altbewährte Hefe als ein geradezu ideales Mittel, nachdem e gelungen ist eine aktive Trockenhefe zu schaffen, die in ver schiedenen Formen äußerlich, wie auch als Pulver innerlich z verwenden ist. Ich hatte im Laufe der Jahre mit dem älteste Präparat dieser Art, der Levurinose, bei Anwendung auf der Hau wunderschöne Erfolge erzielt, und zwar bei den verschiedenste Hautleiden, Akne aller Art, Seborrhoe, Follikulitis, Ekzem, Furunku lose. Dabei bewährte sich mir in glänzender Weise die Levurinose Seife, die, das muß ich sagen, eine außerordentlich glücklich Salizyl-Schwefel-Hefe-Kombination darstellt.

Aber immer mehr gelangte ich dahin, den Schwerpunkt de Behandlung auf die innere Darreichung der Levurinose zu lege Verfolgt man die Literatur über Hefetherapie, so gewinnt man de Eindruck, daß die Hefe ungewöhnlich wirksame therapeutisch Faktoren bergen muß. Da ist z. B. die altbekannte Wirkung b Furunkulose, bei diabetischen Dermatosen, bei Diabetes. Wie so man denn den Heileffekt erklären, wenn man nicht einen ant diabetischen Faktor in der Hefezelle annimmt! Unwillkürlich denk man etwa an eine Art Insulinwirkung, hat man doch Stoffe vo gewisser Insulinwirkung in Pflanzen gefunden. Vielleicht ist He gewissermaßen ein Hormonkörper, vielleicht steht das aktive Fe ment in der Hefe in der Mitte zwischen Hormon und Insulin; s etwa ein H o r m o n f e r m e n t. Aber ein ungewöhnlich wirksam Faktor muß es sein, ein Aktivator, der den Stoffwechsel umstimm Ferner finde ich in der Literatur, daß die Nukleine der Hefe i Blute eine reaktive Hyperleukozytose erzeugen. Hefe also wä ein Mobilisator für die stärksten Abwehrzellen, die Phagozyte Damit im Zusammenhang steht, daß die Hefe desensitisierend wirk also gewissermaßen wie eine Reiztherapie vom Darme aus. Es s hier nicht entschieden werden, wie weit all dies erst hypothetis ist. Aber immerhin meine praktischen Erfahrungen stehen wohl i Einklang mit obigen Angaben.

Darum bot sich mir in der Levurinose ein willkommenes Mitt in einwandfreier Weise die kombinierte Hefebehandlung durc zuführen. Aeußerlich bevorzuge ich wie immer die Levurinose-Sei wegen ihrer überaus milden Wirkung. Das ist besonders erwünsc bei den Hautleiden (Ekzeme), bei denen keinerlei Reiz vertrag wird. Innerlich ist die systematisch durchgeführte Hefekur n Levurinose-Pulver das Gegebene. Bedingung für den Erfolg ist d regelmäßige Darreichung der Levurinose in der individuell passend Form. Die Dauer der Behandlung ist natürlich nicht schematis festzulegen. Bei der Harmlosigkeit der Behandlung aber empfiel sich eine über Wochen oder einige Monate ausgedehnte Levurinos Kur, schon um Rezidive zu vermeiden.

Das Hauptgebiet der Hefetherapie mit Levurinose erstreckt s auf Akne und Ekzem aller Formen, Intertrigo, Furunkulose, diabetisc Dermatosen, Pityriasis rosea, Urtikaria, Pruritus. Meine bisherig Erfolge betreffen in erster Linie Furunkulose, Follikulitis, Ak Ekzem. Meist ließ ich Levurinose mehrere Wochen hindur nehmen, bei Furunkulose bis zu zwölf Wochen. Dann aber wa die Erfolge außerordentlich gut, und in keinem Falle hatte ich ei Mißerfolg. Die ungemein günstige Wirkung der Hefe auf den Ha prozeß selbst sowie auf den Stoffwechsel wie die Verdauung im a gemeinen haben mich veranlaßt, in jedem Falle den größten W auf die innere Levurinose-Kur zu legen.

Aeußerlich ist Levurinose-Seife das Mittel der Wahl. Bei Frau und Kindern besonders ist die ungewöhnlich milde überfettete He seife von größtem Wert. Die kombinierte Schwefel-Salizyl-He wirkung bringt die Hautleiden rasch zur Abheilung. Uebrigens auch der kosmetische Effekt der Levurinose-Seife einwandfrei. ganzen kann ich voll bestätigen, was andere Autoren wie ich sel früher beobachtet haben: Hefe ist ein ungemein vielseitiges Mitt dabei unschädlich und oft von überraschender Wirkung. In d Levurinose besitzen wir nun eine Trockenhefe, die frei ist von all Mängeln ist, die der in alten Zeiten gebräuchlichen Bierhefe a hafteten.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854

NUMMER 34 | BERLIN, DEN 26. AUGUST 1927 | 45. JAHRGANG

Originalien.

Aus dem Sanatorium Allee-Kurhaus, Baden-Baden

Neurosenveranlagung, Neurosenbereitschaft, neurotische Zustände und deren Beziehungen zur inneren Sekretion. *)

Von

Dr. BENNO HAHN, Internist und Nervenarzt.

Es ist eine nicht zu leugnende und in der Laienwelt und unter Aerzten allgemein bekannte Tatsache, daß die Neurosen jeder Art, sowohl die mit organischem Gepräge und die des vegetativen Nervensystems, namentlich aber die durch psychische Einflüsse bedingten in den letzten Dezennien in immer steigendem Maße zugenommen haben.

Die Gründe für die Zunahme der letzteren, der Psychoneurosen sind mannigfache. Der Mensch früherer Generationen war tief verwurzelt im Althergebrachten, baute auf auf durch die Tradition gefestigtem und geheiligten Boden: Festes Gefüge der Familie patriarchialischen Gepräges, tiefe Religiosität, relativ große Bodenständigkeit der Bevölkerung, Kindererziehung in festen Formen. Dabei keine zu großen Schwierigkeiten des Existenzkampfes. Alles dieses hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte gewandelt. Im Zeitalter der Individualisierung und des Materialismus hat sich das feste Gefüge der Familienbande gelockert; Ehetrennungen und Ehescheidungen stehen nicht mehr die gleichen Hemmungen entgegen wie früher. „Individuelle Erziehung" ist zum Schlagwort und richtungsgebend geworden für die Aufzucht des Nachwuchses. Der Kinderglaube, der früher in das Leben mit hinüber gerettet werden konnte, zerschellt in nur zu vielen Fällen an dem Kritizismus und der naturwissenschaftlich-materialistischen Denkungsweise unserer Generation. Nur wenige haben sich ihren Glauben erhalten können oder haben eine neue metaphysisch-religiöse Einstellung gefunden. Das Heimatgefühl hat sehr notgelitten durch die vermehrte Freizügigkeit der Eltern, durch das Auseinanderlaufen der Eltern aus egozentrischen Interessen. Der Existenzkampf hat sich enorm verschärft, die Lebensschwierigkeiten sind gegen früher ins Ungemessene gewachsen. Dabei sind die Städte immer mehr Zentralpunkte des geistigen und geschäftlichen Lebens geworden, verbrauchen durch die Unrast der Lebensführung große Mengen Nervenkräfte und geben durch den auch die Nacht hindurch fortlaufenden, pulsierenden Rhythmus nicht mehr die Möglichkeit, wieder genügend neue Nervenkräfte für den nächsten Tag aufzuspeichern.

Infolge dieser Zunahme nervöser Erkrankungen hat sich notgedrungen die medizinische Wissenschaft dem Problemkreis der Psychoneurosen immer mehr zuwenden müssen, und es ist kennzeichnend für diese Notlage, daß in den letzten beiden Jahren die deutschen Aerzte sich mehrere Male vor einem großen Forum mit dem Neurosenproblem beschäftigten.

Im Herbst 1925 brachte auf der Tagung der Gesellschaft der deutschen Nervenärzte „Die Revision der Neurosenfrage" zweifellos eine gewisse Klärung, wenn auch keine Lösung. Im April 1926 brachte der I. allgemeine ärztliche Kongreß für Psychotherapie eine Art Uebersichtsreferat in größtem Maßstabe über den jetzigen Stand der Psychotherapie. Ein Jahr später auf dem II. Kongreß für Psychotherapie wurde neben anderen wichtigen Fragen das wichtige

*) Nach einem Vortrag auf dem II. allg. ärztl. Kongreß für Psychotherapie.

fast zur selben Zeit die deutsche Gesellschaft für innere Medizin Problem der Neurosenprophylaxe behandelt. Und schließlich hat in Wiesbaden von psychiatrischer Seite aus das Problem der Psychotherapie behandelt, und es war erfreulich, mit welcher Objektivität und Verständnis von führender akademischer psychiatrischer Seite die psychotherapeutischen Bestrebungen beleuchtet wurden, die ja von nichtakademischer Seite ausgegangen sind und deren Führung in nichtakademischen Händen liegt.

Es herrscht ja im allgemeinen Klarheit darüber, daß die psychogenetische Neurose als Resultande aufzufassen ist aus der psychopathischen Konstitution, also aus konstitutioneller Anlage und den Umweltseinflüssen. Tatsächlich gelingt es dem Psychotherapeuten, der Schulung und Intuition mit schöpferischer Führernatur verbindet, eine große Anzahl dieser Neurotiker zu heilen, d. h. sie einzugliedern in die soziale Arbeitsgemeinschaft, so daß sie weder an sich, noch die Allgemeinheit an ihnen leidet. Aber leider wird auch der durch Begabung und Ausbildung beste Psychotherapeut noch eine große Anzahl Neurotiker ungebessert oder nur symptomfrei oder nur vorübergehend gebessert aus seiner Behandlung scheiden sehen. Aus zwei Gründen: Nur zu oft ist die psychopathische Konstitution so ausgeprägt, daß die neurotischen Reaktionen immer wieder in Erscheinung treten, zum Teil sind die Milieuverhältnisse, in die der Patient nach Abschluß der Behandlung wieder eintritt, so ungünstige, einer Aenderung und Besserung so wenig zugängliche, daß das Individuum auch bei nur geringer psychopathischer Anlage sehr bald die altgewohnten neurotischen Mechanismen und Reaktionen wieder in Anspruch nimmt.

Da also die Psychotherapie sich trotz ernstester Forschung und praktischen Bemühens nie zu einer therapia sterilisans magna auswachsen wird, so sind wir berechtigt und verpflichtet, nach weiteren Methoden Ausschau zu halten zur Bekämpfung der Hydra Neurose. Die althergebrachte pharmakologische ebenso wie die physikalische Behandlung neurotischer Zustände wird bei jenen schwer zu beeinflussenden Fällen, wenn überhaupt, für sich allein nur Schein- und vorübergehende Erfolge erzielen. Immerhin wird die konservative Richtung in der modernen Psychotherapie diese Faktoren mit einfügen in das große Arsenal zur Bekämpfung nervöser Zustände, wenn sie auch von extremen Führern der Psychotherapie als unnützer Ballast abgelehnt werden.

Ich habe nun seit geraumer Zeit versucht, den Einfluß der Inkretdrüsen auf die psychopathische Veranlagung und die neurotischen Symptome und Syndrome zu studieren, und habe weiterhin begonnen auf Grund der gemachten Feststellungen inkretorischer Funktionsstörungen bei Neurosen, diese therapeutisch durch Beeinflussung des Inkretsystems anzugehen. Die Berechtigung zu einem solchen Unternehmen sah ich in mehreren Tatsachen:

Die rein psychologische Anschauungsweise neurotischer Zustände führt uns als Grundlage zur psychopathischen Konstitution. Für diese müssen jedoch schließlich die Ursachen wieder auf körperlichem Gebiet, also in der körperlichen somatischen Konstitution gesucht werden. Wenn auch z. B. heute die Hysterie allgemein als eine Reaktionsweise der Psyche angesehen wird, so ist damit noch nicht erklärt, warum das Individuum diese Reaktionsweise besitzt oder erworben hat. Es müssen dieser erhöhten Ansprechbarkeit der Psyche schließlich Ursachen zu Grunde liegen, die uns wieder auf das Gebiet der körperlichen Konstitution zurückführen. Und es liegt nahe, diese ätiologischen Faktoren in Organen und Organsystemen zu suchen, die eine Verbindung zur Psyche besitzen, wie

wir es von den beiden vegetativen Nervensträngen und den inkretorischen Drüsen wissen. Bei Ausbildung der Körperverfassung spielen vor allem die Blutdrüsen eine große Rolle, und ich weise hier in erster Linie auf die von Kretschmer aufgestellten Typen hin, die nicht zu leugnende Beziehungen zu neurotischen und psychotischen Zuständen haben.

Ich nenne weiterhin die erhöhte neurotische Disposition und die erhöhte Manifestierung nervöser Symptome während der physiologischen inkretorischen Krisen bei beiden Geschlechtern: Bei der Frau in der Pubertät und im Klimax, im Umkreise der Menstruation, während der Gravidität und des Wochenbettes; beim Manne während der Pubertät und im Klimakterium virile. Auf der anderen Seite sind bekannt die auffälligen und dauernden Besserungen nervöser Zustände nach der ersten Periodenblutung, während Schwangerschaften und Laktation, die immer wiederkehrenden Besserungen im Symptombilde neurotischer Zustände beim Eintritt jeder neuen Menstruation.

Dann sehen wir bei internen Erkrankungen von Inkretcharakter weiterhin neben den somatischen Störungen eine große Reihe nervöser Begleiterscheinungen, die wir unbedingt dem Psychotherapeuten zur Behandlung überweisen würden, wenn wir sie nicht auf die somatische Grunderkrankung zurückführen könnten. Ich nenne hier das ängstliche, furchtsame, unselbständige Verhalten bei Infantilismus, der auch negativistische Züge, Mangel an Initiative und eine gewisse Uebertreibungssucht zeigen kann. Dann die nervöse Unruhe, die Angst- und Erregungszustände beim Basedow, die oft mit Reizbarkeit, Unbeständigkeit und Schlafstörungen kombiniert sind. Beim Myxödem die psychische Teilnahmslosigkeit und Stumpfheit, Mangel an Interesse und Initiative, Nachlassen des Gedächtnisses usw. Beim Addison das Nachlassen der affektiven Vorgänge, auf der anderen Seite die oft beobachteten Erregungszustände, oft depressive Verstimmungen, bisweilen Zwangsideen.

Wir sehen also, wie physiologische Verschiebungen innerhalb des inkretorischen Haushaltes zum Auftreten und zu Verschlimmerung, unter Umständen auch zur Besserung nervöser Zustände führen können, wie andererseits Krankheiten der Inkretdrüsen von Erscheinungen begleitet sein können, die wir als neurotische zu bezeichnen gewohnt sind.

Wir wissen, daß zwischen Psyche, den vegetativen Nervensträngen des Sympathikus und Parasympathikus und den Inkretdrüsen enge Beziehungen im Sinne einer wechselseitigen Kuppelung bestehen, die wahrscheinlich in den übergeordneten vegetativen Zentren am Boden des 3. Ventrikels eine Umschaltstelle besitzen:

So kann ein Affektsturm zu schweren vegetativen Störungen mit einer Schilddrüsenschwellung und akuten Basedowsymptomen führen. Die Fütterung von Schilddrüsensubstanz, also das vermehrte Vorhandensein von Schilddrüsensekret im Organismus, führt andererseits zu psychischen Erregungszuständen und ausgesprochenen vegetativen Störungen. Schließlich haben physikalische und pharmakologische Einwirkungen auf die vegetativen Nervenstränge oder die von ihnen gezügelten Organe sowohl psychische Symptome wie funktionelle Veränderungen im endokrinen System zur Folge. Aber so sicher diese gegenseitigen Beeinflussungen sind, so hat in dieser Trias zweifellos das endokrine System eine Art zentraler Bedeutung, denn abgesehen von der Auffassung extremistischer Psychotherapeuten vom Primat der Psyche in dieser Trias sind länger anhaltende Funktionsstörungen der Inkretdrüsen infolge von psychischen Reizen doch relativ selten. Und ebenso unwesentlich für die Entwicklung von somatischen und neurotischen Krankheitszuständen ist die Einwirkung des vegetativen Nervensystems auf die Blutdrüsen.

Ich bin nun von der Arbeitshypothese ausgegangen, daß wie bei den von der internen Medizin beschriebenen innersekretorischen Erkrankungen, auch bei den Neurosen, insbesondere bei denen psychischer Prägung, die Blutdrüsen für alle vegetativen und psychischen Störungen eine primär zentrale Bedeutung besitzen.

Neurosen ohne vegetative Störungen gibt es wohl überhaupt nicht. Man ist im allgemeinen nicht gewohnt, beim Vorherrschen psychischer Symptome auf vegetative Erscheinungen zu achten. Aber tatsächlich lassen sich bei jeder Psychoneurose, um diesen Ausdruck wieder hervorzuholen, regelmäßig sympathische, parasympathische oder meistens kombinierte Erscheinungen nachweisen. Ich erinnere nur an die Angstneurose mit ihren vegetativen Erscheinungen am Herzen und den Gefäßen. Dann an die Zwangsneurose mit ihren ausgesprochenen vegetativen Gleichgewichtsstörungen, meist im Sinne einer Parasympathikotonie.

Aber ebenso lassen sich durch eingehende und spezielle Untersuchungen Funktionsstörungen im Haushalt der Inkretdrüsen nachweisen, und die Beeinflußbarkeit der psychischen und vegetativen Symptome durch eine Therapie, die gegen diese Störungen des Inkrethaushaltes gerichtet ist, läßt vermuten, daß die Auffassung der zentralen Stellung der Inkretdrüsen auch für die neurotischen Zustände zu Recht besteht.

Ich habe nun versucht, bei organisch und psychisch Gesunden, vor allem aber bei Neurotikern, einen funktionellen Blutdrüsenstatus aufzustellen. Mit äußerster Vorsicht und Zurückhaltung: Fast nie oder nie ist die Funktion nur einer einzelnen Drüse verändert, es handelt sich fast immer um pluriglanduläre Störungen und es ist nicht leicht festzustellen, welche Drüsen als primär erkrankt, welche als korrelativ beeinflußt anzusehen sind. Weiterhin aber ist der Inkretdrüsenhaushalt außerordentlich labil; er ist abhängig von den physiologischen Krisen, ebenso von exogenen Momenten wie akuten Krankheiten, anstrengender körperlicher Tätigkeit, extremen diätetischen Maßnahmen und psychischen Momenten. Nur unter Berücksichtigung aller dieser Faktoren können bindende Schlüsse aus den gewonnenen Resultaten gezogen werden.

Sehr wichtige Aufschlüsse kann eine ausführliche und spezielle Familien- und Krankenanamnese geben. Es ist bei Blutsverwandten nach innersekretorischen Erkrankungen, nach vegetativen und somatischen Neurosen (Epilepsie! Migräne!) zu forschen, ebenso nach nervösen Störungen und deren Charakter. Die Temperaments- und Charakteranlage der verschiedenen Familienmitglieder ist festzustellen; Stoffwechselerkrankungen, namentlich hereditären Charakters (endogene Fettsucht!) sind von Wichtigkeit; ebenso Art und Verlauf der physiologischen Krisen bei beiden Geschlechtern mit eventuellen vegetativen inkretorischen und nervösen Begleiterscheinungen. In der Patientenanamnese kann einseitige Ernährung von Wichtigkeit sein; Art und Verhalten nach allen Richtungen während der physiologischen Phasen. Es ist von Wichtigkeit Frühsexualität und Hypergenitalismus, Abmagerung und Fettansatz (und dessen Lokalisation) in den verschiedenen Lebensperioden und Phasen. Die psychische Reaktionsweise während der Menses und der physiologischen Krisen ist festzustellen, ob depressiv oder hypomanisch, ob gemischt.

Bei der körperlichen Untersuchung ist die Größe von Hypophyse und Thymus röntgenologisch festzustellen, ebenso organische Schilddrüsen- und Keimdrüsenveränderungen einschließlich des Uterus. Die funktionelle Diagnostik wird den Tonus (partiell oder allgemein) der beiden vegetativen Nervenstränge eruieren und aus diesen, eventuell aus kombinierten Symptomen auf die Funktion der Inkretdrüsen schließen können. Es kommen hier in Betracht die Dermographie, die respiratorische Pulskurve, die Phänomene von Erben, Aschner, Czermack. Dann der Hyperventilationsversuch nach Förster, die mechanische Lungenbewegung durch künstliche Atmung, der Adrenalinsondenversuch Mück's zur Feststellung des Tonus der Gehirngefäßnerven, die Löwysche Reaktion am Auge, die Feststellung der Vagusansprechbarkeit durch intravenöse Injektionen von Atropin und Pilokarpin. Schließlich der Blutdruckversuch durch intravenöse Zufuhr von Adrenalin. Weiterhin lassen Stoffwechseluntersuchungen Rückschlüsse zu auf den innersekretorischen Haushalt. Die Bestimmung des Grundumsatzes und der spezifisch-dynamischen Wirkung, die Feststellung des Kalium- und Kalziumgehaltes des Blutes konnte von mir noch nicht in die inkretorische Diagnostik einbezogen werden, ist aber für die Funktionsprüfung der Blutdrüsen von größter Wichtigkeit. Weiterhin kommen Blutzuckerbestimmungen nüchtern, nach peroraler Traubenzuckerfütterung und nach Adrenalininjektion in Betracht. Ebenso die Bestimmung des Wasserhaushaltes nach Volhard, wenn Nieren- und Herzaffektionen ausgeschaltet werden können. Die Interferometrie nach Hirsch-Jena, eine modifizierte Abderhaldensche Methode gibt für den, der sich intensiv mit ihr beschäftigt hat und die verschiedenen Momente (Diätmaßnahmen, akute Erkrankungen, Menstruation, körperliche Anstrengungen, Affekte) in Betracht zieht, wichtige Aufschlüsse über den Inkrethaushalt. Sie gibt zuverlässige Resultate, wenn man sie in Beziehung setzt zum somaitschen Befund und den funktionell-diagnostischen Untersuchungsergebnissen. Ich halte die Methode unter diesen Voraussetzungen für außerordentlich wichtig und klärend, für sich allein ist sie selbstverständlich nicht zu benutzen wie schließlich mehr oder weniger viele unsere

Laboratoriumsuntersuchungsmethoden. Die Durchführung dieser Inkretdiagnostik ist zur Zeit noch sehr zeitraubend, doch glaube ich, daß sie nach und nach wesentlich vereinfacht werden kann, ohne daß die Exaktheit darunter leidet. Sie ist am sichersten nach einem ausgearbeiteten Schema durchzuführen.

Es erwies sich der Versuch als unmöglich, neurotische Symptome und Zustände nach endokrinen Gesichtspunkten zu ordnen. Wenn auch für gewisse Erkrankungen immer wieder Dysfunktion bestimmter Drüsen nachzuweisen war, so ergab sich doch für viele neurotische Symptome, daß Dysfunktionen der verschiedensten Drüsen als Ursache angesehen werden mußten: Im allgemeinen konnten gesetzmäßige und immer wiederkehrende Beziehungen zwischen typischen nervösen Symptomen und typischen funktionellen Drüsenstörungen nicht nachgewiesen werden. Wir sehen also hier dasselbe Bild wie bei den innersekretorischen Erkrankungen der internen Medizin. Beim Basedow ist durchaus nicht immer die Schilddrüse das primär erkrankte Organ, nicht ganz selten handelt es sich primär um eine Hypofunktion der Eierstöcke und eine Dysfunktion des Hinterlappens der Hypophyse. Ebenso besteht bei der Migräne meist neben einer Ueberfunktion des Hypophysen-Hinterlappens eine Unterbilanz der Schilddrüsenfunktion, bisweilen aber auch eine der Eierstöcke.

Ich habe auf Grund des innersekretorischen Status nun versucht, durch Beeinflussung der Inkretorgane die nervösen Zustände therapeutisch anzugehen. Operative Eingriffe, ebenso Reizungs- und Dämpfungstherapie durch Strahlenbehandlung wurden von vornherein ausgeschaltet.

Als therapeutische Faktoren wurden Präparate aus Inkretdrüsen (spezifische Therapie), Reizkörperbehandlung und diätetische Maßnahmen benutzt.

Bei der Beeinflussung durch innersekretorische Präparate ergaben sich mehrere Schwierigkeiten: Zunächst die quantitativ und qualitativ sehr verschiedene Wirksamkeit der Präparate. In den letzten Jahren sind von einer großen Reihe von Firmen Inkretpräparate in den Handel gebracht worden, von denen nur relativ wenige einen sicheren therapeutischen Erfolg brachten. Sicher ist hier die Art der Verarbeitung der frischen Drüsenorgane von ausschlaggebender Bedeutung. Leider fehlt noch meist eine einheitliche und einwandfreie biologische Wertbestimmung der Präparate, die wenigstens zuverlässige Schlüsse auf ihre Wirksamkeit im Tierversuch zuläßt. Aber eine solche Standardisierung läßt dann noch keine bindenden Schlüsse auf die Wirksamkeit in der Human-Therapie zu. Eine weitere Schwierigkeit besteht in der richtigen prozentualen Dosierung. Es handelt sich bekanntermaßen ja meistens um pluriglanduläre Störungen. Nach meinen Erfahrungen kann man bisweilen durch Beeinflussung nur der primär geschädigten Drüse einen vollen Erfolg erzielen, in anderen Fällen erscheint es richtiger, vorsichtig auch die korrelativ beeinflußten Drüsen therapeutisch anzugehen. Hier ist man auf tastendes Vorgehen angewiesen, und es hat sich als zweckmäßig erwiesen, zunächst nur das primär erkrankte Organ zu beeinflussen und erst nach 5—7 Tagen, wenn kein Erfolg sichtbar ist, auch die korrelativ beeinflußten Drüsen anzugehen. Unter Umständen muß alle paar Tage die Dosierung variiert und das Verhältnis der einzelnen Drüsenpräparate gegenseitig neu abgestimmt werden. Die handelsüblichen pluriglandulären Präparate nehmen selbstverständlich auf individuelle Verhältnisse keinerlei Rücksicht und haben deshalb oft nicht den gewünschten Erfolg. Eine prozentual falsche Zusammensetzung kann bisweilen den ganzen therapeutischen Erfolg in Frage stellen.

Eine transkutane Verabreichung garantiert durchaus nicht immer einen schnelleren Erfolg. Die Präparate mancher Drüsen sind bei intramuskulärer und subkutaner Zuführung bisweilen völlig oder fast völlig wirkungslos, während nach peroraler Verabreichung schon nach Tagen eine deutliche Besserung des ganzen Krankheitszustandes eintritt. Sicher spielt hier die weitgehende Enteiweißung und Sterilisierung der Präparate in Injektionsform eine wesentliche Rolle. Andere Präparate wiederum versagen völlig bei peroraler Zuführung.

Es wurde zum Teil reine Substitutionstherapie getrieben, von dem Gedanken ausgehend, den organisch oder nur funktionell geschädigten Drüsen durch vorübergehende weitgehende Entlastung und Schonung die Zeit und Möglichkeit zur funktionellen Erholung zu geben. In anderen Fällen wurde die Hyper- und Dysfunktion gewisser Drüsen durch antagonistisch wirksame Drüsenpräparate paralysiert. Es sei hier an die Basedowfälle mit primärer starker Hyper- und Dysfunktion der Schilddrüse erinnert, die bisweilen auf Ovarialpräparate prompt reagieren.

Bei der Reizkörpertherapie handelt es sich um eine Stimulierung geschädigter Drüsen. Es war auch ohne gleichzeitige Inkrettherapie eine deutliche Beeinflussung nachzuweisen. Es eignen sich hierzu namentlich die Fälle mit reiner Hypofunktion. Es scheint vorteilhaft zu sein, im allgemeinen mit Substitutionstherapie zu beginnen und erst Reizkörper anzuwenden, wenn die geschädigte Drüse sich etwas erholt hat. Die relativ indifferenten Reizkörper wie Omnadin und Xifalmilch haben vollkommen genügt. Bei den Inkretpräparaten in Injektionsform scheinen die darin enthaltenen Eiweißstoffe und Lipoide als Reizkörper zu wirken, so daß also die wirksame Injektionsbehandlung mit Inkretpräparaten mindestens zum Teil einen unspezifischen Wirkungsfaktor im Sinne der Reizkörpertherapie enthält.

Schließlich wurde versucht, durch diätetische Maßnahmen den gestörten hormonalen Haushalt zu beeinflussen. Bekannt ist ja, wie ungünstig eine purinreiche Nahrung auf den Basedow und viele neurasthenische Zustände einwirkt; bekannt ist weiterhin der Zusammenhang vieler Avitaminosen mit Inkretdrüsenstörungen. Ich erinnere auf der anderen Seite an die Erfolge der vegetabilischen Diät beim Basedow, an die nicht zu leugnende günstige Beeinflussung mancher nervösen Zustände durch einseitige diätetische Maßnahmen in der Richtung einer vegetarischen, bzw. der vitaminreichen Ernährung; schließlich an den Einfluß einseitiger diätetischer Lebensweise auf die Häufigkeit und Stärke der Migräne und epileptischer Anfälle. Ich habe deshalb versucht, durch starke Einschränkung purinhaltiger Nährstoffe und Zuführung einer besonders vitaminreichen Nahrung, wie rohe Früchte, rohe Fruchtsäfte, Rohkost nach Bircher-Benner, durch regelmäßige Einschaltung kalorienreicher Obsttage inkretorische Dysfunktionen auszugleichen: Es sind in unserer Nahrung sicher wichtige, den Inkrethaushalt harmonisierende Faktoren vorhanden. Es ist natürlich sehr schwer zu sagen, wie weit die diätetischen Maßnahmen einen Einfluß auf die hier berichteten Erfolge gehabt haben, da gleichzeitig mindestens Organtherapie getrieben wurde.

In zwei Fällen (Neurasthenia gravis und Angstzustände), die ohne jede andere Therapie in dem gleichen Milieu verblieben, war jedenfalls eine deutliche Besserung nach einer solchen Diät festzustellen. Eine eventuelle suggestive Wirkung konnte in diesen Fällen ausgeschaltet werden.

Ich habe bei folgenden Erkrankungen Besserungen, bzw. Verschwinden der Symptome durch die obengenannten therapeutischen Faktoren erzielen können: Zunächst bei Depressionen endogenen und reaktiven Charakters. Bei endogenen Depressionen fand ich eine Dysfunktion von seiten der ganzen Hypophyse, namentlich des Hinterlappens, der Schilddrüse, oft auch der Keimdrüsen. Bei Schilddrüse und Keimdrüsen handelte es sich wohl meist um eine korrelative Hypofunktion. Bei den reaktiven Depressionen fand ich Hypofunktionen von seiten der Schilddrüse und der Geschlechtsdrüsen. Der Erfolg war meist ein ganz auffälliger. Schon nach wenigen Tagen ließen die Hemmungen wesentlich nach, das „Verkrampftsein" schwand immer mehr, der Schlaf besserte sich, die morgendlichen Depressionen wurden milder. Initiative, Energie, Konzentrationsvermögen und körperliche Leistungsfähigkeit nahmen zu, der Appetit wuchs rapide. In einzelnen Fällen waren nach 2 bis 3 Wochen sämtliche subjektiven und objektiven Krankheitserscheinungen verschwunden. In einem Fall von endogener Depression mit starker neurotischer Ueberlagerung traten leichte hypomanische Erscheinungen mit starker Euphorie auf, die jedoch nach Verminderung der Schilddrüsendosen bald wieder abklangen. — In einigen Fällen von Angstneurose besserte sich das ganze Krankheitsbild von Tag zu Tag nach Schilddrüsen- und Eierstockstherapie. — In einem Fall mit Dysfunktion von Eierstock, Schilddrüse und Hypophyse brachte erst das nachträglich zugeführte Hypophysenpräparat den Erfolg. In zwei Fällen von Zwangsneurose besserten sich die Erscheinungen sehr bald auf Epiphysen- und Schilddrüsentherapie. — Zwei Fälle von Minderwertigkeitsneurosen mit stärkster Ueberkompensation in Trotz wurden durch Eierstockspräparate enorm gebessert. Beide Fälle stehen noch in Behandlung. Das eine Mädchen hatte stärkste Hemmungen mit absolutem Mangel an Initiative und Energie. — Einige Fälle von Wechseljahrsdepressionen wurden durch Eierstocksgaben mit kleinsten Schilddrüsengaben, teilweise durch Ovarialpräparate und Hypophysenvorderlappen in kürzester Zeit symptomfrei, nachdem sie vorher ohne jeden Erfolg zum Teil wochenlang nur Ovarial-

substanz erhalten hatten. — Ein Fall von reiner Herzneurose reagierte prompt auf Totalhypophyse und Hoden hin.

Von Neurosen mit organischer Prägung wurde eine Anzahl Migränefälle stark gebessert, bzw. symptomfrei; teilweise allein durch Schilddrüse, teilweise durch Eierstockspräparate, teilweise durch eine kombinierte Therapie. Es reagierten die „blassen" Migränefälle gut auf Schilddrüse, die „roten" Fälle auf Keimdrüsensubstanz. Mehrere stark ausgeprägte vegetative Neurosen mit sekundären Angstsymptomen verschwanden völlig, teils durch Schilddrüsentherapie, teils durch Keimdrüsengaben, teils durch eine kombinierte Therapie dieser Drüsenpräparate. Auch hier war es ähnlich wie bei der Migräne, es reagierten z. B. die Fälle von Leichenfingern, von kalten Beinen, die erst nach stundenlanger Bettruhe mit Wärmflaschen sich erwärmten, prompt auf Schilddrüse; Individuen mit Errötungsangst usw. gut auf Keimdrüsenpräparate. In vier Asthmafällen war jedesmal eine Hypofunktion des Hypophysen-Hinterlappens nachzuweisen, teilweise kombiniert mit anderen Drüsendysfunktionen. Auch hier war teilweise eine deutliche organotherapeutische Beeinflussung festzustellen.

Von inkretorischen Neurosen wurden Basedowfälle (davon einer kombiniert mit Migräne) durch Keimdrüsenpräparate auffällig gebessert.

Es wurden im ganzen 56 Fälle durchbehandelt. Davon wurden 37 ganz wesentlich gebessert, zum großen Teil völlig symptomfrei; 19 Fälle wurden nicht oder nur ganz unwesentlich beeinflußt. Ausgeschieden wurden alle Fälle, die nach meinen heutigen Kenntnissen als ungenügend diagnostisch durchgearbeitet angesehen werden mußten. Ebenso diejenigen, die nach kurzer Zeit die Behandlung aus irgendwelchen Gründen abbrachen und schließlich solche, bei denen nach meiner Ansicht die Psychotherapie den Hauptanteil an dem Heilerfolg hatte.

Bei den oben erwähnten 37 Fällen verschwanden also Symptome, die wir mindestens zum größten Teile als psychisch bedingt anzusehen gewohnt sind.

Die Behandlung wurde nach der Entlassung zum Teil mit geringeren Dosen periodisch weitergeführt, und ich habe sie meist weiter kontrollieren können. Andere beendigten die innersekretorische und Reizkörpertherapie mit ihrer Entlassung. Auch sie blieben weiter mit mir in Kontakt.

Bei der weiteren Kontrolle ergab sich bei einer Anzahl dieser Patienten folgendes: Während sie nach früheren analytischen und kathartischen Behandlungen, die z. T. bis zum Kern der Persönlichkeit durchgeführt wurden, z. T. sich mehr nur mit den einzelnen Symptomen und ihren Wurzeln befaßten (Analyse der oberen Schichten), infolge der Stärke der psychopathischen Veranlagung oder der ungünstig gelagerten Milieuverhältnisse bald wieder die neurotischen Reaktionsmechanismen aufnahmen und die alten oder neue nervöse Erscheinungen aufzeigten, sind sie diesmal — vorläufig noch nach Monaten — symptomfrei geblieben, und ich glaube diese Tatsache so deuten zu müssen, daß durch die Behandlung und Besserung von Gleichgewichtsstörungen im innersekretorischen Haushalt die konstitutionellen Verhältnisse, zunächst einmal vorübergehend, im Sinne einer allgemeinen Harmonisierung der Persönlichkeit verändert wurden. Ich halte den Schluß für erlaubt, daß die psychopathische Veranlagung in diesen Fällen kausal bedingt ist durch angeborene oder erworbene Minderwertigkeiten einzelner Blutdrüsen, die zu Gleichgewichtsstörungen im Inkrethaushalt geführt haben. Ich halte es weiterhin für möglich, in günstig gelagerten Fällen durch eine solche Therapie die minderwertigen Drüsen nach und nach zu dauernder funktioneller Volltätigkeit zu bringen und dadurch die Neurosenbereitschaft für immer zu beseitigen. Ob eine dauernde oder intermittierende Behandlung notwendig ist, wie in Fällen von Myxödem, müssen weitere Versuche und Beobachtungen ergeben.

Sehr interessant und auffallend war der Einfluß dieser Therapie auf den Verlauf der aufdeckenden Behandlung (Analyse bzw. kathartische Analyse). Wenn der therapeutische Erfolg deutlicher hervortrat, konnte man kathartisch wie analytisch von Tag zu Tag mit größerer Schwierigkeit unverarbeitete Erlebnisse und falsche Einstellungen eruieren. Ich habe diese Tatsachen vorläufig so gedeutet, daß durch diese somatische Therapie eine allgemeine Harmonisierung der Psyche mit spontaner Lösung der Komplexe, also mit nachträglicher spontaner Verarbeitung alter Konflikte, herbeigeführt worden ist. Ob diese sicher vorhanden gewesenen Komplexe einige Monate nach Abschluß der somatischen Therapie wieder auffindbar werden und wieder zum Symptom führen, werden die nächsten Monate zeigen. Ich persönlich glaube aus theoretischen Erwägungen heraus nicht, daß sie nur untergetaucht und vorläufig unauffindbar geworden sind. Und ich glaube weiterhin, daß die unbestreitbaren Sanatoriumserfolge der alten Schule, bei denen bei räumlicher und zeitlicher Entfernung aus dem krankmachenden Milieu und Anwendung physikalischer, diätetischer und klimatologischer Faktoren, neurotische Symptome für immer verschwanden, so zu deuten sind, daß durch diese ganzen Maßnahmen der gestörte Haushalt des innersekretorischen Systems wieder equilibriert wurde und dadurch eine nachträgliche Konfliktsverarbeitung möglich war.

Interessant ist ferner, daß einige Patienten, die bei Beginn der kathartischen Behandlung im Halbschlaf keine Anschauungsbilder im Sinne der Eidetiker Jaenschs aufwiesen, schon wenige Tage nach Beginn der Inkrettherapie im Halbschlaf typische Anschauungsbilder hatten. Ich habe dies Phänomen schon früher in seltenen Fällen ohne somatische Therapie beobachten können, doch erst nach vielen Wochen. In diesen letzteren Fällen handelt es sich zweifellos um eine Uebung vorhandener, aber schon lange verlassener physiologischer Mechanismen.

In den oben erwähnten positiv beeinflußten 37 Fällen wurde meist gleichzeitig eins der großen psychotherapeutischen Verfahren angewandt, doch war der ganze therapeutische Erfolg ein solcher, daß er bei der Schwere der Neurose (Verwurzelung der neurotischen Einstellungen im innersten Kern der ganzen Persönlichkeit) und der Kürze der Behandlungszeit nur zum kleinsten Teile der Psychotherapie zugeschrieben werden konnte. In wenigen Fällen hatte die Psychotherapie ein vollkommenes Fiasko erlebt (Trotzneurose), in anderen Fällen konnte aus äußeren Grünnden ein psychotherapeutisches Verfahren gar nicht eingeleitet werden.

Zusammenfassend möchte ich ausführen: In ungefähr 66% der untersuchten und behandelten Fälle von Neurose konnte auf Grund einer eingehend ausgeführten Diagnose der Blutdrüsenfunktion eine Dyshormonie, also eine Gleichgewichtsstörung im Inkretsystem, festgestellt werden. Durch Behandlung mit Inkretpräparaten, Proteinkörpern und diätetischen Maßnahmen konnten diese Patienten zum Teil oder ganz von ihren Symptomen befreit werden. Nach Wiedereinreihung in das alte, oft ungünstige Milieu traten innerhalb der nächsten Monate zum Teil weder alte noch neue neurotische Symptome auf. Dies spricht dafür, daß die neurotische Anlage, d. h. die psychopathische Konstitution im Sinne der Norm verändert wurde.

In der medizinischen Literatur sind nach meiner Kenntnis therapeutische Versuche in dieser Richtung innerhalb des deutschen Sprachgebietes nur von L a u d e n h e i m e r bei Migräne, von D a t t n e r bei Angstzuständen unternommen worden. Die amerikanischen Erfahrungen stehen mir nicht zur Verfügung, doch scheint dort Hormontherapie — mindestens zum großen Teile — ohne die unbedingt erforderliche gesicherte diagnostische Grundlage betrieben zu werden.

Ich glaube nicht, daß die Inkretsystemtherapie jemals die Psychotherapie unnötig machen könnte, aber wir haben auf diese Weise die Möglichkeit und deshalb die Pflicht, auch von dieser Seite aus neurotische Symptome und Zustände zu beeinflussen. Und ich glaube vor allem, daß wir auf diesem Wege in großem Maßstabe Neurosenprophylaxe treiben können; sicher direkt bei gefährdeten Individuen, vielleicht aber auch bei Erwachsenen mit inkretorischen Störungen zum Wohle des Deszendenz in eugenetischem Sinne.

Berichtigung!

Bei dem Artikel „Ueber nachoperative Geistesstörungen" in Nr. 2 d. Zeitschrift ist auf Seite 57 folgender Abschnitt herausgeblieben, wir bitten ihn, vor dem 6. Abschnitt von rückwärts gezählt, einzufügen:

Daß nachoperative Geistesstörungen auch zu gerichtlichen Verfolgungen der Aerzte führen können, wenn die Kranken in ihrer Verwirrtheit behaupten, daß an ihnen ein Sittlichkeitsverbrechen begangen worden wäre, zeigen Fälle von K ö r n e r. Also auch in der Beziehung ist eine gewisse Vorsicht vonnöten.

Laufende medizinische Literatur.

Münchener Med. Wochenschrift.

Nr. 29, 22. Juli.

Verhalten der Skelettmuskulatur im Schüttelfrost. Ernst Friedrich Müller und William F. Petersen.
Behandlung des Abortes, insbes. des fieberhaften Abortes. Rudolf Bund.
Rolle des Magnesiumphosphats bei der Ermüdung und Totenstarre des Muskels. Leonhard Wacker.
Lehrlings-Uebungslager. K. Gebhardt.
Azidotische Erbrechen beim Kinde. H. Seckel.
Röntgendosierung in der Hautpraxis. Schulte.
Erstaufstellung eines Drehstromventilgleichrichters zur Röntgendiagnostik mit einer Leistung von 40 Kilowatt. Gutzeit.
Hilfe zu besserer Dammnaht. Ad. Leop. Schernack.
Epidemiologie der venerischen Krankheiten. A. Buschke und Martin Gumpert.
Bluttransfusion in der Frauenheilkunde. L. Seitz.
Geschichte des medizinischen Unterrichtes in Marburg. F. Sorge.
400 Jahre Medizin in Marburg. Gerhard Denecke.

Bluttransfusion in der Frauenheilkunde. Zu unterscheiden ist die Substitutionsbluttransfusion in Fällen schweren Blutverlustes und die Bluttransfusion zu therapeutischen Zwecken. Trotz der Häufigkeit starker Blutverluste unter der Geburt stellen sich selten so bedrohliche Erscheinungen ein, daß eine Blutübertragung geboten erscheint. Wenn es gelungen ist, die Blutung zum Stehen zu bringen (Nachgeburtsblutung, Placenta prävia) tritt meist eine so rasche Erholung der Gebärenden ein, daß eine Bluttransfusion sich erübrigt oder daß die verlorene Flüssigkeit durch die leichter auszuführende Infusion von Normosal- oder 5% Traubenzuckerlösung zu ersetzen ist. Großen Nutzen gewährt die Bluttransfusion bei schwerer sekundärer Anämie infolge von Myomen oder funktionellen Menorrhagien, wo am besten in der von der Blutung freien Zeit zu transfundieren ist. So können die Aussichten der nachfolgenden Operation oder Röntgenbestrahlung wesentlich verbessert werden. Bei den intraperitonealen Blutverlusten infolge geplatzter Extrauteringravidität steht Eigenblut zur Reinfusion zur Verfügung. Filtrieren des ausgeschöpften Blutes zur Säuberung von Gerinnseln und Beimengungen durch dichte Lage steriler Gaze, Verdünnung mit Normosal- oder 5% Traubenzuckerlösung im Verhältnis 1 : 1 oder 1 : 2, Einlaufenlassen in die freigelegte Armvene). Nur in 65% der Fälle ist eine solche Reinfusion notwendig.

Die therapeutische Bluttransfusion soll durch Zufuhr körperfremden Blutes die Abwehrkräfte des Körpers erhöhen und so günstig die Heilungsvorgänge im Organismus beeinflussen. Es genügt daher zumeist, das Blut in wesentlich geringerer Menge (20—100 ccm) oder das Serum allein intramuskulär oder subkutan einzuspritzen. Diese Art der Bluttransfusion ist mit Erfolg bei der Bekämpfung der Schwangerschaftstoxikosen (Herpes gravidarium, Impetigo herpetiformis in Anfangsstadien, Eklampsie) zu verwenden. Bei schweren Fällen von Wochenbettfieber kann die Zufuhr von größeren Blutmengen (500 ccm intravenös) günstig auf den septischen Prozeß einwirken. Das Allgemeinbefinden wird wenigstens für einige Tage gebessert und die Schüttelfröste bleiben vorübergehend aus. Freilich gelingt es kaum je, eine Heilung zu erzielen. Als unterstützende Therapie sind subkutane oder intramuskuläre Injektionen geringer Blutmengen bei der Strahlenbehandlung des Uteruskrebses wertvoll. Wenn auch eine wesentliche Beeinflussung des Krebswachstums nicht erkennbar ist, so schwinden doch die mit der Röntgen- oder Radiumbehandlung verbundenen, oft hochgradigen Allgemeinbeschwerden.

Nr. 30, 29. Juli.

Antagogie. Wilhelm Stoeltzner.
Myödem und Rachitis. P. Frick und A. Uffenheimer.
Zerstörung arteigener Blutkörperchen beim Meerschweinchen. G. Tudorann.
Diagnostischer Wert der Gallenblasendarstellung im Röntgenbild. Arnold Grebe.
Ueber den von Trommer vorgeschlagenen Weg der Diagnose des Ulcus duodeni. Victoria Ein Waldt.
Weitere Erfahrungen mit der medico-mechanischen Methode der Wehenerregung. Karl Hellmuth.
Diätetisch und therapeutisch wichtige Bestandteile der abgetöteten Hefe. Max Winckel.
Psychokathartische Heilung einer monosymptomatischen Phobie. H. Stern
Trypaflavin, das Mittel der Wahl gegen Polyarthritis rheumatica. Franz Lachner.
Verhalten der Skelettmuskulatur im Schüttelfrost. Ernst Friedrich Müller und William F. Petersen.
Weiteres zur Epidemiologie des Typhus. E. Friedberger.
Geschichte der Entdeckung des Säugetiereies. H. Kirste.

Diagnostischer Wert der Gallenblasendarstellung im Röntgenbild. Die diagnostische Beurteilung der Gallenblasendarstellung gründet sich auf die Ueberlegung, daß eine Gallenblase mit gestörter Funktion nach Einverleibung des Kontrastmittels nur einen schlechten oder überhaupt keinen Schatten erzeugt oder daß ein Stern erkennbar wird. Allgemein wird aus dem Fehlen oder der Undeutlichkeit des Schattens auf eine kranke Gallenblase geschlossen und die Uebereinstimmung zwischen Gallenblasenbild und Gallenblasenerkrankung auf 90—95% geschätzt. Diese Zahlen ergeben sich jedoch an einem Teil Material, das zum größten Teil aus klinisch sicheren Gallenblasenerkrankungen besteht. Eingehende Untersuchungen an etwa 400 Fällen mit allen möglichen abdominellen Erkrankungen, vor allem denen des Oberbauches, wo die Leistungsfähigkeit dieser Methode der Gallenblasenuntersuchung für die differentielle Diagnose von entscheidender Bedeutung sein kann, sprechen gegen die Annahme, daß ein fehlender Schatten eine kranke Gallenblase charakterisiert. Denn bei den verschiedensten Baucherkrankungen fehlte der Schatten 16 Stunden nach Einnahme des Kontrastmittels, ohne daß bei der Operation eine Mitbeteiligung des Gallenwegssystems erkennbar war. Der wahre Wert der Gallenblasendarstellung liegt also nicht im fehlenden und nicht im schwach sichtbaren Schatten, sondern im deutlichen Schattenbilde, das eine gesunde Gallenblase darstellt und eine Erkrankung dieses Organs ausschließt. Mit zunehmender Schattendichte wächst die Zuverlässigkeit und der Wert des Röntgenbildes. Als „positiv" ist ein Bild zu bezeichnen, dessen Schatten dem der Rippen gleichkommt. Trotz deutlichen Schattens kann an der Gallenblase eine Störung des Füllungs- oder Entleerungsmechanismus vorhanden sein. Entscheidend ist somit erst ein Schatten, der dem der Rippen an Dichte übertrifft, dessen Grenzen scharf und nicht verzogen sind, der innerhalb von 16 Stunden seine größte Dichte erreicht und nach weiteren 16 Stunden nicht mehr sichtbar ist. Dieses „vollkommene" Bild der Gallenblase zeigt mit Sicherheit ein gesundes Organ an.

Eindeutig ist das Steinbild. Doch ist bei seiner Bewertung stets zu bedenken, wie häufig Gallensteine, ohne Beschwerden zu verursachen, vorkommen und daß die augenblicklichen Krankheitserscheinungen Folge einer anderen Erkrankung sein können.

Biberfeld.

Medizinische Klinik.

Nr. 30, 29. Juli 1927.

* Tuberkulinbehandlung. W. Neumann.
Operative Behandlung der Obstipation. F. Brüning.
* Hypoglykämische Reaktion, besonders „Insulinpsychosen". A. Oppenheimer.
Kasuistik des malignen Chorionepithelioms. W. Pahl.
Scheidendammspaltende Entbindung. E. Solms und B. Stern.
Behandlung des chron.-rezidivierenden Gelenkrheumatismus mit Ichthyol per os. G. Bitta.
* Röntgenologischer Nachweis gastritischer Veränderungen. K. Gutzeit.
Fibrinogenbestimmung. E. Klimesch und O. Weltmann.
Geburtshilfliche und gynäkologische Therapie mit Einschluß der Heilmittel. G. Burckhard.
Globuli vaginales. H. Paskert.

Der Wert der Tuberkulinbehandlung. Neumann schildert sieben Gruppen von Tuberkulösen, bei welchen er Erfolge durch Tuberkulinbehandlung gesehen hat. Die erste Gruppe umfaßt Kranke, welche Kavernenheilung durch Tuberkulin beweisen. Verf. hat an anderer Stelle bewiesen, daß die Kavernen der isolierten Phthise sich durch eine Kollaps-Therapie heilen lassen, und zwar ist er der Ansicht, daß es prognostisch von sehr großem Wert ist, die tastbare, harte und scharfrandige Milz für die Palpation zum Verschwinden zu bringen. Das Verschwinden des Milztumors beweist uns, daß monatelang keine neuen Einbrüche von Tuberkelbazillen in die Blutbahnen erfolgt sind. Auch die schönste Gewichtszunahme ist uns keine Gewähr für eine endgültige Heilung, wenn der Milztumor bestehen bleibt. In der zweiten Gruppe finden wir der serösen Pleuritiden, Peritonitiden oder auch Perikarditiden. Neumann beobachtete einen ganz eklatanten Einfluß des Tuberkulins auf Temperatur und Urinmenge. Bei der nächsten Gruppe schildert er die Erfolge der Tuberkulintherapie bei tuberkulöser Pleuropneumonie und reiner Pneumonie, soweit die Infiltrationsprozesse nicht bösartiger, käsiger Natur sind, sondern in das Gebiet der kongestiven Tuberkulose, der tuberkulösen Splenopneumonie gehören. Das eben genannte Geltungsbereich dehnt sich auch viertens auf die serösen Ergüsse aus, welche im Anschluß an operative Eingriffe im Thorax auftreten, wie z. B. die Ergüsse, welche so oft einen künstlichen Pneumothorax begleiten. Neumann kombiniert immer die Pneumothorax-Therapie mit Tuberkulin-Injektionen und dadurch hat er den Prozentsatz der komplizierenden Exsudate stark herabgedrückt. Nunmehr kommen wir zur Gruppe der Polyserositis. Hier kommt es vor, daß, wenn diese Fälle auf Alt-Tuberkulin zu stark reagieren, man sich mit Ateban-Einreibungen behelfen kann, und da erzielte Verf. stets gute Erfolge. Der noch vielfach verkannte tuberkulöse Rheumatismus bildet die sechste Gruppe. Neumann unterscheidet zwei Arten, den hochfieberhaften, akuten tuberkulösen Rheumatismus, der dasselbe Bild wie die Polyarthritis rheumatica bietet, und die zweite

Gruppe sind die chronischen Polyarthritiden. Die letzte Gruppe sehen wir schließlich in den Augen-Rheumatoiden. Die letze Gruppe schiedenen Uveitiden, Skleritiden, Chorioitiden usw. Die Bezeichnung „Augen-Rheumatoide" stammt noch aus der Zeit, als man keine greifbare Aetiologie hatte. Die Diagnose gründet sich auf die negative WaR. und auf den positiven Lungenbefund.

Diese ganz bestimmten Typen von Tuberkulosen hat Neumann in seiner 20 jährigen Erfahrung mit Tuberkulin behandelt und außerordentlich günstige Erfolge erzielt. Auf Grund dieser Erfolge hält er es für einen Kunstfehler, wenn bei einem der von ihm geschilderten Krankheitsbilder nicht ein Versuch mit einer Tuberkulinkur gemacht wird.

Zur Klinik der hyperglykämischen Reaktion, besonders der „Insulinpsychosen". Oppenheimer hat hyperglykämische Reaktionen mit vorwiegend zentralnervösen Symptomen bei 2,7% der mit Insulin behandelten Diabetiker beobachtet und teilt diese in zwei Haupttypen ein. Zunächst einmal beobachtete er Zustände, die mit zerebralen Herdsymptomen verlaufen und an organische Hirnkrankheiten gemahnen. Sodann hat er Formen gefunden, die unter echt psychotischen Erscheinungen einhergehen. Sie können mit, jedoch auch ohne vegetative Symptome auftreten. Die Herdsymptome sind meist motorisch und striär (motorische Aphasie, Apraxie, Zwangslachen und -weinen, mimische Starre, Rigidität). Die psychotischen Zustände bieten kein einheitliches Bild und können hysteriformen, schizoiden, manischen Erregungszuständen ähnlich sein. Die Gemeinschaftlichkeit beider Typen liegt darin, daß sie fast ausschließlich beim Diabetes gravis vorkommen. Der Beginn liegt meist 3—8 Stunden nach der Injektion. Fernerhin ist der perakute, transitorische und auf Minuten bis höchstens wenige Stunden beschränkte Verlauf zu erwähnen. Weiterhin muß gesagt werden, daß meistens eine völlige oder zum mindesten für die psychotischen Symptome geltende nachfolgende Amnesie eintritt. Verf. will die Insulin-Psychosen, psychiatrisch gesprochen, neben den thyreogenen Psychosen einreihen.

Zur Frage des röntgenologischen Nachweises gastritischer Veränderungen. Gutzeit schreibt, obwohl er in Nr. 4 dieser Zeitschrift die Röntgendiagnose der Gastritis genau beschrieben hat, hier noch einmal einige kurze Bemerkungen, weil Korbsch der Ansicht ist, daß, bei den von Gutzeit beschriebenen Symptomen, nur ein Teil der Gastritiden erfaßt wird. Gutzeit hat bei der Diagnosebewertung der Aufhellungen im Schleimhautschatten der direkten Röntgenzeichen der Gastritis immer nur von hypertrophischen Gastritiden gesprochen. Gutzeit gibt ohne weiteres zu, daß mit der Methode der kleinen Breimengen zwar nur eine Gruppe von Gastritisfällen diagnostizierbar sei, aber diese Diagnose der hypertrophischen Gastritis ist doch mit Sicherheit zu stellen. Es gelingt nach Gutzeit nicht nur, die verrukösen und polypösen Formen, sondern bei geeigneter Technik fast alle Formen der Gastritis hypertrophicans röntgenologisch zu erfassen.

Hofbauer, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 32. 5. August 1927.

Ueber das sogenannte Antivirus von Besredka. Was das Besredkasche Antivirus anbetrifft, so kommt Verf. auf Grund experimenteller Unterlagen zu demselben Schluß, den bereits Lange gezogen hat, daß von spezifisch bakteriziden Einflüssen hier gar keine Rede sein kann. Gemische von lähmenden Spaltprodukten, wie sie hier zweifellos wirksam sind, können aus dem verschiedensten Ausgangsmaterial mit den verschiedensten Methoden gewonnen werden, sie regen in optimaler Konzentration das Bakterienwachstum an. Auch diese Wirkung ist durchaus keine spezifische, denn es können mit derartig aktivierenden Spaltprodukten in optimaler Konzentration, wie aus früheren Untersuchungen und der vom Verfasser angeführten Tabelle hervorgeht, verschiedene Mikroorganismen zu verstärktem Wachstum gebracht werden. Sofern man nur quantitativ arbeitet und gut zu überblickende Versuchsbedingungen einhält, hat man es in der Hand, die anregenden oder die lähmenden Wirkungen derartiger Filtrate in Erscheinung treten zu lassen.

Menschliches Hungerpankreas. Als Einfluß der Nahrungsentziehung auf das menschliche Pankreas ergibt sich eine Abnahme des sekretorischen Parenchyms zugunsten des anscheinend lebenswichtigeren Inselgewebes; letztere dokumentiert seine wesentliche Bedeutung für den Kohlehydratstoffwechsel bei diesen Vorgängen dadurch, daß die Vermehrung der Inseln eine Mehrproduktion an Eigeninsulin zur Folge hat. Eine Störung der Insulinwirkung bzw. der Kohlehydrattoleranz tritt jedoch ein, weil mit dem Fehlen der Sekretionsreize für die äußere Pankreasdrüse auch für den endokrinen Zellapparat des Pankreas ein auslösendes Moment zur Blutzuckerregulierung bei alimentärer Hyperglykämie in Fortfall kommt.

Wenn man annimmt, daß die beiden Gewebsarten im Pankreas nicht zufällig nebeneinander liegen, so wird man vermuten können, daß in dem Grad der Beanspruchung sowohl der inneren wie der äußeren Funktion und in den korrelativen Beziehungen zwischen dem ferment- und dem hormonliefernden Zellmaterial die Erklärung für manche, bisher divergente Ergebnisse der Inselforschung sich findet. Nicht der Wert des einen oder der Nichtwert des anderen Gewebes steht in Frage, sondern das Verhältnis der funktionellen Leistung zur funktionellen Beanspruchung.

Syphilitische Späterkrankungen des Kaninchens nach „symptomloser Infektion". Durch die vom Verf. mitgeteilten Tatsachen ist der Beweis erbracht, daß sich die Spirochaete pallida in experimentell infizierten Kaninchen, welche nicht manifest erkranken, sondern nur eine symptomlose Infektion akquirieren, nicht wie ein harmloser Saprophyt verhält. Der infizierte Organismus ist vielmehr dauernd der Gefahr einer syphilitischen Späterkrankung ausgesetzt, obwohl er zunächst infolge seiner im Verhältnis zu anderen Tieren höheren Resistenz (Schankerresistenz) die Entwicklung manifester Krankheitserscheinungen unterdrückt. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei Kaninchen, bei denen man durch Injektion einer unlöslichen Bi-Verbindung ein Wismutdepot erzeugt. Solche Tiere reagieren auf eine nachfolgende Syphilisinfektion nicht wie normale Tiere mit der Bildung von Primäraffekten. Werden die Depots aber 2 bis 3 Monate nach der Infektion operativ wieder entfernt, so entwickeln sich bei einem Teil der Tiere etwa 8 Wochen nach der Depotexstirpation typische Schanker. Unter der Wirkung des Wismuts kommt es also ebenso zu einer symptomlosen Infektion und sobald die Wismutwirkung aufhört, zu syphilitischen Späterkrankungen. Die symptomlose Infektion an sich bewirkt selbst nach monatelangem Bestehen noch nicht die Entwicklung einer Schankerimmunität. Wenn die bei den „Nullern" von Hause aus bestehende Resistenz aus Gründen, die nicht bekannt sind, verschwindet, so können sowohl neueingebrachte wie bereits seit langem vorhandene Spirochäten beim infizierten Tier typische Schanker hervorbringen. Die fehlende Entwicklung einer erworbenen Immunität bei symptomlos infizierten Tieren ist nicht durch ungenügende Ausbreitung des syphilitischen Virus im Körper bedingt; es wird daran erinnert, daß „Nuller" regelmäßig infektionstüchtige Spirochäten in ihren Poplitealdrüsen, also in nichtregionären Lymphdrüsen enthalten, wohin sie nur infolge einer Generalisierung des Virus gelangen können. Diese Generalisierung findet sehr frühzeitig statt. Durch Drüsenverimpfung zu verschiedenen Zeiten konnte festgestellt werden, daß die Kniekehlendrüsen des Kaninchens 7 Tage nach der Infektion noch keine Syphilisspirochäten beherbergen, daß dies aber nach 14 Tagen regelmäßig der Fall war.

Aus der weitgehenden Aehnlichkeit zwischen menschlicher und experimenteller Kaninchensyphilis schließt der Verfasser, daß die auch beim Menschen wahrscheinlich nicht seltene symptomlose Syphilis in eine manifeste Form übergehen kann. Es ist schon früher erwogen worden, daß manche Fälle von syphilitischen Späterkrankungen (Aortitis usw.), bei denen anamnestische Daten über eine Ansteckung trotz genauester Nachforschungen nicht zu erzielen sind, in einer symptomlosen Infektion ihren Ursprung haben können. Aber auch die Fälle, in denen sich ein Primäraffekt nicht nach der üblichen Inkubationszeit einstellt, dürften nicht ganz selten sein. Es muß auf Grund der im Tierexperiment ermittelten Tatsachen die Möglichkeit zugegeben werden, daß es beim Menschen selbst nach monatelangem symptomlosen Verlauf der Syphilis noch zu einer Spätentwicklung typischer Primäraffekte kommen kann.

Erfahrungen mit dem Scharlachschutzserum der Marburger Behringwerke. Das Scharlachschutzserum der Marburger Behringwerke hat eine ausgezeichnete Schutzwirkung bei möglichst frühzeitiger Anwendung gezeigt. Seine Schutzwirkung, die rein passiver Natur ist, dauert etwa 4—5 Wochen. Seine einmalige Anwendung

ist besonders zu empfehlen in Fällen, wo, wie in Krankenhäusern, Asylen usw., rascher Schutz gegen die weitere Verbreitung der eingeschleppten Infektion erforderlich ist. Die Kranken müssen der Schutzserumanwendung ungeachtet von den gespritzten Gesunden isoliert werden. In der Hauspraxis sollen die gesundgebliebenen Angehörigen zweimal, und zwar 1. nach der Isolierung der Ersterkrankten und 2. späterhin kurz vor deren Rückkehr aus der Isolierung gespritzt werden, um auf diese Weise die Heimkehrfälle zu verhüten. Die Erscheinungen der ziemlich zahlreichen Fälle der Serumkrankheit (etwa 43 %) sind dermaßen leicht und unbedeutend, daß sie unbeachtet bleiben können.

Arnold Hirsch, Berlin.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 31, 30. Juli 1927.

Ueber den normalen Schlaf des Menschen. Hypnose und Narkose können dem Normalschlaf nicht zugerechnet werden, da ihnen die mit dem Wesen des normalen Schlafvorganges untrennbar verbundenen vegetativ bestimmten Zustände der physiologischen Schlaf- und Wachbereitschaft fehlen. Der Säuglingsschlaf steht dem Dauerschlaf der Tiere unter ungünstigen biologischen Bedingungen (Winter-, Hungerschlaf) weit näher als dem menschlichen Normalschlaf.

Der für die gesamte lebende Substanz gültigen Gesetzmäßigkeit von Reiz und Ermüdung (refraktäre Phase) ist auch der menschliche Organismus unterworfen. Dabei entspricht der Tag mit seinen Anforderungen der Reiz-, die Nacht der Ermüdungsphase.

Die 3 Funktionssysteme, die die Gesamtpersönlichkeit aufbauen, nämlich das phylogenetisch älteste, in tiefen Hirngebieten zentralisierte vegetative, das phylogenetisch jüngere subcortical-cerebelläre tonomotorische und psychische System beteiligen sich in verschiedener Weise am Schlafvorgang.

Die Tätigkeit des vegetativen Systems, an dem sich die biologische Gesetzmäßigkeit von Reiz und Ermüdung auswirkt, ist unbedingt, die des motorischen und psychischen Apparates nur bedingt lebensnotwendig. Daher kommt es im Schlafe beim Menschen innerhalb des vegetativen Systems nur zu einer Veränderung bzw. Verminderung der Tätigkeit, also einem Zustand, der dem Ruhezustande der Pflanzen und der niedersten Tiere entspricht. Im tonomotorischen System des Menschen kommt es zum Schlaf, der einen Dissoziationszustand der subcortical-cerebellären Zentren mit Zerfall der Funktion „Haltung-Bewegung" darstellt; dieser Schlaf entspricht demjenigen der Lebewesen mit differenziertem motorischem Apparat, denen aber normalerweise oder infolge von Entwicklungsstörungen oder von operativen Einflüssen das Großhirn fehlt. Er ist äußerlich nicht zu unterscheiden von demjenigen, in dem es außerdem im psychischen System, zur Dissoziation mit Funktionsausfall kommt, einem Schlafzustande, wie es sich nur bei den höchstentwickelten Lebewesen findet.

Unter dem Einfluß dissimilatorischer Vorgänge im vegetativen System während der Wachperiode kommt es beim Menschen zum Zustande der physiologischen Schlafbereitschaft (= Ermüdung), die alle Hirngebiete erfaßt; das Bewußtsein reagiert darauf mit Müdigkeit und bewußter Einleitung der Schlafperiode mit größtmöglicher Ausschaltung aller Reize. Nach Erfüllung dieser Vorbedingung lösen sich, hauptsächlich infolge Verminderung der dem Thalamus und über diesen dem Cortex und Subcortex in ihrer Gesamtheit zuströmenden Impulse die nervösen Verbindungen zwischen diesen Gebieten. Innerhalb dieser Gebiete lösen sich aus denselben Gründen die nervösen Verbindungen zwischen den einzelnen Zentren, womit der Dissoziationszustand des Schlafes hergestellt ist, dem ein Zerfall der Funktionen „Haltung-Bewegung" und „Bewußtsein" entspricht. Dadurch können die restitutiven assimilatorischen Vorgänge im nervösen Parenchym ungestört ablaufen. Nach deren Beendigung stellt sich im nervösen Zentralapparat der Zustand der physiologischen Wachbereitschaft ein, bei dem schon geringe Reize zur Anbahnung der nervösen Verbindungen zwischen den einzelnen Hirngebieten genügen, wobei wiederum dem Thalamus als der cortexnächsten Sammelstelle zentripetaler Impulse eine besondere Bedeutung zukommt.

Wichtige mit dem Schlafe im Zusammenhang stehende Erscheinungen wie der Schlaf-Babinski, das partielle Erwachen, gewisse Erscheinungen bei extrapyramidalen Bewegungsstörungen sowie die Schlafsucht bei Encephalitis epidemica lassen sich teils als Folge des Dissoziationszustandes im Cortex und Subcortex, teils als Folge der während der Schlafperiode verminderten Leistungsfähigkeit des nervösen Parenchymus dieser Gebiete, teils als Folge zentral bedingter vegetativer Störungen auffassen.

Wirkungsmechanismus der Röntgenstrahlen bei entzündlichen Erkrankungen. Die von Pordes aufgestellte Hypothese, daß bei der Entzündungsbestrahlung die Röntgenwirkung von der Zerstörung der im Uebermaß gebildeten infiltrativen Zellen bedingt sei, hat sich in dieser ursprünglichen Fassung durch biologische Untersuchungen als im allgemeinen widerspruchslos und ergebnisreich erwiesen.

Die Schwachbestrahlung besitzt rein örtlichen Charakter.

Die Beeinflussung der eraktiven Zellen findet in der Weise statt, daß die Leukozyten nach vorübergehend gesteigerter Phygocytose in erhöhtem Maße zerfallen.

Aus der Beseitigung und narbigen Substitution, insbesondere der lymphocytären, aber auch der histiocytären Zellen ist der Schluß berechtigt, daß bei diesen hochempfindlichen Zellen die Entwicklungsmöglichkeiten durch die Bestrahlung unterdrückt werden.

Die Röntgenempfindlichkeit wächst mit der Aktivität des Prozesses.

Eine Unterdosierung führt bei indolenteren Fällen nicht zum Erfolg. Eine Ueberdosierung ist bei allen Stadien geeignet, über die Hemmung der Reaktion hinaus auch die Reparation zu stören.

Milchsäureuntersuchungen im Blut, insbesondere bei Lebererkrankungen. Der Blutmilchsäuregehalt normaler Kaninchen schwankt in mäßigen Grenzen (12,5—20 mg %); nach Galaktoseabgabe sowie nach kleinen protrahiert verabfolgten Phosphorgaben weicht er nicht von der Norm ab.

Nach Injektion letaler Phosphormengen gelingt es mitunter bei Kaninchen, ante exitum einen erhöhten Blutmilchsäurespiegel festzustellen.

Leberkranke Menschen wiesen im nüchternen Zustande normale Milchsäurewerte auf. In 2 Fällen von Leberathrophie (subchronisches und akutes Stadium) hingegen konnte in den letzten Lebenstagen resp. Lebensstunden ein abnorm hoher Milchsäurespiegel festgestellt werden, eine Tatsache, der in diagnostischer und differentialdiagnostischer Hinsicht Bedeutung zukommen dürfte.

Führte man leberkranken Menschen Glukose resp. Galaktose zu, gelang es nur in einer kleinen Zahl von Fällen, beträchtlichere Steigerungen des Milchsäuregehaltes gegenüber dem Nüchternwert zu erzielen.

An einem Fall mit großem supra- und infraklavikulär gelegenem malignen Tumor konnte gezeigt werden, daß das aus dem Tumor kommende Blut einen wesentlich höheren Milchsäuregehalt aufwies als das Blut aus anderen Körpergegenden, während der Zuckergehalt gegenüber dem sonstigen Blutzuckerwert herabgesetzt.

Aus seinen Untersuchungen zieht Verfasser den Schluß, daß nur bei schwerster Leberdestruktion die kohlenhydratverarbeitende Funktion der Leber final derart gestört ist, daß es zu abnormer Milchsäureanhäufung im Blut kommt. Bei allen übrigen Lebererkrankungen ist im Nüchternzustand diese Milchsäurestauung nicht zu erwarten, nach größeren Kohlenhydratgaben tritt nur vereinzelt Milchsäuresteigerung ein.

Die Nebennierenlipase, ihr Verhalten gegen die Gifte und ihre klinische Bedeutung. Die Nebennierenlipase ist resistent gegen Chinin, Strychnin, Kokain, Tar-Tarus emeticus, natr. salicylicum. Ext. belladonnae und Diphtherietoxin.

Die Nebennierenlipase ist empfindlich für Atoxyl und Chloralhydrat.

Auf Grund dieser Verhaltungsarten den Giften gegenüber, besonders gegenüber dem Chloralhydrat läßt sich die Nebennierenlipase von anderen bekannten Organlipasen differenzieren.

Behält man das Verhalten der Nebennierenlipase zum Chinin, Atoxyl und Chloralhydrat im Auge, so darf mit der Möglichkeit gerechnet werden, die der klinischen Diagnostik bei Erkrankungen der Nebennieren zu verwerten.

Arnold Hirsch, Berlin.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.

123, Heft 3/4.

E. Keller.

Die Medizinische Welt.

Nr. 24, 16. Juli 1927.

Fluor-Therapie. Der Fluor ist keine Krankheit, sondern ein Symptom, das eine außerordentlich vielseitige Aetiologie hat. Im allgemeinen kann man extragenitalen und genitalen Fluor unterscheiden. Unter der extragenitalen Fluor fallen die Fälle, die wir bei Virgines, aber auch im Klimakterium sehen, ebenso solche auf konstitutioneller Grundlage, schließlich auch die auf psychoger Drundlage, Nervosität, Erregbarkeit usw. beruhendener Fälle. Auch Störungen innerer Sekretion, in Sonderheit der Ovarialtätigkeit, gehören als Grenzfälle hierher. Für den rein genitalen Fluor kommen in Betracht: Endometritis corporis (Korpus Fluor), Endometritis cervicis (Zervikal-Fluor), Lageveränderungen wie Retroflexio, Prolaps, ja schon Descensus uteri et vaginae, alter Dammriß mit klaffender Vulva, Polypus cervicis, submucöses Myom, besonders das in partu befindliche, alter Zervixriß mit Ektropium, aber auch Erosionen (papilläre und follikuläre), schließlich die Kolpitis als solche, nicht selten parasitär verursacht, bei der Trichomonas, Soor und andere Pilze eine Rolle spielen, vor allem aber auch Fremdkörper, wie Pessare (insbesondere die früher gebräuchlichen Weichgummi-Pessare), das Okklusiv-Pessar, Fremdkörper anderer Art, die zu masturbatorischen Zwecken eingeführt werden; nicht unerwähnt muß man lassen Exzesse in venere oder abnorme sexuelle Prozeduren anderer Art. Damit ist die Reihe der Ursachen noch nicht erschöpft. Eine besondere Gruppe von Fällen, die auf spezifischer Ursache beruhen, bilden die Tuberkulose, der Lupus, die Gonorrhoe und die Lues, schließlich aber der Diabetes. Damit ist angedeutet, wie vielgestaltig und vieldeutig das Symptom Fluor ist. Bei der Behandlung des Fluors muß nach Möglichkeit die Ursache eruiert, also kausale Therapie eingeleitet werden. Daraus ergibt sich die besondere Therapie für spezifischen Fluor bei Gonorrhoe, Lues und Tuberkulose. Ein Polyp der Zervix muß entfernt werden, eine Erosion muß entsprechend behandelt, ein jauchiges Myom bedarf sofortiger Entfernung, eitriger Fluor im Klimakterium (Pyometra, Pyokolpos) bedarf besonderer Beachtung, da unter Umständen ein Carzinoma corporis oder ein Sarkom sich verbirgt, blutig seröser Ausfluß erregt den Verdacht auf Carcinoma cervicis. Der Fluor als solcher bedarf der symptomatischen Behandlung. Sofern es möglich ist, sollte die normale Scheidenflora wieder hergestellt werden. Obenan stehen natürlich die Spülungen, jedoch stets mit Zusatz eines Arzneimittels. Verfasser empfiehlt als solche Wasserstoffsuperoxyd (2—3 Eßlöffel auf ein Liter Wasser), evtl. mit Zusatz von einem Teelöffel Alaun oder eine 4%ige Borsäureläusung, Chloramin resp. Gynechlorina-Tabletten, ½%ige Milchsäurelösung, Salizylsäure (15 ccm einer 5%igen alkoholischen Salizylsäurelösung zu einem Liter Wasser) und Resorzin (3 g Resorzin auf 100 g einer 1%igen alkoholischen Salizylsäurelösung, davon 15 ccm auf einen Liter Wasser). Durch Kresolseife, Lysol und Lysoform wird nach Meinung des Verfassers die Scheide in ihrer Abwehrkraft geschwächt. Als zweite Methode kommt die Trockenbehandlung in Betracht. Für diesen Zweck benutzt der Verfasser Bolus alba, am besten in Form des feingepulverten Bolus steril. alba (Merck), Lenicetpuder oder Yatrenpuder. Im ganzen genommen, ist die Pulverbehandlung harmloser als die vielfache übertrieben lange fortgesetzte Spültherapie. In letzter Zeit hat der Verfasser gute Erfolge mit Granugenolpräparaten gesehen. Dabei wurden angewandt: 1. Der Granugenpuder — bei einfacher Kolpitis zu Einblasungen im Spekulum nach vorausgegangener Reinigung der Scheide und Bepinselung mit Jodtinktur. 2. Das Granugenolöl — zu Eingießungen oder zum Betupfen im Spekulum, z. B. bei Ulzerationen und Erosionen. 3. Die Granugenolkapseln — zur Nachbehandlung, zumal Frauen solche selbst einlegen können. 4. Die Granugenolpaste — bei ulzerösen Prozessen, z. B. nach schlecht geheilten Dammrissen mit Flour. Selbstverständlich muß in vielen Fällen gleichzeitig auch eine roborierende Allgemeinbehandlung stattfinden, wofür der Verfasser mit günstigem Erfolge eine Kalktherapie durchgeführt hat.

Behandlung psychischer Erkrankungen. Bericht über die Behandlungsmethoden der Ehrenwallschen Kuranstalt in Ahrweiler. Die Paralyse wird immer mit Malaria behandelt. Nur bei Fällen mit erheblicher Herzschwäche und schlechtem körperlichen Allgemeinzustand wird eine Rekurrens- oder Salvarsanbehandlung angewandt. Im allgemeinen läßt es die Anstalt zu zwölf Fieberanfällen kommen unter gleichzeitiger Digitalisierung des Herzens, dann werden durch einmalige intravenöse Chinin-Urethan-Injektionen die Fieberfälle abgebrochen und eine Woche lang täglich fünfmal 0,2 Chinin per os gegeben. Gelegentlich wird der Verlauf der Malaria durch kleine Chiningaben gemildert. Nach Ablauf der Fieberbehandlung erholen sich die Kranken im allgemeinen außerordentlich schnell. Befördert wird die Erholung durch Liegekuren im Freien und besonders kräftige Ernährung. An die Malaria- oder Rekurrensbehandlung wird immer eine systematische Salvarsan- und Bismutbehandlung angeschlossen. Von dieser kombinierten Behandlung hat die Anstalt sehr günstige Resultate gesehen. Die besten Erfolge erzielt man im Frühstadium der Erkrankung. Je länger der paralytische Prozeß zurückliegt, um so geringer die Erfolge. Blut und Liquor wurden nicht immer negativ, bei anhaltenden Besserungen konnte aber jedesmal ein vollkommen negativer Blut- und Liqourbefund erhoben werden.

Epilepsie. Die Anfallhäufigkeit wird durch geeignete laktovegetabile Diät vermindert. Die Kranken sollen vollkommen alkoholfrei gehalten werden, Kaffee und Nikotin sollen auf das Mindestmaß eingeschränkt werden. Unter den Medikamenten sind noch immer Brompräparate und Luminal die Mittel der Wahl. Luminal vermindert die Zahl der Anfälle, mildert die Reizbarkeit der Kranken, das Körpergewicht hebt sich, das Gesamtbefinden bessert sich, ohne das schädliche Nebenwirkungen festzustellen wären. Es muß ausprobiert werden, bei welcher Dosierung beim Luminal kein Anfall mehr auftritt und diese Dosis muß als Dauerdosis gegeben werden. In einzelnen Fällen wirkt eine Kombination der Luminalbehandlung mit einer Brombehandlung günstig. Von der unspezifischen Behandlung der Epilepsie, vor allem von der Behandlung mit Xifalmilch, hat die Anstalt keine besonderen Erfolge gesehen. Hier und da kann nach Xifalmilch ein Status epilepticus auftreten. Für die Behandlung des Status epilepticus empfiehlt sich intravenös Barbitursäure-Präparate, z. B. Somnifen zu geben.

Morphinismus. Eine Morphiumentziehungskur kann mit Erfolg nur in einer Anstalt, und zwar am zweckmäßigsten auf der geschlossenen Abteilung durchgeführt werden. Für die zweckmäßigste Methode wird die plötzliche Entziehung gehalten. In ganz seltenen Fällen stießen die Kranken ihren vorher gefaßten Entschluß zur Entziehungskur während der Abstinenzphase um. Fast immer gelang es aber durch ruhige, freundliche und zielbewußte Psychotherapie unter Einsetzen der ganzen ärztlichen Persönlichkeit, die Patienten zu beschwichtigen und über die kritischen Tage hinwegzubringen. Am besten lassen sich die Abstinenzbeschwerden durch Dauerbäder mildern. Auch parenterale Eiweißgaben haben sich bewährt. In letzter Zeit wurde in der Anstalt das Anermon bzw. Gynormon gegeben, das neben Cholin, Schilddrüsen und Geschlechtsdrüsen K-Ionen enthält. Anermongaben erleichtern außerordentlich jede Entziehung. Von Schlafmitteln wird nach Möglichkeit abgesehen. Es wird für verstärkte Diurese und Regulierung der Herztätigkeit gesorgt. Die Hauptarbeit beginnt erst nach der Entziehung. Es ist dies die Festigung. Die Mindestdauer einer Ent-

ziehung und Festigung ist ein halbes Jahr. Die Festigung wird unter strenger Ueberwachung auf der geschlossenen Abteilung durchgeführt. In dieser Zeit ist es wichtig, die Patienten in geregelter Weise zu beschäftigen, sie abzulenken, sie auch vor Aufgaben zu stellen und so allmählich für das Leben und für die Arbeit wieder vorzubereiten.

Kokainismus und Alkoholismus werden im allgemeinen nach denselben Grundsätzen behandelt. Auch beim Delirium tremens wird nie Alkohol gegeben. Durch dauernde Digitalisierung des Herzens gelingt es alle Patienten durchzubringen. Der Wert der Hypnose ist bei den Süchtigen gering. Enthaltsamkeitswille kann nie durch Hypnose erreicht werden.

Endogene Psychosen. Aus dem Gedanken ausgehend, daß letzten Endes Stoffwechselstörungen in der Pathogenese der endogenen Psychosen die wichtigste Rolle spielen, haben die meisten der neuen Behandlungsversuche alle dasselbe Ziel gemeinsam: Anregung des Stoffwechsels und Umstimmung des Organismus herbeizuführen und gewisse Krankheitsbedingungen auszuschalten, um so der natürlichen Heilungstendenz den Weg zu ebnen. In der Anstalt wurden sowohl bei der Behandlung mit Tuberkulin und Natr. nucleinic., als auch bei Kuren mit Trockenkost oder Milch, bei der Somnifenbehandlung, bei der Eigenblutbehandlung, bei der Afenilbehandlung, bei der pyrogenetischen Therapie, bei der Behandlung mit Natr. salizylic. und Hexophannatrium in einzelnen Fällen Erfolge erzielt. Die Hauptsache bei der Behandlung der endogenen Psychosen scheint zu sein, daß man nie müde wird zu behandeln und sich nicht scheut, in den Behandlungsmethoden abzuwechseln. Man sieht dann in manchen Fällen immer noch Erfolge, welche man kaum zu erwarten hoffte. Von der theoretischen Ueberlegung aus, einmal größere Mengen toxischer Stoffe aus dem Blut zu entfernen, dann aber auch einen kräftigen unspezifischen Reiz zu setzten, werden in der Anstalt bei endogenen Psychosen stets größere Verfahren kommen nach Lage des einzelnen Falles hydrotherapeutische Maßnahmen, Sedativa der verschiedensten Art, Bettbehandlung oder Beschäftigungstherapie, Medikation von Organpräparaten, die Opiumbehandlung der Melancholie u. a. m. zur Anwendung. Der Erfolg der therapeutischen Bemühungen der Anstalt bei endogenen Psychosen wird vom Verfasser als günstig bezeichnet. Manisch-depressive Erkrankungen haben im allgemeinen eine günstige Prognose. Zahlreiche Fälle von Dementia praecox haben sich während der Behandlung wesentlich gebessert.

Bei postenzephalitischen Zuständen wird eine Heilung durch keine Behandlung erreicht, in chronischen Fällen ist höchstens ein Stillstand möglich. In der Anstalt wird eine energische, wochenlang durchgeführte Trypaflavinkur, welche neuerdings mit der Schwefelölbehandlung nach Adam kombiniert wird, bevorzugt. Neben der medikamentösen Behandlung und ihr nachfolgend sind hydrotherapeutische Maßnahmen (lauwarme Bäder), Massage, Bewegungsübungen und ein energisches Anhalten zu systematischer Beschäftigung unbedingt notwendig. In den schwersten Fällen sind Atropin und Skopolamin unentbehrlich.

Schlaflosigkeit. Bei psychogenen Zuständen soll man möglichst ohne Schlafmittel auskommen. Hier leistet ein warmes protrahiertes Bad vor dem zu Bett gehen oft sehr viel. Die Scheu vor Schlafmitteln bei ernsteren geistigen Störungen ist unberechtigt. Bei Geistesstörungen kommt man meist mit Dosen, die in pharmakologischen Lehrbüchern angegeben sind, nicht aus. Man kann ohne Bedenken bei erregten Kranken 1 g Veronal geben. Mit Veronal, Medinal und Luminal kommt man stets aus. Das Morphium ist kein Schlafmittel. Von injizierbaren Schlafmitteln wird nur das Somnifen empfohlen, das bei einmaliger täglicher Gabe keine Schädigungen zeigt. Als letztes und sicherstes Mittel bleibt immer das Hyoszin, von dem man ohne Gefahr pro Injektion 2—2½ mg geben kann. Die Beschäftigungstherapie bietet einen nicht zu unterschätzenden Heilfaktor, doch muß vor einer Ueberwertung derselben gewarnt werden.

Gelbe Augensalbe heilt Pruritus ani. Kurze Mitteilung über Heilerfolge bei Analjucken mit und ohne Ekzem mit der allgemein üblichen gelben Augensalbe (Ung. Schweißinger). Bei Pruritus vulvae senilis usw. ist die Anwendung noch nicht erprobt worden. Nur in einem Falle von Mycosis vulvae mit unerträglichem Juckreiz bei einer Diabetikerin ergab die Salbe einen frappanten Erfolg zu einer Zeit, wo von Zuckerfreiheit noch keine Rede war.

L. Gordon.

Die Aerztliche Praxis.

1. Jahrg., Heft 7, 1927.

Ueber Frühdiagnose und Abortivbehandlung der Lues. Die Voraussetzung für die Abortivbehandlung ist die Frühdiagnose, wozu der Zeitpunkt der Untersuchung auf Spirochaeta pallida richtig gewählt sein muß. Eine vorausgegangene lokale Behandlung des zu untersuchenden Affektes, vom Patienten selbst oder vom Arzt vorgenommen (z. B. Pinselung mit Jodtinktur, Verwendung antiseptischer Streupulver und Salben), erschwert die Luesdiagnose. In solchen Fällen soll man zuerst das Geschwür zwei bis drei Tage hindurch mit aufgelegten Vaselinflecken oder Umschlägen mit physiologischer NaCl.-Lösung behandeln und dann erst die Spirochätenuntersuchung vornehmen. Man soll sich dabei aber mit einmaligem negativem Ergebnis nicht begnügen. — Bei der Abortivkur ist das Hauptgewicht auf das Salvarsan zu legen. Verf. gibt Neosalvarsan 0,3 bis 0,45 bis 0,6 bei Männern, 0,3 bis 0,45 bei Frauen in fünftägigen Intervallen. Die Gesamtdosis ist bei Männern 5,0 bis 6,0 und bei Frauen 4,5 bis 5,0. Es ist zweckmäßig, die Neosalvarsaninjektionen mit Bismut zu kombinieren; dadurch wird die Kur nachhaltiger und wirksamer. Die Exzision des Primäraffektes wird sich nur bei geeignetem Sitz desselben durchführen lassen. Da man im Primäraffekt sicher eine Stelle besonderer örtlicher Spirochätenproliferation hat, so scheint eine lokale Behandlung durch Auflegen eines grauen Pflasters als Unterstützung der allgemeinen Therapie angezeigt. Was die Erfolge der Abortivbehandlung anlangt, so gelingt es in den meisten Fällen (98—100 %), durch die geschilderte Frühbehandlung die Syphilis zu kupieren. Es ist ratsam, außer der WaR. auch die Meinickesche Reaktion und insbesondere die Ballungsreaktion nach R. Müller anstellen zu lassen. Wenn auch die letztere negativ ist und geblieben ist, so kann man mit einer fast absolut sicheren abortiven Heilung der Lues rechnen. Nach erfolgter Kur sind die Patienten unter serologische Kontrolle zu stellen, die während der folgenden 2 Jahre in 4 bis 6monatigen Intervallen vorgenommen wird.

Ueber Ischiasbehandlung. Im Beginn der Erkrankung — zur Zeit stürmischer akuter Erscheinungen — Bettruhe mit gleichzeitiger Anwendung feuchtwarmer Umschläge und Thermophore. In allen Fällen ist eine gründliche Darmentleerung, am besten durch gleichzeitig mit einer Irrigation verabreichte Abführmittel, sowie Behandlung etwa bestehender Magen-Darmstörungen durch Diät empfohlen. Unterstützend wirken diaphoretische Mittel (heißer Lindenblütentee, Atophan) und Injektion eines der üblichen unspezifischen Reizkörper (Caseosan, Novoprotin, Neuroyatren, Hypertherman, Sanarthrit). Kommt man mit diesen Methoden nicht zum Ziele, so kann die Langesche perineurale Infiltration angewendet werden. — Die Thermopenetration und Röntgenbehandlung wirken schmerzlindernd. — Die Funktion des Nerven muß nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen durch Massage oder durch Nervendehnung wieder hergestellt werden. Letztere wird in der Weise ausgeführt, daß man das am Knie gestreckte Bein täglich um ein Geringes mehr gegen den Oberkörper zu beugt, bis die volle Exkursion erreicht ist. — Die Bäderbehandlung soll dem Spezialisten überlassen werden.

Ueber die Ursachen der Colitis ulcerosa und ihre Behandlung. Im Gegensatz zu anderen Autoren (Strauß, v. Noorden, R. Schütz, Rosenheim, Stepp u. a.) glaubt der Verf., daß es möglich sei, für einen großen Teil der Fälle von ulzeröser Kolitis eine einheitliche Aetiologie festzustellen. Es ist anzunehmen, daß die als Colitis ulcerosa bezeichneten chronischen entzündlichen Prozesse zu einem großen Teil ihren Ursprung irgendeinem Erreger verdanken, und daß diese Erkrankung mit Affektionen dysenterischen Charakters eine Verwandtschaft hat. — Die Therapie besteht in Verordnung von Adstringentien: Tanninpräparaten (Tannulbin, Pankreon) und verschiedenen Wismutpräparaten. Für lokale Behandlung verwendet der Verf. Dermatol in öliger Aufschwemmung (ein Eßlöffel auf 100 ccm Olivenöl), schwache Tanninlösungen (2 ‰) oder Argentum nitricum (1 bis 5 : 10 000). Andere Autoren empfehlen für solche Spülungen: Kamillosan und verschiedene Silberpräparate. Das Opium wird wegen seiner stopfenden Wirkung zur Behebung besonders größerer Kolikschmerzen nur ausnahmsweise verwendet. Die Entlastung des Darmes von Exkrementen scheint der Heilung

des Prozesses förderlich zu sein. Infolgedessen sind außer Reinigungsklysmen auch leichte Abführmittel zu verordnen. Bei einem Fall von Colitis ulcerosa verwendete der Verf. Autovakzinebehandlung mit Erfolg. Bei jedem Fall von ulzeröser Kolitis empfiehlt der Verf., neben der adstringierenden Behandlung Emetinium hydrochloricum anzuwenden. Es wird in Einzeldosen von 0,02 g in subkutaner Injektion (per os wirkt diese Dosis unbedingt erbrechenerregend) 3 mal täglich gegeben. In hartnäckigen Fällen kann diese Dosis auf das Doppelte gesteigert werden. Diese Behandlung wird ohne Schaden solange fortgesetzt, bis Heilung eintritt. Zur chirurgischen Behandlung soll man, wie der Verf. betont, nur nach sicher erkannter Aussichtslosigkeit jeder anderen Behandlung greifen. In den meisten Fällen von ulzeröser Kolitis konnte der Verf. mit der internen Behandlung vollkommen befriedigende Erfolge erzielen. —

Ueber die psychische Behandlung des Schwangerschaftserbrechens. Für die psychische Behandlung sind nur jene Fälle von Hyperemesis gravidarum geeignet, bei denen das Erbrechen der symptomatische Ausdruck einer psychischen Gleichgewichtsstörung ist. Infolgedessen ist es wichtig, bei jedem Falle von Hyp. gr. möglichst frühzeitig zu entscheiden, ob eine Toxikose oder eine Neurose vorliegt. Die Aussichten auf einen Erfolg der Psychotherapie sind je nach der Ursache sehr verschieden. Besteht eine einfache Autosuggestion ohne tiefere Ursachen, so genügt hier eine Hypnose oder eine einfache Aufklärung über die psychologischen Zusammenhänge. Am schwierigsten sind dagegen die Verhältnisse dort, wo soziale und wirtschaftliche Gründe die Schwangerschaft unerwünscht erscheinen lassen. —

Die Bedeutung der Syphilis für die Lebensversicherung. Verf. resümiert folgendermaßen: Alle, die die Abortivkur mit Erfolg durchgemacht haben, sind als normale Leben zu betrachten. Personen, die mit floriden oder anderen Symptomen der sekundären Periode zur Untersuchung kommen, sollen nach einer Karenz von 2 bis 3 Jahren, während welche sie sich energisch behandeln lassen müssen, angenommen werden. Gut behandelte Fälle bedingen ein geringeres Risiko für die Versicherungsgesellschaften, als schlechtoder nichtbehandelte. Objektive Symptome, wie Pupillenstarre, Pupillendifferenz usw., sollen in der Regel abgelehnt werden, doch gibt es viele Leute, bei denen syphilitische Erkrankungen des Gehirns bei der Pupillenveränderung stehengeblieben sind, und die ein hohes Alter in voller Gesundheit erreichen. Schwere Fälle von Tabes sind abzulehnen, leichtere mit erhöhtem Zuschlag anzunehmen. Aneurysmen und syphilitisch bedingte Arteriosklerose sind abzulehnen. Man soll aber solche Personen nach längerer Behandlung nochmals untersuchen, da die moderne Syphilisbehandlung in solchen Fällen viel vermag. Bei Rückgang von Aneurysmen und Arteriosklerosen durch die Behandlung ist ein sehr erhöhter Zuschlag zu nehmen. Krebse und schwere Formen von Epithelverdickungen der Mundschleimhaut sind abzulehnen. Die schwierigste Beurteilung bieten die Fälle der 2. und 3. Periode in der Latenz, die Lues zugegeben haben und keine Symptome bilden. Wird Wassermannprobe und Liquoruntersuchung abgelehnt, so ist wohl auf jeden Fall ein erhöhter Zuschlag zu fordern. Hierbei muß auch berücksichtigt werden, daß im allgemeinen Fälle, die viel manifeste Hauterscheinungen gehabt haben, in Bezug auf Paralyse, Tabes und Gefäßerkrankungen eine bessere Prognose geben. Infolgedessen sollte die Syphilis nicht unangehalten die Vertrauensärzte und Revisionsärzte passieren, was doch nur von der Gewissenhaftigkeit, der Ausbildung und dem diagnostischen Scharfblick der Versicherungsärzte abhängt. E. Kontorowitsch.

Seuchenbekämpfung.

Jahrgang 4, Heft 3.

Der Mensch als Pestbazillenträger. Das Vorkommen der Pestbazillen in Blut und Lymphe der Pestkranken, unabhängig von der Schwere des Leidens, ist keine Komplikation oder zufällige Episode, sondern das eigentliche Wesen des Pestleidens und kommt oft vor. Man findet die Bazillen nicht nur im akuten Stadium sondern auch in der Genesungsperiode und sogar bei voller klinischer Gesundheit. Der gesunde Pestbazillenträger bildet die Quelle der Pestansteckung für die ihn umgebenden Personen, wahrscheinlich durch Vermittlung von Ektoparasiten. Dieser neue Postendemiefaktor kann das Erscheinen der Pest dort erklären, wo die Pestepizootie unter den Nagetieren fehlt.

Das antigangränöse Serum und seine Anwendung. Vor 25 Jahren hatte man begonnen, sich mit den Untersuchungen über die Serumtherapie der Gasgangrän zu befassen, doch war eine Weiterentwicklung ohne die genauen Kenntnisse dieser Krankheit nicht möglich. Erst die während des Krieges gewonnenen Erkenntnisse gestatteten, diese Lücke auszufüllen und eine rationelle Einteilung der schweren Wundkomplikationen aufzustellen, deren Symptomatologie eine äußerst mannigfaltige ist. Man kann alle infektiösen Wundkomplikationen unter der Bezeichnung „Traumatosen" zusammenfassen, welche Bezeichnung durch die Angabe des vorherrschenden klinischen Symptoms und des Erregers, bzw. des infektionserregenden Bakteriengemisches ergänzt wird. Die Bezeichnung „Gasgangrän" soll lediglich der gangräno-emphysematösen Traumatose vorbehalten bleiben.

Das Studium des gegen 5 pathogene Wundanärobier hergestellten Serums und seiner Anwendungsmöglichkeiten bei Kriegsverletzungen haben bewiesen, daß die Serumtherapie der Traumatosen die besten Aussichten auf Heilung bietet, wenn ein Gemisch der 4 antigangränösen Sera verwendet wird.

Im Falle von putriden Infektionen soll antisporogenes Serum zugesetzt werden. Das antigangränöse Serum soll als Präventivmittel gleichzeitig mit dem Tetanusserum allen schwer Verunglückten verabreicht werden. Ebenso wird es als Vorbeugungsmittel allen Kranken gegeben, die laparotomiert werden sollen. Die durch das antigangränöse Serum bei der Lungengangrän und bei der diabetischen Gangrän erhaltenen Resultate müssen durch die kataxische und die paraspezifische Wirkung des Serums erklärt werden. Henning, Leipzig.

Blätter für Volksgesundheitspflege.

27. Jahrgang, Heft 7, Juli 1927.

Was tut der Laie bei plötzlich auftretenden Baucherkrankungen? Er schickt so schnell wie möglich zum Arzt und teilt dabei kurz mit, daß es sich um eine Baucherkrankung, Leibschmerzen, Kolik oder dergleichen — mit oder ohne Erbrechen — handelt. Bis zum Eintreffen des Arztes dürfen gegen die Schmerzen warme oder heiße Umschläge auf den Leib gegeben werden, und der Kranke muß ins Bett gelegt werden. Weiter aber darf ohne ärztliche Anordnung nichts geschehen. Keinesfalls darf der Erkrankte irgend etwas durch den Mund einehmen, und sei es auch nur ein Schluck Tee oder Wasser. Er darf keinesfalls ein Abführmittel oder das Gegenteil davon, Opiumtropfen, Morphium oder sonst eine Arznei, nehmen. Auch ein Einlauf in den Darm, der noch am wenigsten schaden kann, ist zunächst zwecklos, da das Zeit hat bis zum Eintreffen des Arztes.

Die Bedeutung der Haut und ihre Behandlung. Erst in der allerletzten Zeit hat sich die wichtige Frage der Hautbehandlung des Erwachsenen und insbesondere des Kindes geklärt. Es hat sich gezeigt, daß die Erhaltung und Steigerung der Fähigkeiten dieses großen Organs, der Haut, grundlegende Bedeutung für die Funktionen, für das Leben, für die Jungerhaltung unseres Körpers, für die Widerstandskraft gegen Krankheiten in sich birgt. — Das blasse, blutlose graue Aussehen einer großen Anzahl von Kindern des Industriegebietes beruht nach Ansicht des Verf. keineswegs immer auf Unterernährung oder auf irgendeiner organischen Erkrankung wie Tuberkulose, sondern meistens auf einer grenzenlosen Vernachlässigung der Haut. Der kindliche Stoffwechsel ist dadurch in Unordnung geraten, und bei zweckentsprechender Behandlung erfolgt in kurzer Zeit eine Umstimmung des Organismus. In der Freiluftschule in Gelsenkirchen werden auch die kleinsten Kinder mit Freiluft behandelt, und kommen dabei zu einer derartigen Abhärtung,

daß als Erfolg dieser Behandlung das Fehlen der früheren dauernden Winterkatarrhe zu verzeichnen ist. Diese Erfolge werden ohne jeden Luftwechsel, ohne die See und ohne das Solbad erzielt; es handelt sich nur darum, daß man die Haut überhaupt mit irgendwelchen Mitteln systematisch behandelt, (nicht nur mit Strahlen der Sonne, sondern eventuell lediglich durch Abreiben mit feinen Seifenlösungen, mit Alkohol-Glyzerin, durch Salzabwaschungen), und zwar nicht Stellen der Haut, sondern die ganze Haut, daß man sie zwingt, ihre natürlichen Fähigkeiten zu entfalten.

Volksaufklärung im Kampf gegen die sozialen Krankheiten in Sowjetrußland. Daß, was in Sowjetrußland neu ist, ist die Art und Weise, in der Staat und Kommune es verstanden haben, alle sich irgendwie bietenden Gelegenheiten für aufklärerische Maßnahmen auszunutzen. Man hat Formen zu finden gewußt, die wirklich interessieren, und ist gleichzeitig durch die enge Fühlungnahme mit den großen Massen ständig darüber orientiert, wo hygienische Belehrung und in welcher Gestalt sie notwendig ist. — Den Hintergrund der Volksaufklärung bilden das große sozialhygienische Museum in Moskau, das Filialen in sämtlichen Gouvernementsstädten unterhält und das sozialhygienische Institut der Universität Moskau mit einem Diapositiv-Archiv von 11 000 Nummern, das für Vorträge etc. sämtliches Material an Lichtbildern, Wachsnachbildungen, statistischen Tabellen, Plakaten auch für die volkshygienische Erziehung und Belehrung auf dem platten Lande liefert.

Rudolf Katz, Berlin.

Zentralblatt für Innere Medizin.

48. Jahrg., Nr. 25.

* Ueber die Dicksche Reaktion mit besonderer Berücksichtigung des Auslöschphänomens. Jacobowitz.

Ueber die Dicksche Reaktion mit besonderer Berücksichtigung des Auslöschphänomens. Das bisher als Regel geltende Verhalten der Dickschen Reaktion (D. R.), daß sie im akuten Stadium des Scharlachs positiv ausfällt und in der Rekonvaleszenz negativ wird, konnte Verf. an einem Material von 136 Fällen im allgemeinen bestätigt finden. Neben der Tendenz zur Abnahme der positiven Reaktion im Verlauf des Scharlachs fand sich aber doch ein hoher Prozentsatz (42,9 %) in den ersten 5 Krankheitstagen negativ ausgefallener und gelegentlich bis in die Rekonvaleszenz positiv ausgefallener Reaktionen. Ein Teil der Scharlachkranken verliert trotz erworbener Immunität die positive D. R. überhaupt nicht. Die D. R. kann daher kein differentialdiagnostisches Hilfsmittel in unklaren Fällen sein.

Durch akute oder chronische Infektionskrankheiten wird die D. R. nicht beeinflußt. Lediglich Negativwerden der vorher positiven D. R. bei Masernerkrankungen mit Streptokokkenkomplikationen (Otitis, Abszesse usw.) konnte Paraf feststellen. Nachprüfung des Verf. in 25 Fällen von Angina lacunaris im akuten und im Rekonvaleszenzstadium ergab in beiden Stadien gleichsinniges Verhalten. Beobachtungen andrer Autoren bei Angina in scharlachdurchseuchter Umgebung veranlassen Verf. zu dem Schluß, daß es sich dort, wo ein Verlauf einer Angina die ursprüngliche positive D. R. in eine negative umschlägt und das Auslöschphänomen entsprechend ausfällt, um einen Scharlach sine exanthemate handeln kann. Zur Vermeidung der Weiterverbreitung der Infektion solle solchen Fällen erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden.

D. R. und Auslöschphänomen müssen theoretisch entgegengesetztes Verhalten zeigen, wenn das Auslöschphänomen auf Streptokokkenantitoxinwirkung zurückzuführen ist. Verf. fand unter 61 Seris Dick-negativer Personen 60mal positives Auslöschphänomen, während die Sera von 25 Dick-positiven Personen nur in 15 Fällen negatives, in 10 Fällen positives Auslöschphänomen geben. Bei dick-negativen Personen also ein 100prozentiger Parallelismus, bei Dick-positiven in 40% ein abweichendes Verhalten, was Verf. durch verschiedenen Antitoxingehalt von Blut und Gewebesaft oder die fehlende Identität der die Hautreaktion verursachenden und der im Körper wirkenden Toxine zu erklären sucht.

Nr. 26.

Bericht über den 39. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin in Wiesbaden vom 25. bis 28. April 1927. Mark, Halle a. S.

Nr. 27.

* Hypnotische Beeinflussung der Wärmeregulation. Gessler und Hansen.
* Der Serumkalkgehalt bei Arthritis deformans. Mark.

Hypnotische Beeinflussung der Wärmeregulation. Hypnotische Experimente ergaben über das Verhalten der Wärmeregulation beim Menschen:

1. Herabsetzung der Wärmeregulation im hypnotischen Schlaf ohne entsprechende Suggestion.
2. Wurde in der Hypnose bei gleichzeitiger realer Abkühlung auf 12° Gefühl von Wärme suggeriert, so verhielt sich der Organismus so, als ob er ein Sonnenbad nehme.
3. Wurde die Versuchsperson nicht der Kälte ausgesetzt, aber Abkühlung suggeriert, so setzte eine Wärmeregulation ein, die einer erheblichen reellen Abkühlung entspricht: Steigerung des Stoffwechsels um 30 bis 40%, Gänsehaut, Zittern.

Diese Beiträge zur Lehre von den psychophysischen Zusammenhängen zeigen, wie sehr organisch abgeschlossene Abläufe von psychischen Insulten aus bestimmt, ja geschaffen werden können, oder, wie Verf. meint, in welchem Maß seelische Erlebnisse selbst Wirklichkeiten sind.

Der Serumkalkgehalt bei Arthritis deformans. Verf., der 1923 schon über Hyperkalzämie bei 3 Fällen fortgeschrittener Arthritis deformans veröffentlicht hatte, fand neuerdings die Erhöhung des Serumkalkgehaltes bei 4 Fällen von Arthr. def. bestätigt: Hyperkalzämie von 14,3 bis 20,31 mg%. Die Kalkbestimmung bei akuter und chronischer Polyarthritis rheumatica ergab normale Werte. Verf. nimmt bei der Arthr. deformans eine Verteilungsstörung des Kalkes an, zumal im Gegensatz zum Kalkreichtum des Blutes die subchondrale Kalkverarmung des Knochengewebes röntgenologisch nachweisbar ist, und weist auf die von anderen Autoren nachgewiesenen weiteren Stoffwechselstörungen bei dieser Krankheit hin: Herabsetzung der Zuckertoleranz, Erhöhung des Sauerstoffgehaltes des peripheren Blutes.

Nr. 28 und 29.

Sammelreferat aus dem Gebiete der Pharmakologie. C. Bachem.

Nr. 30.

Sammelreferat aus dem Gebiete der Rhino-Laryngologie (Januar bis April 1927). O. Seifert.

Nr. 31 und 32.

Bericht über den II. Allgemeinen Kongreß für Psychotherapie. Warlo.

Nr. 32.

Bericht über den II. Allgemeinen Kongreß für Psychotherapie. Warlo.
* Erfahrungen mit Transargan. Oskar Müller.

Erfahrungen mit Transargan. 33 Männer und 6 Frauen wurden mit Lösungen der komplexen kristalloiden Silberverbindung Transvargan behandelt. Bezüglich der erzielten Gonokokkenfreiheit stellt Verfasser Transargan dem Protargol und Argentum nitricum gleich. In einem Fall Temperatursteigerung und urtikarielles Exanthem, sonst gute Verträglichkeit. Als Vorzug wird die Eigenschaft gewürdigt, daß Transargan keine Flecken in der Wäsche und auf den Händen hinterläßt.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

Archiv für Gynäkologie.

130., Heft 1, Mai 1927.

* Hypophysenvorderlappen und Ovarium. Beziehungen der endokrinen Drüsen zur Ovarialfunktion. B. Zondek und S. Aschheim (Berlin).
* Der normale mensuelle Zyklus der menschlichen Vaginalschleimhaut. K. Dierks (Freiburg i. B.).

Ueber den Jodgehalt des Blutes und seine Veränderungen in Menstruation und Gravidität. F. E. Maurer (München).

Ueber die Lipoide des Menstrualblutes. A. Hermstein (Breslau).

* Der Fettstoffwechsel des Corpus luteum und seine Zusammenhänge mit der Funktion. C. Kaufmann und K. Raeth (Berlin).
* Zur Frage der Tubenmenstruation auf dem Boden einer endometroiden Fehlbildung ihrer Schleimhaut. W. Lahm (Chemnitz).

Ueber die Versorgung der Fallopischen Tube mit motorischen Nerven. F. Kok (Halle a. S.).

* Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion in der Geburtshilfe. H. Baumm (Oppeln).

Studien zur Biologie des Liquor cerebrospinalis. E. Vogt (Tübingen).

Residuen eines Primäraffektes der Portio. H. Hinselmann (Altona a. E.).

* Der Einfluß der Narkose auf die Wehentätigkeit des puerperalen Uterus. H. Franken und H. Schloßmann (Düsseldorf).
* Untersuchungen über die Körperlänge der reifen Frucht. E. Wehefritz (Göttingen).

Theorie und Praxis der Geschlechtsvorhersage und der interferometrischen Methode. A. Streck (Würzburg).

Hypophysenvorderlappen und Ovarium. Auf Grund eingehender Untersuchungen kommen Verff. zu dem Ergebnis, daß das Hypophysenvorderlappenhormon der Motor der Sexualfunktion ist. Das Vorderlappenhormon ist das Primäre, das Ovarialhormon das Sekundäre. Das Vorderlappenhormon bringt den follikulären Apparat in

Gang, löst die Follikelreifung aus und mobilisiert sekundär in den follikulären Zellen das Ovarialhormon. Dieses wirkt in spezifischer Weise auf das Erfolgsorgan, d. h. den Uterus und die Scheide. — Das Ei spielt hierbei nicht die Hauptrolle. Auch ohne Eizellen kann die Hormonproduktion im follikulären Apparat vor sich gehen. Zerstört man die Eier im Ovarium durch Röntgenstrahlen, so geht die Hormonproduktion noch wochenlang weiter. Diese hört erst auf, wenn der follikuläre Apparat so stark geschädigt ist, daß das Vorderlappenhormon die Produktion nicht mehr auslösen kann. — Das Ovarialhormon bewirkt den Aufbau der Uterusschleimhaut zum Zwecke der Ansiedlung des befruchteten Eies. Ist das Ei befruchtet, d. h. tritt Schwangerschaft auf, so ist die Lokalisation und Produktion des Ovarial- und Hypophysenvorderlappenhormons qualitativ und quantitativ grundlegend verändert. — Die im Handel befindlichen wässerigen Extrakte des Hypophysenvorderlappens wurden untersucht, mit dem Ergebnis, daß dieselben alle nicht das Hormon enthalten, das man durch Implantation eines kleinen Stückes des Hypophysenvorderlappens nachweisen konnte. Die bisher bekannten Vorderlappenextrakte (Anteglandol, Antephyson, Praephyson) haben also keine Wirkung auf den Genitalapparat.

Der normale mensuelle Zyklus der menschlichen Vaginalschleimhaut. Die systematische Untersuchung der Vaginalschleimhaut beim Menschen konnte einen gesetzmäßigen Auf- und Abbauvorgang des Scheidenepithels während des normalen mensuellen Zyklus aufdecken. In den ersten Tagen nach Beginn der letzten Regelblutung findet sich eine Dreiteilung des Vaginalepithels, die besonders auffällig zur Zeit des Prämenstruums in Erscheinung tritt. Durch das frühzeitige Auftreten einer intraepithelialen Verhornungszone läßt sich an dem menschlichen Vaginalepithel eine Funktionalis, Regenerations- oder Wechselschicht von einer Basalis unterscheiden. Proliferation und Sequestration spielen sich an der Funktionalis ab. Zur Zeit der Menstruation wird die Funktionalis nur zum Teil die intraepitheliale Verhornungszone abgestoßen, so daß dien ackte Basalis oberflächlich liegt. Eine Deutung dieses regelmäßigen biologischen Vorgangs konnte nicht gegeben werden. Die Blutversorgung der Vaginalschleimhaut schwankt während des normalen Menstrualzyklus in dem Sinne, daß sie im Postmenstruum am geringsten ist, zur Zeit des Prämenstruums stark zunimmt und mit der Menstruation ihren Höhepunkt erreicht.

Zur Fage der Tubenmenstruation auf dem Boden einer endometroiden Fehlbildung ihrer Schleimhaut. Der Nachweis vom blutigen Inhalt in der Tube oder des Abgangs von Blut aus der Tube genügt nicht zur Diagnose „Tubenmenstruation". Eine Tubenmenstruation kann nur durch die histologische Untersuchung festgestellt werden. Es genügt dazu zwar schon der Nachweis einer endometriumähnlichen Schleimhaut, besser jedoch ist die Feststellung der mit Blutung verbundenen Desquamation. Die Anwesenheit von endometriumartiger Schleimhaut ist die Voraussetzung einer echten Menstruation. Außerdem kann es noch eine vikariierende oder Pseudomenstruation geben, bei der es nur zu gewissen Parallelerscheinungen einer Desquamation kommt (leukozytäre Infiltration und Epithelabstoßung). Endometriumartige Schleimhaut in der Tube ist als eine ungenügende Differenzierung der Tubenschleimhaut aufzufassen, wie vor allem aus der Persistenz der fötalen Wulstbildung der Schleimhaut hervorgeht. Diese nicht „fibrös" fortenwickelte (sondern lytogen bleibende) Schleimhaut reagiert auf die Ovarialhormone wie die Uterusschleimhaut. — Verf. nimmt auf Grund der Untersuchungen an, daß die nichtentzündliche Salpingitis pseudofollicularis als eine Folge der ungenügenden Differenzierung der Schleimhaut und der damit verbundenen menstruellen Prozesse anzusehen ist. Sie ist also nicht das oder ein Endstadium der bakteriellen Entzündung, sondern der partiellen Nekrose nach primärer Anlagemißbildung.

Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion in der Geburtshilfe. Wegen der überaus großen Häufigkeit der Lues latens wird die Forderung gestellt, bei allen Schwangeren und Gebärenden die serologische Untersuchung nach Wassermann vorzunehmen. Bei Gesunden kommen sowohl im Armvenenblut und Retroplazentarblut, als auch im Nabelschnurblut und Fersenblut des Neugeborenen unspezifische Hemmungen der Hämolyse vor. Bei Luetischen ergab allein die Untersuchung des Retroplazentarblutes niemals negative Resultate. Das Retroplazentarblut ist also in hervorragender Weise zur Vornahme der WaR. geeignet. Jede auch nur angedeutete Hemmung der Hämolyse fordert zu weiteren Untersuchungen auf. Auch das Armvenenblut ist zuverlässig, jedoch weniger empfindlich als das Retroplazentarblut. Das Blut des Neugeborenen ist zur WaR. gänzlich ungeeignet. — Verf. weist nochmals darauf hin, daß seiner Ansicht nach die Mühen und Kosten einer systematischen Luesuntersuchung nur dann als lohnend angesehen werden können, wenn die Machtmittel zur Verfügung stehen, einen Behandlungszwang auszuüben zu können. Immer wieder macht man die Erfahrung: die Syphiliskranke spürt nichts, sieht nichts, fühlt sich gesund, und die Ermahnungen des Arztes finden kein Gehör. Nur wenn der Staat umfassende und durchgreifende Maßnahmen ergreift (Meldepflicht, Behandlungszwang, Kurpfuschereiverbot, unentgeltliche Blutuntersuchung und — bei Mittellosen — unentgeltliche Behandlung) kann der Kampf gegen die Lues mit Erfolg durchgeführt werden.

Der Einfluß der Narkose auf die Wehentätigkeit des puerperalen Uterus. Experimentelle Untersuchungen haben ergeben, daß die Wehentätigkeit in hohem Grade durch Chloroform, in geringerem auch durch Aether gelähmt wird, während das Narcylen besonders bei geschädigtem Uterus wehenverbessernd wirkt. Offenbar stellt also die Narcylenbetäubung innerhalb der Grenzen, die für die klinische Anwendung in Betracht kommen, einen für den gesamten Organismus, wie auch für die einzelnen Teile vollständig reversiblen Vorgang dar. Für das Chloroform ist das bekanntlich nicht der Fall, und die im voraus nicht zu übersehenden Organveränderungen als direkte Folge der Chloroformnarkose haben ja zuerst in Amerika, jetzt in zunehmendem Maße auch in Deutschland zu der durchaus berechtigten Forderung geführt, das Chloroform als Narkosemittel möglichst zu vermeiden. Man wird dies um so eher aussprechen dürfen, als wir in den Gasbetäubungen, zumal im Narcylen, unter Umständen in Verbindung mit wenigen Tropfen Aether einen vollwertigen Ersatz für das Chloroform haben. Ganz besonders zwingend aber sind die Folgerungen, die sich im besonderen für die Geburtshilfe aus den Untersuchungen der Verff. ergeben. Zu den allgemeinen Gesichtspunkten kommt hier noch die gefürchtete atonische Einwirkung des Chloroforms auf den Uterus einerseits, die Wehenverbesserung durch das Narcylen andererseits. So spricht alles für die Forderung, daß zunächst in geburtshilflichen Kliniken Chloroform überhaupt nicht mehr verwendet werden sollte. Mit der Weiterbildung der Apparatur wie der Technik der Gasbetäubung dürfte der Zeitpunkt nicht mehr fern sein, an dem auch außerhalb der Klinik das Chloroform überflüssig werden wird.

Untersuchungen über die Körperlänge der reifen Frucht. Das Resultat sämtlicher statistischer Arbeiten, die bisher ausgeführt wurden, ergab, daß die Länge der reifen Frucht vom Scheitel bis zu den Fersen 49—51 cm beträgt; meist beträgt sie im Durchschnitt 50 cm. Die Untersuchungen des Verf. wurden an einem Material von 3794 reifen Kindern, die in der Göttinger Frauenklinik geboren wurden, vorgenommen. — Die Berechnungen führten zur Aufstellung einer Normtafel für die Körperlänge der reifen Frucht, aus der ohne weiteres ersichtlich ist, daß die normale Größe der reifen Frucht, entsprechend einem bestimmten Körpergewicht, den Einzelwerten entspricht, die uns die praktische Erfahrung und statistische Berechnung gelehrt haben. Wie aber diese Normalgröße schwanken kann, wie sie sich auf die einzelnen Körpergewichte verteilt, wußten wir bis jetzt noch nicht. Ebenso lehrt diese Normtafel, wie sich die Längenwerte der kleinen und der sehr kleinen oder der großen und der sehr großen gestalten. Anstelle vager Vermutungen und unsicherer Durchschnittswerte sind nunmehr Längenmaße getreten. — Eine besondere Bedeutung kommt den extremen Grenzwerten nach unten und nach oben hin zu. Mit dem kleinsten Längenwert von 45,5 cm und mit dem größten von 58 cm ist der Bereich der reifen Frucht, was das Längenmaß anbelangt, scharf umrissen.

Der Fettstoffwechsel des Corpus luteum und seine Zusammenhänge mit der Funktion. Ausgehend von den Untersuchungen von Zondek und Aschheim über die Funktion des Corpus luteum, die nach eigenen Implantationsversuchen bestätigt wurden, untersuchten Verff. den Ablauf des Fettstoffwechsels in den verschiedenen bekannten Phasen der Corpus-luteum-Entwicklung. Analysiert wurden 24 Corpora lutea, und zwar 12 im Stadium der Vaskularisation, Abdeckung und Blüte, 8 Corpora lutea der Gravidität und 4 in Rückbildung nach einer Menstruation. Verff. fanden entgegen den bisherigen Anschauungen, daß der Gehalt an Fettstoffen in den Phasen der Funktion, also in der Blüte und Gravidität, für die wesentlichsten Fettkomponenten nicht verringert ist, beim Lecithin sogar erhebliche Steigerung aufweist (die einzigste Ausnahme bildet der niedrige Cholesteringehalt in der Gravidität). Der Cholesteringehalt des Corpus luteum weist in den Stadien der Funktion und Rückbildung keine tiefgreifenden Unterschiede auf. Der Gesamtcholesteringehalt ist zur Zeit der stärksten Anhäufung sichtbarer Fettstoffe nicht höher als im Blütestadium.

Der Lecithingehalt unterliegt bedeutsamen Schwankungen. Im Corpus luteum sinken die hohen Werte in den funktionierenden Stadien nach Erlöschen der Funktion, also nach Eintritt der Menstruation, stark ab. Im Corpus luteum graviditatis steigen die Werte bis zum Ende der Gravidität stark an, sinken dagegen in den Fällen abgestorbener Tubargraviditäten ab. Die Fettsäuren, deren Ueberwiegen in der Rückbildung betont wurde, unterliegen in allen Stadien erheblichen Schwankungen, so daß man ein gesetzmäßiges Ueberwiegen nur bei fortgeschrittener Rückbildung annehmen kann. — Verff. stellen ferner die Anwesenheit großer, histochemisch nicht darstellbarer Fettstoffe in den Stadien der Funktion (Gravidität, Blüte) fest und erklären deren Bedeutung. Die Unfärbbarkeit des Fettes im Stadium der Funktion, also bei Anwesenheit von Hormon.

erklärt sich durch den kolloidalen Zustand der Fettstoffe. Das Hormon wirkt löslichkeitserhöhend, daher sind große Fettmengen vorhanden. Verschwindet das Hormon, so fällt das Fett als Niederschlag aus, es wird färbbar und verliert seine biologische Wirksamkeit.

Der Ansicht von Zondek und Aschheim, daß die Fettstoffe ein Lösungsmittel für das Hormon darstellen, wird von den Verff. widersprochen, da die Analyse des hormonreichen Follikelsaftes nur geringe Mengen von Fett ergab. Es sind somit im Corpus luteum weit mehr Fettstoffe, als zur Adsorption des Hormons notwendig sind. Aus der Anhäufung großer Lipoidmengen zur Zeit der histologisch und biologisch nachweisbaren Funktion ist eine sich zu gleicher Zeit abspielende lipoidale Funktion als sehr wahrscheinlich zu bezeichnen. Rudolf Katz, Berlin.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

36., Heft 1, Juli 1927.

36., Heft 2, Juli 1927.

Die Bekämpfung des Juckreizes bei Hautkrankheiten im Kindesalter. Aus der Fülle der empfohlenen therapeutischen Maßnahmen zur Bekämpfung des Juckreizes bei den Dermatosen des Säuglings und Kindesalters führt eine kombinierte Allgemein- und Lokalbehandlung nach den Erfahrungen der Universitäts-Kinderklinik Berlin am raschesten zum Ziel.

In schweren Fällen sind Sedativa nicht zu entbehren. Dabei sind Chloralhydrat und Bromural diejenigen Mittel, die die meisten Erfolge aufzuweisen haben. Trotz hoher Dosen ist häufig eine Fesselung der Kinder nicht zu umgehen. Zuweilen leisten Kalkpräparate gutes. Atropin ist unwirksam. Hervorragend hat sich bei frischen und veralteten Fällen von Säuglingsekzemen wie auch bei neurogenen Dermatosen das Amylnitrit bewährt.

Lokal ist anzuwenden reiner Steinkohlentee bzw. das milde wirkende Tumenol. Bei frischen Formen wird Hamamelissalbe eventuell mit Zusätzen von Anästhesin und Novocain mit gutem Erfolg vertragen. Bei der Allgemeinbehandlung spielen neben dem Ernährungsregime die hygienischen und psychischen Umweltsfaktoren eine entscheidende Rolle. Auch Schwefelbäder können eine günstige Wirkung ausüben. Jahr.

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

116., 3. Folge, 66. Band, Heft 3/4, Juli 1927.

116., 3. Folge, 66. Band, Heft 5/6, Juli 1927.

Zur Pathogenese des Herterschen intestinalen Infantilismus. Unter den verschiedenen Faktoren, die das Zustandekommen eines „Herter" bedingen, spielen folgende eine ausschlaggebende Rolle: allgemeine konstitutionelle Minderwertigkeit, Neuropathie mit besonderem Hervortreten der Vagotonie (vegetative Neurose und Ernährungsschäden, besonders Darmschädigungen durch Infektionen und die als Folge immer einsetzenden strengen Diätmaßnahmen).

In den Fällen des Autors fanden sich keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Verdauungsinsuffizienz. Die Störungen von seiten des Darmes sind auf eine mangelhafte Resorption infolge der zeitweise stark in den Vordergrund tretenden Peristaltik (Vagotonie) zurückzuführen. Pathologisch anatomisch fanden sich weder am Pankreas noch an anderen innersekretorischen Drüsen nennenswerte Veränderungen. Jahr.

Dermatologische Wochenschrift.

85., Nr. 31, 30. Juli 1927.

Verringerung bzw. Mangel an freier Salzsäure bei Sklerodermie. Störungen der Magenfunktion sind schon bei verschiedenen Hautkrankheiten festgestellt worden. In 5 Fällen von Sklerodermie fand sich eine Verringerung der Gesamtazidität und ein Fehlen bzw. Verringerung der freien Salzsäure in der Weise, daß bei den einzelnen Patienten bei wiederholten Untersuchungen der Salzsäuregehalt ein wechselnder, stets jedoch ein relativ verringerter war. Diese Tatsache kann im Vergleich mit der Salzsäure-Herabsetzung bei chronischer Thalliumvergiftung von Tieren und bei mit Thallium behandelten Kindern, da der Angriffspunkt des Thalliums im sympathisch-endokrinen Gebiet lokalisiert wird, für den Zusammenhang der Sklerodermie mit diesem System verwertet werden. Um sklerodermatische Veränderungen der Magenschleimhaut handelt es sich anscheinend nicht, da Pepsinproduktion nachgewiesen werden konnte.

Nissotax ein neues Ungeziefervernichtungsmittel. Das von der chemischen Fabrik von Heyden durch Lösung eines fettaromatischen Alkohols in einer insektiziden Seife hergestellte Mittel wird in einer Menge von 50—100 ccm auf das gelöste Haar gebracht und darüber für 1—2 Stunden eine Pergamentpapierhaube befestigt. Nach deren Abnahmen sind die Läuse abgetötet, gegenüber anderen Mitteln besteht aber der Vorzug, daß auch die Nisse sich leicht abstreifen lassen. Rückfälle wurden nicht beobachtet, ferner auch keine Haut- oder Nierenreizungen. Das Mittel ist farblos, kaum riechend, völlig unbrennbar.

Sekundäre Anämie nach einer Thallium-aceticum-Epilation. Nach Thallium-Epilierung eines favuskranken 13jährigen Knaben traten heftige Schmerzen in den Beinen, Appetitlosigkeit, große Verfallenheit sowie starke sekundäre Anämie auf. Sie sind zu erklären durch eine bedeutende Störung des endokrinen Drüsensystems, wie ja auch die Thalliumwirkung bei der Epilierung auf das endokrin-vegetative System bezogen wird. Vorsicht bei der Thallium-Epilierung und systematische Blutuntersuchung ist danach erforderlich.

Die Quellstäbchenbehandlung der weiblichen Gonorrhoe, ein technischer Fortschritt. Die Behandlung mit den Partagonquellstäbchen erwies sich als ein wesentlicher Fortschritt. Bei akuter Urethralgonorrhoe (nur wenn sehr gereizt zunächst keine Stäbchen) tägliche, nach 2 Wochen seltenere Einführung, die möglichst vom Arzte selbst vorzunehmen ist. Infolge ihrer Herrichtung haften die Stäbchen sehr gut in der Harnröhre, quellen außerordentlich stark und entwickeln mit ihrem hohen Silbergehalt eine gute Depotwirkung. Gewöhnlich waren nach 14 Tagen die Gonokokken endgültig geschwunden. Ebenso gut waren die Erfolge bei entsprechender Behandlung frischerer Zervikalgonorrhoe. Es kommt hier auch noch in Betracht, daß durch die Behandlung mit ziemlicher Sicherheit ein Aufsteigen der Infektion vermieden wird. Schließlich läßt sich mit den Stäbchen auch die kindliche Vulvovaganitis ambulant behandeln, wobei allerdings zur Heilung mehrere Monate erforderlich sind.

85., Nr. 32, 6. August 1927.

Ueber klinische Erfahrungen mit „Chronex" in der Ekzembehandlung. Chronex ist ein neues, reines Andriol-Uran, in dem die bei dem früheren Präparat zu beobachtenden Reizungen durch Ausschaltung der Nebensalze vermieden werden. Durch andere Behandlungen schwer zu beeinflussende chronische Ekzeme mit ausgesprochener Licheninfikation und starkem Juckreiz zeigten in wenigen Tagen wesentliche Besserung, chronische, durch Neigung zu akuten Rezidiven und Reizungen ausgezeichnete Ekzeme vertrugen Chronex gut, das rasches Aufhören des Nässens bewirkte.

Bei akuten Ekzemen war die Verträglichkeit gegenüber der Salbe keine gute, es muß hier das subakute Stadium abgewartet werden.
Ernst Levin, Berlin.

Zahnärztliche Rundschau.

Nr. 31, 31. Juli 1927.

Zur Frage der Therapie der Kontinuitätstrennungen des Unterkiefers. Der Unterkiefer wird von allen Knochen des Schädels am häufigsten verletzt. Verletzungen mit Unterbrechung der Kontinuität kommen zustande durch Trauma, durch Erkrankungen des Knochens, bei temporärer Resektion (bei manchen Zungenoperationen) und bei der Entfernung von malignen Tumoren. Die Folgeerscheinungen solcher Kontinuitätstrennungen sind zum Teil recht schwer. Von rein chirurgischen Behandlungsweisen der durch Fraktur oder temporäre Resektion entstandenen Kontinuitätstrennungen kommen die Knochennaht, die Extension und die Transplantation in Frage. Von der Knochennaht ist im allgemeinen nicht viel zu erwarten: sie führt meistens zu schwerer Eiterung und Sequestrierung. Angebracht ist sie nur da, wo durch Heraussprengen des Mittelstückes beim zahnlosen Unterkiefer Erstickungsgefahr besteht, und ein sich des Falles annehmender Kieferorthopäde nicht aufzutreiben ist. Unbedingt ist es als Kunstfehler zu betrachten, sie bei Mandibularfrakturen innerhalb des zahntragenden Teiles, wobei man die weitestgehende Auswahl der Fixierungsmöglichkeiten hat, anzuwenden. Die Extension, meist in Form der Nagelextension, hat in den seltensten Fällen, beim zahnlosen Unterkiefer, ihre Berechtigung. Unsinnig ist es, den Patienten ins Bett zu legen und mit Rolle und Gewicht zu extendieren, denn bei der geringsten Bewegung des Kopfes werden die Fragmente hierbei auseinandergezogen und kommen nie zur Verheilung. Die Extension hat nach einem am Kopfverband befestigten Bügel zu erfolgen. Die Transplantation von arteigenem Material ist bei großen Substanzverlusten die Methode der Wahl. Die zu verbindenden Fragmente müssen aber dabei in der richtigen Lage gehalten werden. Die Transplantation ist also mit der Kieferorthopädie innigst verbunden. Diese ist in der glücklichen Lage, vermittels der Zähne oder über die bedeckenden Weichteile hinweg auf den Knochen einwirken zu können. Liegt die Kontinuitätstrennung innerhalb der Zahnreihe, so ist die Schienung sehr einfach. Ist die Kontinuität hinter oder außerhalb der Zahnreihe unterbrochen, z. B. im Kieferwinkel, so genügt es, das den horizontalen Teil enthaltende Fragment an den aufsteigenden Ast heranzuziehen entweder mit intermaxillaren Gummizügen oder mit Kinn-Kopfverband. Die Schwierigkeit der Schienung wächst mit der abnehmenden Zahl der Zähne. Sind die noch vorhandenen Zähne nicht mehr fest genug, dann greift man zum Warnekrosschen Verband, der außer an den Zähnen durch Ueberdecken der Gingiva eine erweiterte Stützmöglichkeit gewährt. Bei völligem Mangel an Zähnen wird der Mandibel und dem Oberkiefer je eine Platte gegeben, die durch Aufbiß und schiefe Ebene so ineinandergreifen, daß die Mandibel beim Schlußbiß immer wieder in die richtige Lage kommen muß. Verbunden werden die beiden Schienen mit intermaxillaren Federn. Versenkte Schienen aus Aluminium oder Kautschuk werden jetzt bei Kieferresektionen nicht mehr angewandt. Durch den Fremdkörperreiz kommt es immer dabei zu Eiterungen und Sequestrierungen. Auch Knochentransplantationen, die bei geschwächten Individuen nicht immer durchführbar sind, führen in seltensten Fällen zu einem vollen Erfolg. Es war daher als Fortschritt zu bezeichnen, als die Kieferorthopädie zeigte, wie man vor der Operation bezahnte Stümpfe durch schiefe Ebenen, Gleitflächen, Scharniere und andere intermaxilläre Vorrichtungen so einstellen konnte, daß sie durch den Narbenzug nicht wesentlich aus ihrer richtigen Lage zu bringen waren, und daß man diese Stützen von vornherein zur Aufnahme von auswechselbaren Immediatprothesen und schließlich definitiven Prothesen einrichtete. Die Schwierigkeiten vermehren sich auch hier wieder mit der abnehmenden Zahl der Zähne. In ganz schwierigen Fällen ausgedehnter Resektionen hat die Chirurgie auf die Implantation von artfremdem oder arteigenem Material noch nicht zu verzichten gewagt. Alles in allem läßt sich sagen, daß die Kontinuitätstrennung des Unterkiefers ihre Schrecken verloren hat und daß jene schweren Entstellungen und Verkrüppelungen, die sich bei keiner oder bei ungeeigneter Behandlung einstellen, der Vergangenheit angehören. L. Gordon.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift.

Nr. 14, 15. Juli 1927.

L. Gordon.

Wiener Medizinische Wochenschrift.

77. Nr. 19. 7. Mai 1927.

Ueber seltenere Bluterkrankungen. Seltener vorkommende hämatologische Erkrankungen mit zumeist ungünstiger Prognose sind: die Monozytenangina, die Agranulozytose, die hämorrhagische Aleukie und die akute Leukämie. Alle diese Erkrankungen weisen eine mehr oder weniger ausgeprägte Mundaffektion auf, die aber in Art und Ausdehnung nicht charakteristisch ist und nicht als Gradmesser für die Schwere der Erkrankung angesehen werden kann. Hohes septisches Fieber ist allen Erkrankungen gemeinsam. Unter Monozytenangina versteht man eine Gruppe von nekrotisierenden Anginen mit protrahiertem, doch meist günstigem Verlauf. Bemerkenswert ist die starke Beteiligung sämtlicher Lymphdrüsen, die hochgradige Milz- und Leberschwellung. Der Blutbefund ist charakterisiert durch eine hochgradige Monozytose. Die Erkrankung ist infektiöser Natur, doch ist es fraglich, ob es sich um eine einheitliche Infektion handelt. Die Monozytose als Ausdruck der besonderen Funktion des retikuloendothelialen Systems dürfte auf die besondere Wirkungsweise des Infektionserregers zurückzuführen sein. — Die Agranulozytose ist eine hoch fieberhafte nekrotisierende Gaumenerkrankung, die zumeist in kurzer Zeit zum Tode führt. Weder Lymphdrüsen noch Milz und Leber sind nennenswert vergrößert. Leichter Ikterus besteht meist gegen Ende der Erkrankung, dagegen keine Zeichen von hämorrhagischer Diathese. Das rote Blutbild ist normal, die Leukozytenzahl ist stark vermindert, die Neutrophilen und Eosinophilen sind fast vollständig geschwunden. Man findet bei der Differentialzählung fast ausschließlich Lymphozyten, die Monozyten sind mitunter etwas vermehrt. Pathologische Zellformen werden nicht gefunden. Es dürfte sich bei dieser Erkrankung um eine elektive Schädigung des leukoblastischen Teiles des Knochenmarks handeln. Als ätiologische Faktoren kommen außer bakteriellen Giften auch andere Stoffe in Betracht (experimentell konnte Agranulozytose durch Tusche, kolloidale Stoffe erzeugt werden; Röntgenagranulozytose). — Bei der Aleukia hämorrhagica handelt es sich um eine Erkrankung des gesamten Knochenmarkes (aplastische Anämie). Die hervorstechensten Merkmale bei Aleukie sind: hochgradige Verminderung der Leukozyten, schwere progrediente, zumeist fieberhafte Anämie, durch hochgradigen Plättchenmangel bedingte hämorrhagische Diathese, ulzerierend-nekrotisierende Prozesse der Mundhöhle und septische Erscheinungen. Die Gesamtheit dieser Erscheinungen findet sich nur im vollentwickelten Stadium, wenn alle drei Stammzellen des Knochenmarkes in gleicher Weise betroffen sind. Vom ätiologischen Standpunkt können die Aleukien eingeteilt werden: in essentielle oder kryptogenetische, in Aleukie mit bekannter Ursache (Benzol, Röntgen, Salvarsan) und in symptomatische Aleukien, die durchweg splenopathischer Natur sind. Nur bei den Aleukien bekannten Ursprungs bestehen auch bei schwerster Schädigung noch Heilungschancen. Pathologisch anatomisch findet man zellarmes Knochenmark ohne die geringsten Regenerationserscheinungen. Die akute Leukämie führt meist in wenigen Monaten zum Tode. Die Diagnosenstellung bietet um so größere Schwierigkeiten, je geringer die Leukozytenzahl ist. Es kommt auf den Nachweis pathologischer Zellformen an, so der atypischen Lymphozyten und Lymphoblasten bei der akuten lymphatischen Leukämie und Aleukämie, welch letztere besonders bei klinisch noch negativem Lymphdrüsen- und Milzbefund mitunter sehr schwer zu erkennen ist. Die Sicherung der Diagnose kann in zweifelhaften Fällen durch die histologische Untersuchung erfolgen. Die Veränderungen im myeloischen System sind meist leichter zu erkennen. Der Nachweis reichlicher Myeloblasten ist aber nicht ein absolutes Zeichen einer echten akuten myeloischen Leukämie, sondern kann nur ein vorübergehendes Blutbild darstellen, ohne daß die entsprechenden leukämischen Organveränderungen bestehen. Auch im erythrozytären und thrombozytären System bestehen bei akuten Leukämien schwere Veränderungen. Außer den lymphatischen und myeloischen Leukämien sind in letzter Zeit auch einzelne Fälle von Monozytenleukämien beschrieben worden, die unter dem Bilde der akuten Leukämie verlaufen. In diesen Fällen sind einerseits im Blut die dem Monozytensystem entsprechenden qualitativen und quanti-

ativen Veränderungen nachweisbar, andererseits im retikulo-endothelialen Apparat entsprechende histologische Veränderungen.

Ueber Entstehung tuberkulöser Veränderungen am Verdauungsschlauch auf dem Blutwege mit besonderer Berücksichtigung der hämatogenen Darmtuberkulose. Die tuberkulöse Infektion der Verdauungsrohres erfolgt zumeist von der Schleimhautoberfläche her, doch kommt besonders bei manchen Tuberkuloseformen nicht selten die Infektion auf dem Blutwege in Betracht. In der Mundhöhle ist nur die miliare Form, bei der hintere Rachenwand und Gaumen mit grauweißlichen Knötchen übersät sein können, als sicher hämatogen anzusehen. Wahrscheinlich ist es, daß auch tiefsitzende Solitärtuberkel und kalte Abszesse der Zunge auf dem Blutwege entstehen, besonders wenn keine offene Lungentbc. besteht. Tuberkulöse Erkrankungen des Magens sind selten. Wo die Erkrankung nicht durch direktes Uebergreifen von tuberkulösen Lymphdrüsen entsteht, kommt in erster Linie der hämatogene Entstehungsweg in Betracht. Bei geschwüriger und Tumor bildender Magentbc. finden sich meist, wenn nicht eine Miliartuberkulose besteht, nur geringfügige fibröse Veränderungen in den Lungen. Bei der Darmtbc. können unterschieden werden: 1. die progrediente ulzeröse Form, die vorwiegend durch verschlucktes Sputum entsteht, 2. die fibröse Form, die nicht selten auf hämatogenem Wege entsteht. Die zweite Form findet sich hauptsächlich bei alten, häufig ganz latenten Lungenveränderungen und bei den chirurgischen Formen der Organtbc. Nicht selten findet man als Kennzeichen der hämatogenen Tuberkulose einen kleinen derben Milztumor. Die Prognose der fibrösen Darmtbc. ist meist günstiger als die der ersten Form; meist sind die Veränderungen weniger ausgebreitet, häufig nur auf einem umschriebenen Darmabschnitt beschränkt, außerdem zeigen sie die Tendenz zur bindegewebigen Ausheilung. Hierher gehören: die tumorbildende Form der Darmtuberkulose (Ileocoecaltumor), ferner die zur Strikturbildung neigenden Formen des Dick- und Dünndarms und ein Teil der tuberkulösen Mastdarmveränderungen. Die Diagnose der fibrösen Darmtbc. ist meist schwieriger, als die der ulzerösen Form, sie kann unter dem Bilde der verschiedensten unspezifischen Abdominalerkrankungen verlaufen. Die isolierte Tbc. des Mastdarms oder seiner Umgebung tritt nicht selten anscheinend als primäre Infektion auf oder es sind in den Lungen nur ganz geringfügige, meist absolute Veränderungen nachweisbar, so daß auch hier die Annahme einer hämatogenen Entstehung berechtigt ist. Die Behandlung der hämatogenen Darmtbc. ist bei Striktur- oder Tumorbildung eine chirurgische, im Geschwürsstadium eine konservative.

H. Maslowski.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 26, 25. Juni 1927.

Ueber schwer erkennbare Formen von Nabelsepsis. Nicht allzuselten scheint es vorzukommen, daß bei der Allgemeininfektion vom Nabel aus sowohl äußerer Hautnabel als auch Nabelgefäße vollkommen gesund sein können. Ferner ist auffallend, wie schleichend bisweilen die Infektion vom Nabel aus verlaufen kann. In der ersten Lebenswoche wird bei Allgemeininfektionen der Verdacht sich wohl immer dem Nabel zuwenden. Später aber wird die Aufmerksamkeit vom Nabel abgelenkt, besonders wenn anamnestisch kein Anhaltspunkt für eine Störung bei der Nabelabstoßung festzustellen ist. Hier mitgeteilte Fälle zeigen, daß auch nach Wochen noch die Folgen der Nabelinfektion in Erscheinung treten können.

Für die Lokalisation der Metastasen lassen sich gewisse Prädilektionsstellen nennen: Haut-, Leber-, Lungenabszesse z. B. sind nichts Ungewöhnliches. Auffallend sind die beobachteten metastatischen Entzündungen der Meningen, des Herzmuskels, der Pleuren, der Mamma und der Darmfollikel sowie der Hodenbrillen. Endlich verdanken wohl die miliaren Lebernekrosen der Säuglinge ihre Entstehung einer Affektion des Nabels, die allerdings bis jetzt erst in einem Fall nachzuweisen war.

Der Zustand der Adnexe bei der Retroflexio mobilis uteri fordert vor allen anderen Eingriffen die Laparotomie. Die mobile Retroflexio ist sehr oft von Störungen der Adnexe begleitet, deren Ausdehnung und wahre Natur oft der bimanuellen Palpation entgeht. Allein die Laparotomie gestattet es, diese Störungen zu überblicken und Abhilfe zu schaffen. In 148 von 215 Fällen, also in 68%, fand Verf. den chirurgischen Eingriff gerechtfertigt durch die Adnexveränderungen, die er vorfand. Die Laparotomie bei Frauen mit Retroflexio im gebärfähigen Alter ist also durchaus indiziert und soll der eigentlichen operativen Aufrichtung voraufgehen.

Held.

Finska Läkaresällskapets Handlingar.

69, Juni 1927.

Cholezystographie. Verf. gibt einen Ueberblick über die Methodik zur Röntgenaufnahme der Gallenblase und der Gallensteine, sowie über die Colezystographie und führt dabei die verschiedenen in Betracht kommenden Methoden und ferner die mittels der Graham'schen Methode erzielten Ergebnisse an.

L. hat in 26 Fällen die Cholezystographie in Anwendung gebracht. Die Zahl der Untersuchungen hat im ganzen 30 betragen, da in vier Fällen Farbstoff sowohl per os als intravenös einverleibt wurde. Die orale Methode ist zwanzigmal angewendet worden (vierzehnmal Videofelpillen, sechsmal Jodtetragnost [Merck]). Die Videofelpillen sind ohne Beschwerden vertragen worden; nach Jodtetragnost per os ist in vier von sechs Fällen Uebelsein bzw. Erbrechen eingetreten. In 10 Fällen wurde Jodtetragnost (Merck) ohne Nebenwirkungen intravenös gegeben.

In 16 von 26 Fällen ist durch Operation der Röntgenbefund verifiziert worden. In 15 von diesen Fällen haben sich Operations- und Röntgenbefund gedeckt. In einem Falle mit (sowohl nach Anwendung oraler als auch nach intravenöser Methode) schwach hervortretendem Gallenblasenschatten hat sich die Gallenblase normal erwiesen und enthielt nur eine sehr dunkle Galle. Verf. mahnt zur Vorsicht bei der Deutung schwach hervortretender Gallenblasenschatten.

Zusammenfassend läßt sich L. über die Cholezystographie folgendermaßen aus:

1. Die Cholezystographie ist in erster Linie eine Funktionsprobe und ergibt daher in normalen Fällen positives Resultat. Ein positives Ergebnis und eine gute Kontraktilität der Gallenblasen schließen eine diffuse Veränderung der Gallenblasenwandung aus.
2. Lage- und Formenveränderungen der Gallenblase sowie schwach hervortretende Gallenblasenbilder sind mit großer Vorsicht zu deuten.
3. Ein negatives Ergebnis der Cholezystographie gibt im Verein mit übrigen klinischen Tatsachen einen Fingerzeig in Bezug auf die Krankheitsdiagnose.
4. Steine lassen sich mit Hilfe der Cholezystographie häufiger als ohne dieselbe nachweisen. Ein negativer Steinbefund beweist aber nicht, daß Steine fehlen.
5. Die orale Methode ist als Normalverfahren zu empfehlen. In zweifelhaften Fällen ist sie durch intravenöse Einspritzungen des Farbstoffes zu ergänzen.

Ueber die Prognose und Behandlung gewisser Formen von Neurolues. Verf. bespricht vorwiegend die moderne Tabestherapie, wobei er sich, zwar in Kürze, speziell bei den einschlägigen Ausführungen von Dreyfus aufhält. Des weiteren teilt er eine Anzahl im Laufe der letzten Jahre im Marien-Krankenhause zu Helsingfors behandelter Fälle von atypischer Tabes mit. Ohne die Begeisterung des genannten Autors zu teilen, räumt H. doch ein, von einer Behandlung mit Wismut und Neosalvarsan ermutigende Resultate gesehen zu haben. Verf. meint daher Anlaß zu haben, für Tabesfälle, bei denen günstige äußere Bedingungen vorliegen, eine individualisierende spezifische Therapie zu befürworten.

Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Zellprotoplasma. Diese Arbeit erscheint demnächst in deutscher Sprache.

E. Keller.

Hospitalstidende.

Nr. 21, 26. Mai.

Der brennende Fingerreflex. Derselbe beruht auf der Wahrnehmung, daß Menschen bei starker faradischer Reizung im Zweizellenbad nicht imstande sind die Finger zu bewegen. Durch eine gleichzeitige Kontraktion der Armmuskeln im faradischen Bad tritt

diese Hemmung nicht ein, wie es Versuche des Verf. lehren. Dieser Fingerhemmungsreflex geht von den tiefliegenden Geweben der sensiblen Nerven in den Gelenken und Sehnenscheiden aus; er ist ein zentraler Reflex der durch die gekreuzten Vorderstrangsbahnen und durch die Hinterstränge zur Gehirnrinde geht und hier eine Hemmung des motorischen Nervus verursacht. Es ist ein automatisch wirkender Hemmungsvorgang zum Schutz der Gelenke und Knochen vor Ueberlastung. Bei verschiedenen Tumorformen verhält sich der Fingerreflex verschieden, je nach der Art und Quelle des Tumors.

Nr. 22, 2. Juni.

* Sigmareaktionen und Wassermannreaktionen im Blut und Spinalflüssigkeit bei Paralytikern. Jens Chr. Smith.

Die **Sigma-Reaktion** ebenso wie die **Wassermann-Reaktion** fehlen nur selten im Blut der Paralytiker. Beide Reaktionen gehen auch in ihrer Stärke meist parallel. Doch ist die Sigma-Reaktion genauer als die Wassermann-Reaktion. In der Spinalflüssigkeit finden sich beide gleich häufig bei Paralytikern; wo die Wassermann-Reaktion fehlt, fehlt auch die Sigma-Reaktion. Beide sind in der Spinalflüssigkeit schwächer als im Blut. Das Verhältnis der Stärke der Sigma-Reaktionen und der Wassermann-Reaktion zu dem Globulin-Inhalt, Eiweißgehalt, Zellenvermehrung in der Spinalflüssigkeit ist nicht konstant, sind die ersteren positiv so überwiegen auch pathologische Verhältnisse bei den letzteren.

Nr. 23, 9. Juni.

Ein Fall von Infantilismus mit Tetanie, Epilepsie, Polyneuritis, Ichthyosis und Anämie mit perniziösem Typus. Einar Rud.

Nr. 24, 16. Juni.

Die Prognose der starken Myopie. K. K. K. Lundsgaard.
* Argotropin und Dementia paralytica. Jens Chr. Smith.

Argotropin wurde in 10 Fällen von Dementica paralytica intravenös angewandt und zwar erhielt jeder Kranke 10 Injektionen von 5 ccm. Die serologischen Reaktionen wurden danach in einzelnen Fällen besser, in anderen schlechter. Nur in einem Falle trat Besserung ein, besonders in psychischer Beziehung. Ein konstanter Einfluß auf die serologischen Verhältnisse der Spinalflüssigkeit konnte ebenso wenig erzielt werden. Auch ein Kombination von Argotropin mit Salvarsanpräparaten dürfte kaum einen größeren Erfolg versprechen.

S. Kalischer.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 29, Juli.

Ein Fall von cholesteomatöser Kuppelraumeiterung. Robert Lund.
Ueber die Pathogenese des Oedems. (Fortsetzung.) Paul Iversen und Fusakicki Nakazawa.
Metalltherapie. (Fortsetzung.) E. Walblum.
Sanocrysinbehandlung im Hause. Karl F. M. Sandberg.

Nr. 30, 28. Juli.

Röntgendiagnose der Wirbelleiden. H. Scheuermann.
Ueber die Pathogenese des Oedems. Paul Iversen und Fusokichi Nakazawa.
* Metalltherapie. (Schluß.) L. E. Walbum.
Splenomegalie auf Grund chronischer Miliartuberkulose. T. Bjering.
Ueber Periostitis colianes. Erik Hosted.
Günstige Wirkung intravenöser Kampferwasser-Injektionen bei Febris rheumatica. Einar Thomsen.

Metalltherapie. Behandelt man Mäuse die mit virulenten Tetanussporen infiziert sind, mit optimal wirkenden Mangandosen, so gelingt es, diese Tiere vollständig zu sterilisieren. Kurz vor ihrem Zugrundegehen verlieren die Tetanussporen ihre Virulenz. Auch Mäuse, die mit virulenten Tuberkelbazillen infiziert sind, kann man mit kleinen, optimal wirkenden Mangandosen vollständig sterilisieren. Bei Meerschweinchen-Tuberkulose sind Versuche mit Cadmium vielversprechend. Kaninchen, die intravenös mit virulenten Tuberkelbazillen infiziert sind, kann man mit optimal wirkenden Dosen von Mangan, Crium, Lanthan oder Cadmium vor dem Ausbruch der Tuberkulose schützen, wenn die Behandlung ca. 7 Wochen nach der Infektion einsetzt. Entweder gehen die Tuberkelbazillen zu Grunde oder sie verlieren ihre Virulenz. Aehnliche Erfolge hatte Madsen und Morch nach Sanocrysin.

S. Kalischer.

Hygiea.

89., H. 13, 15. Juli 1927.

Eduard Sederholm †. Fr. Bloch.
* Genius epidemicus und Influenza in Stockholm. Anton Magelssen.
Resultate über die Pflege und Heilung nach den Verwaltungsberichten der Kurorte für Kranke und chronischen Gelenkrheumatismus. Gunnar Kahlmeter.

Genius epidemicus und Influenza in Stockholm. Magelssen sieht die Ursache der Influenza noch in anderen Dingen als in den Mikroorganismen. Die Ursache der Influenza liegt auch in atmosphärischen Einflüssen und besonders wenn die Temperaturen die üblichen Maße überschreiten und sehr variieren. Die automatische vasomotorische Wärmeregulation und die normale Reaktion auf atmosphärische Einflüsse und ihr Wechsel ist in der Bevölkerung gestört. Die Therapie der Influenza muß sich darauf richten, den vasomotorischen Tonus wieder aufzurichten und zu stärken.

S. Kalischer.

Orvosi Hetilap.

71., Nr. 24. 12. Juni 1927.

* Das Füllen der Bronchien und der Wert desselben in der Röntgendiagnostik der Lunge. J. Kopári.
Ablauf der Gebrt im Falle eines Uterus bicornis unicollis. G. Páll.
Daten zur Lehre der branchiogenen Ohr- und Halsanhängsel. J. Guszman.
* Das Schicksal der in den Liquor cerebrospinalis gelangten Stoffe. J. Jánossy.
Peritonitis chronica fibrosa incapsulans. L. Jósa.
Wert der Gerlóczyschen Reaktion bei Lungentuberkulose. J. Szabóky.
Paradoxe Ischurie verursachendes retrozervikales Myom. Fr. Kühbacher.

Das Füllen der Bronchien und der Wert desselben in der Röntgendiagnostik der Lunge. Die Bronchographie wird heutzutage allgemein mit Lipiodol, Jodipin, oder zur Vermeidung eines etwa auftretenden Jodismus mit Bromipin vorgenommen. Diese Stoffe können entweder mit der supraglottalen Methode eingeführt werden, indem sie einfach mittels einer gekrümmten Röhre in die Luftröhre eingespritzt werden, oder können andere Methoden herangezogen werden, wie z. B. die interkrikothyreoideale, welche aber ihrer schweren Technik und Gefahren wegen nicht zu empfehlen ist. Praktischer und einfacher ist es, wenn wir nach vorheriger Narkotisierung der Epiglottis die Kontrastmasse schlucken lassen, wenn ein Teil in die Bronchien gerät, oft aber nicht auf den gewünschten Ort. Ein präziseres Verfahren ist das Lenk-Haslingersche: nach Narkotisierung wird eine spezielle, halbharte Bronchussonde in den gewünschten Hauptast eingeführt und durch dieselbe die Injektion vollführt; die Methodik bedarf einer speziellen Bildung. Eine Modifikation des erwähnten Eingriffes stellt der Becksche Apparat dar: es wird auf das Ende der Sonde ein kleines Reservoir angebracht, aus welchem das Jodöl mit Hilfe eines Balles in Staubform in die Luftwege befördert wird und bei entsprechender Lagerung des Kranken in den zu untersuchenden Lappen sinkt. — Wegen der Unannehmlichkeiten und Gefahren, mit denen die Bronchographie laut Beobachtung einzelner Autoren einhergehen kann, muß das Indikationsgebiet derselben scharf umgrenzt werden. Unbedingt auszuschalten ist jede ausgesprochene Form der Tuberkulose, da bei derselben wiederholt Schluckpneumonien zur Beobachtung kamen; ausgezeichnete Dienste kann sie aber bei Bronchiektasie, Deviation, tracheo-bronchialer Fistel, Abszessen, Tumoren leisten. Der volle diagnostische Wert kann nur bei Durchleuchtung ausgenützt werden, wenn die Geschwindigkeit der Füllung, die Lokalisation und Zerteilung der Kontrastmasse zu beachten ist. — Die therapeutischen Erfolge, über welche manche berichten, scheinen sehr fraglich zu sein.

Das Schicksal der in den Liquor cerebrospinalis gelangten Stoffe. Sie üben auf gewisse Zentren eine Wirkung aus; dieser elektive Einfluß weicht aber oft von der sich nach intravenöser oder subkutaner Dosierung meldenden Wirkung bedeutend ab. Diese Gehirnzentren können am leichtesten am Wege der Blutbahn angegriffen werden, die in die Zerebrospinalflüssigkeit gelangten Mittel wirken nur dann schnell, falls sie in unmittelbarer Nähe des Zentrums eingespritzt werden. Diejenigen Stoffe, welche in die Cysterna cerebello-medullaris gelangen, können auch auf die Großhirnzentren von Einfluß sein. Die Stoffe gelangen aus dem Liquor auch nicht so leicht ins Blut, wie dies vorausgesetzt wird. Es gibt auch hier ein Hindernis, welches gewisse Mittel zurückhält.

Orosz.

Orvosképzés.

17. Sonderheft, 25. Juni 1927.

Die Herpes-zoster-Varizellen-Frage. Prof. J. v. Bokay.
Phasen der operativen Behandlung des Croup seit dem Napoleonschem Konkurs bis an den heutigen Tag. Prof. J. V. Bókay.
Die Rachitisfrage von Glisson (1650) bis zum Ende des XIX. Jahrhunderts. Das Wesen der englischen Krankheit in ihrer heutigen pathologischen Beleuchtung. Prof. J. v. Bókay.

Die Herpes-zoster-Varizellen-Frage. Der ätiologische Zusammen-ang des Zoster mit den Schafblattern schafft sich in zwei Formen ieltung: häufiger ist es, daß bei einem Mitglied der Familie sich ypischer Herpes als primäre Erkrankung meldet, welcher dann — nter solchen Umständen, die eine andere Infektionsquelle aus-chließen — in 8 bis 20 Tagen die Schafblattern folgen; seltener iehen die Varizellen in ungefähr zwei Wochen den Herpes als ekundäre Erkrankung zu. Zwei Merkmale zeichnen die Beobach-ungen aus: von der Gürtelrose werden überwiegend Erwachsene, on den Windpocken dagegen Kinder befallen. Die klinisch fest-estellten Fälle sind an der Zahl schon so gewachsen, daß betreffs ler Beziehung der zwei Krankheiten zueinander kein Zweifel mehr bwalten kann. Die klinische Aehnlichkeit der zwei Vorgänge ist ja chon lange aufgefallen und beschrieben worden, die Pediater sahen berrante Vesikel, die Dermatologen Zoster generalisatus, doch iemand dachte daran, daß diese Fälle die Kombination der zwei rscheinungsformen desselben ätiologischen Faktors darstellen, wie ies Verf. an einer durch einen solchen Fall experimentell hervor-erufenen Windpocken-Epidemie zweifellos beweisen konnte. Die enntnis dieser Infektionsquelle ist für die Abhaltung überflüssiger nfektionen von Kinderspitälern von großer Bedeutung. Verf. fand n Budapest zwischen den Zoster- und Varizellenepidemien einen ewissen Paralellismus; die diesbezüglichen Mitteilungen sind aber och zu spärlich, um uns eine endgültige Meinung über diese Sache ilden zu können. Die unizistische Auffassung kann auch durch sero-gische und immunbiologische Beweise unterstützt werden: Antigen nd Antikörper reagieren bei Zoster und Varizellen ähnlich, die Ueberstehung der einen Krankheit hinterläßt auch für die andere ine kürzer oder länger dauernde Immunität. In fernerem polemisiert erfasser mit seinen Gegnern, den Dualisten und betont nochmals, aß dieselben Infektionsstoffe im Kindesalter Schafsblattern, später ürtelrose verursachen, daß aber nur ein beträchtlicher Teil und icht sämtliche Herpesfälle varizellösen Ursprungs sind.

Operative Behandlung des Croup laryngis. Auf Grund von mehr ls 2300 Intubationen hält Verf. den Eingriff dann indiziert, wenn die tenose einen solchen Grad erreicht, daß das Kind mit dem be-innenden Ersticken zu kämpfen scheint, welcher Termin laut der auchfußschen Einteilung der Grenze der zweiten und dritten eriode entspricht. Es wird eine Statistik der letzten zehn Jahre itgeteilt, welche 80% Heilung aufweist. Während dieser Zeit urde primäre Tracheotomie überhaupt nicht, sekundäre nur in % vollführt. In Betracht dessen, daß die Dauer der Intubation in ,2% 120 Stunden überschritt, teilt Verf. die Meinung derjenigen utoren nicht, die es als Regel betrachten, daß falls die definitive xtubation binnen 5×24 Stunden nicht gelingt, zur Vermeidung chwerer dekubitaler Geschwüre, die sekundäre Tracheotomie eranzuziehen sei. Seines Erachtens fordert den blutigen Eingriff as sichere Vorhandensein eines schweren Dekubitus, nicht aber die urcht von der Entstehung eines solchen. Das Indikationsgebiet er sekundären Tracheotomie ist womöglich einzuschränken und ie Operation nur dann heranzuziehen, falls die endgültige Detu-ation nach der systematischen, protrahierten Anwendung der mit elatina eingezogenen und mit Alaunstaub imprägnierten „Bronze-eiltuben" mißlingt. In mehr als 100 Fällen gelang es dem Verf. ittels dieser prolongierten (über 6×24 Stunden) Intubation die kundäre Tracheotomie auszuschalten. — Neuerdings wird von wei Amerikanern, Gover und Hardman, ein neues Verfahren mpfohlen: sie vollführen in der Boyse-Lage die Kiliansche direkte aryngoskopie und trachten aus der Luftröhre die leicht lösbaren lembranen mit Hilfe eines Silk-Katheters oder eines entsprechend ekrümmten Metallröhrchens, welches mit einer Motorpumpe ver-unden ist, zu entfernen. Die Methode ist noch im Stadium der xperimentation. Orosz.

British Medical Journal.

Nr. 3469, 2. Juli.

Akromegalie vom chirurgischen Standpunkt. Harwey Cushing.
Einwirkung der Bestrahlungen auf Patienten und Radiologen, Schutzmaßnahmen. Humphrey Rolleston.
Aetiologie, Symptomatologie der multiplen Sklerose, Berufe der Erkrankten. Douglas K. Adams.
Gewisse Adrenalinwirkungen in der Menopause und ihre Bedeutung. John H. Hannan.
Herzruptur. H. Stanley Chate.
Hereditäre Fingerdeformität. Noel Chilton.
Nichtdiagnostizierte Fraktur eines Halswirbels. K. V. Trubshaw.
Diagnose der Dünndarmgangrän. J. G. Davies.
Akute Lobärpneumonie, Tod innerhalb sechs Stunden. W. A. Young.
Drillinge, Eklampsie, Schnittentbindung, Rekonvaleszenz von Mutter und Kindern. C. Hubert Roberts.

Akromegalie vom chirurgischen Standpunkt. In neuerer Zeit ist die Erkenntnis des Wesens hypophysärer Erkrankungen bedeutend fortgeschritten. Dank unaufhörlicher tierexperimenteller, chemisch-physiologischer und klinisch-pathologischer Arbeiten ist es möglich geworden, die so vielgestaltigen Krankheitsbilder einem System einzugliedern, das in seinen Grundzügen für die gesamte Lehre von der inneren Sekretion als ungemein fruchtbar sich erwiesen hat. Von jeher wurde die Akromegalie mit einem Hypophysentumor in ätiologischen Zusammenhang gebracht. Doch wurde von Zeit zu Zeit über Fälle von Akromegalie ohne nachweisliche Geschwulstbildung berichtet. Und um die Verwirrung noch zu vermehren, wurden häufig Fälle von Hypophysentumoren mitgeteilt mit Vergrößerung der Sella und Kompression des Sehnerven, die keine Spur akromegalen Wachstums erkennen ließen, bei denen vielmehr ein Gemisch unerklärlicher Symptome bestand wie Diabetes insipidus, Adipositas, Eunuchoidismus, Zwergwuchs u. a. m. Von dem Gedanken ausgehend, daß bei der Akromegalie die normale Funktion der Drüse aufgehoben wäre, wurde versucht, experimentell durch Hypophysenentfernung dasselbe Krankheitsbild zu erzeugen. Diese Versuche führten zu widerspruchsvollen Ergebnissen. Einmal hatte die Hypophysenexstirpation überhaupt keinen Einfluß auf den Organismus. Bei anderen führte die operative Entfernung zur Kachexie und zum Tod der Versuchstiere. Niemals konnte ein auch nur an die Akromegalie erinnerndes Krankheitsbild erzeugt werden. Wohl aber wurden gelegentlich bei unvollständiger Hypophysenentfernung an erwachsenen Tieren Symptome wie Adipositas und sexuelle Dystrophie erzeugt, die in klinischen Beobachtungen bekannt waren. Bald ergab sich, daß unter gleichen Versuchsbedingungen jugendliche Tiere im Wachstum zurückblieben und keine geschlechtliche Entwicklung durchmachten. Diese Experimente bewiesen, daß die Hypophyse eine Substanz oder mehrere Stoffe absondert, die nicht nur das Wachstum beeinflussen, sondern auch für die Tätigkeit der Geschlechtsorgane von größter Bedeutung sind. Ungewiß blieb es lange, welchem Hypophysenteil diese Wirkung zuzuschreiben ist. Eine physiologische wirksame Substanz wurde zunächst nur aus dem Hinterlappen isoliert; doch gründen sich diese physiologischen Untersuchungen auf relativ kurzfristige Versuche. Doch konnte überzeugend in letzter Zeit nachgewiesen werden, daß sich das wachstumfördernde Prinzip in der Adenohypophyse allein vorfindet. Bekanntlich treten bei den verschiedenartigsten Hypophysenerkrankungen Menstruationsstörungen auf. Evans konnte zeigen, daß der östrische Zyklus bei erwachsenen Ratten durch Injektion frischer Vorderlappenextrakte unterbrochen wurde und daß es bei jugendlichen Tieren gar nicht zum Eintritt des Zyklus kam. Durch intraperitoneale Injektionen von Vorderlappenextrakt, die über lange Zeit hinaus verabfolgt wurden, wurde das Wachstum jugendlicher Tiere außerordentlich beschleunigt, so daß ein Gigantismus entstand. Mit dem Aussetzen der Ertraktzufuhr bildeten sich die Skelettveränderungen nicht mehr zurück. Die Schwierigkeit solcher Versuche liegt in der Tatsache begründet, daß die wirksame im Vorderlappen enthaltene Substanz noch nicht chemisch rein dargestellt ist und daß die gewöhnlich verwendeten frischen Rinderhypophysen außerordentlich in ihrer Wirksamkeit schwanken. Sicherlich ist es bei diesen Versuchen nicht gelungen, Akromegalie nachzuahmen, sondern nur Riesenwuchs zu erzeugen. Doch beweisen sie, daß beide krankhaften Zustände miteinander verwandt sind, auf Hypophysenstörung zu beziehen sind und auf eine vermehrte Sekretion des Vorderlappens zurückgeführt werden müssen. Der Gigantismus ist die Folge eines vor Verknöcherung der Epiphysenfugen einsetzenden Prozesses, die Akromegalie ist der Ausdruck einer nach Abschluß des Epiphysenwachstums aufgetretenen Störung. Auch für das Verständnis der entgegengerichteten hypophysären Erkrankung, der Insuffizienz, haben sich die an Ratten ausgeführten Versuche als wertvoll erwiesen. Dank einer neu ausgearbeiteten Operationsmethode sind einwandfreie Resultate erzielbar, so daß die früher an Katzen und Hunden gewonnenen Ergebnisse als überholt gelten müssen, zumal bei dem schnelleren Ablauf der Entwicklungsvorgänge und der relativ geringen individuellen Verschiedenheiten bei diesen Tieren die Gewähr für ausreichende Kontrollversuche gegeben ist. Diese Rattenversuche erweisen die Möglichkeit, durch Substitutionstherapie planmäßig die Folgen der verminderten Hypophysentätigkeit auszugleichen. (Wachstumsförderung und Erwecken der Sexualfunktion durch tägliche homoplastische Transplantate bei dem durch Hypophysenentfernung in der körperlichen Entwicklung gehemmten Tier.)

Die Störung der Hypophysentätigkeit bedingt an anderen innersekretorischen Organen — abgesehen von den Sexualorganen — anatomische Veränderungen (Hyperplasie der Schild- und Nebenschilddrüse sowie der Nebennierenrinde beim Gigantismus und der Akromegalie, Atrophie der übrigen Drüsen bei hypophysärer Insuffizienz). Auch diese morphologischen Veränderungen im inkretorischen System lassen sich tierexperimentell hervorrufen. Aus Zweckmäßigkeitsgründen empfiehlt es sich, — genau so wie es sich in der Klinik der Schilddrüsenaffektionen eingebürgert hat — die symptomatologische Bezeichnung der hypophysären Krankheiten (Akromegalie, Dystrophia adiposo-genitalis) aufzugeben, vielmehr der Benennung den jeweiligen Grad von Funktionsstörung zu Grunde zu legen und so von Hyper-, Hypo-, Dys- und Apituitarismus zu sprechen. Das Problem des Apituitarismus ist für den Chirurgen von großer Bedeutung. Wenn es möglich ist, die gesamte Hypophyse ohne wesentliche schlimme Folgen zu entfernen, gewinnt das Problem der Adenombehandlung, der häufigsten Hypophysengeschwulst bedeutend an Einfachheit. Wenn jedoch ein Zustand wie die hypophysäre Kachexie auf die Drüsenexstirpation hin sich einstellen kann, muß die Ausführung der totalen oder subtotalen Hypophysektomie solange verschoben werden, bis eine geeignete Substitutionstherapie gefunden ist. Die bisher zu dieser Frage vorliegenden experimentellen Untersuchungen bieten widerspruchsvolle Ergebnisse und können zur Entscheidung nicht herangezogen werden. Einen gewissen Aufschluß ergeben klinisch-pathologische Beobachtungen, nach denen die Zerstörung der Drüse durch einen beliebigen Krankheitsprozeß besonders bei Erwachsenen die akute tödliche Kachexie bedingen kann.

Ein wechselvolles Bild bietet der Hypopituitarismus, dessen Symptome davon abhängen, ob die Krankheit vor oder nach der Pubertät eingesetzt hat, ob ein Tumor gleichzeitig vorhanden ist und ob gleichzeitig Störungen vorhanden sind, die auf eine Mitteilung von Zwischenhirnzentren hinweisen. Symptomatologisch am einfachsten verläuft die chronische hypophysäre Kachexie, die Simmondsche Krankheit, die als Folge ischämischer Nekrosen des Vorderlappens durch eitrige (Puerperalfieber) oder nichteitrige Emboli zustande kommt. Die Erscheinungen sind je nach dem Zeitpunkt des Krankheitsbeginns ganz verschieden. Bei Erwachsenen zeigt sich vorzeitiges Altern (somatisch und psychisch). Bei der Autopsie finden sich außer den Hypophysenveränderungen atrophische Prozesse in den übrigen Organen (Splanchnomikrie), das Gegenteil der den Hyperpituitarismus charakterisierenden Veränderungen (Hypertrophie vieler inkretorische Drüsen, Splanchnomegalie). Noch auffälligere Symptome ergeben sich, wenn die Ausschaltung des Vorderlappens vor Abschluß des Wachstums erfolgt, und der kindliche Organismus dieses Ereignis überwindet. In solchen Fällen kommt es zum Wachstumsstillstand, zum hypophysären, nicht durch Tumor bedingten Zwergwuchs. Die Symptome sind in ihrer Stärke im Einzelfall verschieden. So kann sich der Zwergwuchs mit vorzeitigem Altern kombinieren (Atrophie der Haut und des subkutanen Gewebes) und so das Krankheitsbild der Progeria (Gilford Hutchinson) entstehen. Diese Formen hypophysären Zwergwuchses stellen das klinische Gegenstück dar zu den durch Entfernung des epithelialen Hypophysenteiles zu Zwergen umgestalteten Tieren.

Klinisch bedeutungsvoller sind durch Geschwülste hervorgerufene Erscheinungen von Hypopituitarismus. Die durch diese Tumoren hervorgerufenen Syndrome sind viel weniger einheitlich als die Simmondssche Krankheit, weil die verschiedensten Teile der Hypophyse und der anliegenden hypothalamischen Zentren in jeweils wechselndem Grade in Mitleidenschaft gezogen werden können. So brauchen bei den erst in mittlerem Lebensalter örtliche Symptome verursachenden Hypophysengangszysten keinerlei auf Unterfunktion hinweisende Störungen vorhanden zu sein. Andererseits können schon von früher Jugend ab Zeichen einer mangelhaften Hypophysentätigkeit bestehen. So können trotz ungeschädigter Psyche extreme Grade von Fettsucht oder Magerkeit, von Poly- oder Oligurie, von Zwergwuchs, sexuellem Infantilismus, von vorzeitigem Altern vorhanden sein. Bei dauernder Schädigung des Vorderlappens kann die operative Entfernung der Geschwulst die Wachstumshemmung nicht aufheben, eine Beobachtung, die eine Notwendigkeit einer wirksamen Substitutionstherapie zur wirksamen Behandlung der sekundären Ausfallserscheinungen zwingend erweist.

Am häufigsten von allen Hypophysenerkrankungen sind die fast nur bei Erwachsenen beobachteten mit chromophoben Adenomen vergesellschafteten Fälle von Hypopituitarismus. (183 eigene Fälle, dreimal soviel wie chromophile Adenome bei Akromegalie.) Obwohl diese Störung sehr häufig ist — wahrscheinlich so verbreitet wie die Basedowsche Krankheit — ist die Diagnose bei Fehlen lokaler durch den Tumor hervorgerufener Erscheinungen kaum zu stellen. Zumeist haben diese Kranken — von seltenen Ausnahmen abgesehen — eine volle Körpergröße, und die allgemeinen Merkmale der verminderten Drüsentätigkeit beschränken sich auf Hautveränderungen, Neigung zum Fettansatz, Haarausfall, Störungen [...] sexuellen Sphäre u. a. m. Leichtere Grade dieser Erkrank[...] werden so irrtümlich häufig als Myxödem aufgefaßt. Obwohl di[...] Geschwülste umfangreich werden können und gelegentlich weit [...] das Schädelinnere eindringen, sind Symptome durch Schädigung [...] Zwischenhirnzentren selten. Als Schulfälle sind Erwachsene [...] betrachten, die wegen Sehstörungen (primäre Optikusatrop[...] bitemporale Hemianopsie) den Arzt aufsuchen, bei denen sich ne[...] einer ballonförmig ausgedehnten Sella turcica die konstitutione[...] Merkmale des Hypopituitarismus vorfinden. Die nur zur Beseitig[...] der Sehstörung vorgenommene transsphenoidale Operation läßt [...] Symptome der Hypophysenschädigung gewöhnlich unverändert, [...] zumeist lediglich adenomatöses Gewebe entfernt wird. Gelegent[...] können die Ausfallserscheinungen durch den Eingriff noch gesteig[...] werden, wenn physiologisch noch wirksame Drüsenbestandteile [...] entfernt werden. Nur selten nehmen noch vorhandene unverseh[...] vorher durch Kompression geschädigte Gewebspartien ihre Tä[...] keit wieder auf und die Allgemeinsymptome erfahren eine gewi[...] Besserung.

Der Ausdruck „Dyspituitarismus" ist der Krankheitsgruppe v[...] zubehalten, in der bereits bestehende Symptome des Hyperpi[...] tarismus von Erscheinungen mangelhafter Drüsentätigkeit abge[...] werden. Es finden sich ziemlich selten histologisch als Ueb[...] gangszellen adenome anzusprechende Geschwülste, bei de[...] Trägern sich zu einem Gigantismus oder zu akromegalen Sy[...] tomen Zeichen des Hypopituitarismus hinzugesellt haben. T[...] experimentell ließe sich ein solches Krankheitsbild durch Hypop[...] sektomie bei einer durch Zufuhr von Vorderlappenextrakt zum [...] ganten umgestalteten Ratte nachahmen.

Steigerung des Wachstums ist das wesentliche klinische Ke[...] zeichen vermehrter Hypophysentätigkeit. Für die Annahme, [...] nicht eine Dysfunktion, sondern eine abnorm gesteigerte an [...] physiologische Sekretion dieses übermäßige Körperwachstum [...] dingt, — für diese Annahme spricht das Ergebnis gewisser T[...] experimente (Herstellung des normalen Wachstums durch Vord[...] lappentransplantation bei den durch Hypophysektomie zu Zwer[...] gemachten Ratten). Klinisch zweckmäßig erscheint es, die F[...] von Hyperpituitarismus nach dem Zeitpunkt des Krankheitsbegin[...] zu gruppieren; in solche, bei denen die Störung vor Abschluß [...] Wachstums eingesetzt hat und Fälle, die erst als Erwachsene [...] kranken. Bei der ersten Gruppe entsteht Gigantismus, bei [...] zweiten das typische Bild der Akromegalie. Wenn es auch n[...] nicht gelungen ist, Akromegalie experimentell zu erzeugen, [...] sprechen doch genügend Momente dafür, daß diese äußerlich [...] verschiedenen Krankheitsbilder auf dieselbe Abweichung in [...] Drüsenfunktion zurückgehen. (Viscerale Splanchnomegalie, Hyp[...] blasie und Adenombildung in der Schilddrüse, den Nebensch[...] drüsen und der Nebennierenrinde auch beim Gigantismus, chro[...] phile Hypophysenadenome bei beiden Zuständen). Da die Neig[...] zur Adenombildung in der Jugend sehr gering ist, ist Riesenwu[...] mit oder ohne akromegale Begleitsymptome genau so selten [...] Hypopituitarismus in frühem Lebensalter als Folge chromophe[...] Adenome. Der an sich häufige hypophysäre Zwergwuchs ist [...] wöhnlich auf dem Boden andersartiger pathologischer Vorgänge [...] standen. Der Riesenwuchs kann durch die operative Entfern[...] des Adenoms nicht mehr rückgängig gemacht werden. Die klinis[...] Diagnose der Akromegalie ist einfach. Häufig beherrschen uns[...] liche Kopfschmerzen das Krankheitsbild. Da auch der Türkensa[...] an der allgemeinen Wachstumssteigerung Teil hat, geben seine [...] stärkten Wände dem Druck des Adenoms nicht so rasch nach, [...] bei den chromophoben Adenomen, wo Kopfschmerzen infolge [...] leichteren Nachgebens der Sella zu den Seltenheiten gehören. [...] häufiger als bei den chromophoben Geschwülsten kommt es bei [...] chromophilen Adenomen zum Durchbrechen der Kapsel und [...] Einwuchern in das Gehirn, ohne daß klinische Hinweise für [...] große Ausdehnung der Geschwulst vorhanden zu sein brauc[...] Schwere Fälle von Akromegalie erliegen nicht selten einer ak[...] mit Cor bovinum vergesellschafteten Herzinsuffizienz. Gewö[...] lich sind die klinischen Kennzeichen der Akromegalie unverkenn[...] ausgeprägt, bevor röntgenologisch eine Vergrößerung der Sella [...] erkennen ist. Bei dem durch chromophobe Adenome bedin[...] Hypopituitarismus hingegen sind die Allgemeinstörungen zunächs[...] geringfügig, daß die Erkrankung erst erkannt wird, wenn der Tu[...] so groß geworden ist, daß er die charakteristischen Lokalsympt[...] hervorruft. Während also beim Hypopituitarismus des Erwachse[...] der Tumor das Bild beherrscht, lenkt die Akromegalie die [...] merksamkeit auf sich, bevor das geschwulstmäßige Wachstum [...] Herdsymptomen führt. Somit ergibt sich die Fragestellung, ob [...] möglich ist, operativ ein chromophiles Adenom im Beginn se[...] Wachstums anzugeben, in der Hoffnung, die so verhängnisvolle [...] wirkung auf den Körper verhindern zu können? Bisher war [...] Indikationsstellung der Operation für die Akromegalie genau [...] gleiche wie für den Hypopituitarismus. Sobald ein Hypophy[...] tumor — gleichgültig wie er histologisch beschaffen war — [...]

enug wurde, um durch Chiasmakompression das Sehvermögen zu eeinträchtigen, wurde versucht, soviel Tumorgewebe zu entfernen, aß eine mechanische Entlastung eintrat. Hinsichtlich der unmittelaren örtlichen Druckerscheinungen wurden so zumeist beachtens-erte Erfolge erzielt. Heute liegen eine genügende Anzahl von Bebachtungen vor, die erweisen, daß auch die sekundären konstituonellen Merkmale des Hyperpituitarismus durch den chirurgischen ingriff beträchtlich gebessert werden können, daß gelegentlich die nst fortschreitende Erkrankung völlig zum Stehen gebracht wird, aß sogar die Weichteilveränderungen sich weitgehend zurückbilden. Da die Operationsmortalität bei Adenomen jeglicher Art id Größe im Durchschnitt etwas unter 4% liegt, ist die Berechgung gegeben, Frühfälle von Akromegalie mit noch kleiner Sella perativ anzugreifen. Bisher führte Verf. an 264 Fällen von Ademon es Vorderlappen 291 Operationen aus. (253 transsphenoidal mit 7% Mortalität und 38 transfrontal mit 5% Mortalität; Sterblichkeit der letzten 50 Fälle 3,8%). Zur Beurteilung des Operationserfolges genügt es nicht in Frühfällen, eine subjektive Besserung der ein Verschwinden des Akromegalismus festzustellen. Gewisse nhaltspunkte ergeben folgende Kriterien. Sobald die täglichen Inktionen von Vorderlappenextrakt bei der Ratte mit Gigantismus ngestellt werden, setzt eine überraschend große Gewichsabnahme n, die zum größten Teil durch Vorgänge in den Geweben und nicht dem ziemlich unverändert bleibenden Skelettsystem zustande mmen muß. In der gleichen Weise sinkt das Körpergewicht schon ich teilweiser Entfernung azidophiler Adenome, wobei häufiger das kromegalische Aeußere sich zurück bildet und eine meßbare Verinderung des Umfanges der Extremitäten nachweisbar wird. cheren Anhalt zur Beurteilung des Operationserfolges — freilich cht in allen Fällen — gewährt die Grundumsatzbestimmung. Der niedrigung des Gasstoffwechsel beim Hypopituitarismus steht die msatzsteigerung bei der Akromegalie gegenüber. Inwiefern diese eränderungen auf die Hypophyse oder sekundäre Prozesse in der hilddrüse (Atrophie beim Hypopituitarismus, Hypertrophie bei kromegalie) zu beziehen sind, bleibe dahingestellt. Bei erfolgicher Operation ist häufiger an der Senkung des Grundumsatzes erkennen, in welchem Grade es gelungen ist, die übermäßige itigkeit der Drüse einzuschränken. In ähnlicher Weise ist die t bei Akromegalen nachweisbare Störung des Kohlehydratstoffechsels zu verwerten, die in ihrer Genese nicht völlig geklärt ist irektes Hypophysensymptom oder durch Pankreasmitbeteiligung tstanden?) Kranke mit Akromegalie zeigen selbst bei Fehlen von yperglykämie oder Glykosurie eine Verminderung der Kohledrattoleranz bei Belastungsproben (Vermehrung bei der Hypoysenunterfunktion). Durch teilweise Hypophysektomie kann ese relative Intoleranz verringert werden, eine Glykosurie kann hwinden und selbst bei bestehendem Diabetes die Insulinempfindhkeit des Kranken erheblich gesteigert werden. Selbstverständlh ergeben die zur Beurteilung zur Verfügung stehenden Hilfsittel nur relativ ungenaue Schätzungen, in welchem Grad die Opetion das Sekretionsvermögen der Hypophyse beschränkt. Ueberlupt ist es verfrüht, endgültig ein Urteil über die Erfolgsmöglichliten solcher Operationen zu fällen, die blindlings in einer tiefen, zugänglichen Tasche ausgeführt werden. Es ist unmöglich, den halt der Sella vollständig auszuräumen. Reste von Adenomgewebe nnen zurück bleiben und späterhin wieder Erscheinungen von perpituitarismus erzeugen. Die Beurteilung des Enderfolges wird eiterhin durch die im Einzelfall so verschieden ausgeprägten mptome erschwert, die zu dem noch Spontanremissionen unterorfen sind. Wie weit man gehen kann, um eine vollständige Entnung des Adenoms zu erreichen, muß die Zeit lehren. Der transntale Zugang bringt die Gefahr der Verletzung der wichtigen ischenhirnzentren. Die transsphenoidalen Operationen haben das sigerte Risiko der Liquorinfektion (rhinogen), zudem ist die Entnung des Tumorgewebes noch mehr dem Auge entzogen. Der ntgentiefenbestrahlung kommt noch keine Bedeutung zu bei der handlung der Akromegalie, wenn auch gelegentlich Erfolge zu rzeichnen sind. Die Operation wird bei der Akromegalie erst nn in größerem Umfange angewendet werden können, wenn eine bstitutionstherapie zur Verfügung steht, die es möglich macht, ß eine operativ herbeigeführte Unterfunktion des Organs auszuichen.

Biberfeld.

The Glasgow Medical Journal.

108 (Neue Reihe 26), Nr. 1, Juli 1927.

* hemische Gesichtspunkte zur Schwangerschaftstoxikose. I. N. Cruickshank.
* ymptomatologisches und Behandlungsmethoden der Schwangerschaftsalbuminurie und Eklampsie. John Hewitt.
ungentuberkulose im Osten von Glasgow und deren Frühdiagnose. John Alex. Wilson.
* älle von Magenkrebs mit langer Lebensdauer. T. K. Monro, A. Young.

Schwangerschaftstoxikose. Man muß die Schwangerschaftstoxikosen einteilen in Fälle mit einfacher Albuminurie ohne andere Symptome, in präeklamptische Zustände, in Krankheitsformen mit ausgesprochener Nephritis und schließlich die eigentliche Eklampsie. Allen gemeinsam ist die Albuminurie. Die Arbeit berichtet über Erfahrungen an 200 kranken Frauen, denen Befunde an 42 gesunden Schwangeren gegenübergestellt werden. Die Häufigkeit und Heftigkeit der Krankheitsbilder wechseln sehr. Unter einem Material von 23 630 Fällen (der letzten 10 Jahre) befanden sich 6% Schwangerschaftsoxikosen — die eigentlichen Eklampsien mitgerechnet. Besonderes Augenmerk wurde dem N.-Stoffwechsel zugewendet. Es zeigte sich, daß wohl oft Stickstoffretention zu beobachten ist, daß diese aber in ihrem Ausmaße selbst bei ausgebrochener Eklampsie diejenige bei chronischer Nephritis längst nicht erreicht. Man darf aber trotzdem den Eiweißwert der Nahrung nicht außer acht lassen, zeigten sich doch bei Zulagen von Milch oft Rückschläge bei Patientinnen, die bereits in Besserung waren. Die Empfindlichkeit gegen Eiweißkörper oder deren Spaltungsprodukte kann aber andererseits nicht ohne weiteres als Anphylaxie aufgefaßt werden, wenn auch Versuche mit Frauenmilch intrakutan bei Schwangeren gegeben eine sehr starke Empfindlichkeit ergaben (sie mußten bei Mengen von 0,04 ccm abgebrochen werden). Jedenfalls bestehen meist geringe Grade von Stickstoffretention. Der gewisse Grad von Hydraemie und die Oedembereitschaft, die meist besteht, konnte nicht durch Chlorstoffwechselstudien geklärt werden.

Symptomatologie und Therapie. Albuminurie und Oedeme fanden sich ziemlich konstant. Ebenso bestanden sehr häufig Kopfschmerzen, oft Sehstörungen. Ueber Brechneigung klagten fast alle Patientinnen im präeklamptischen Stadium und während der Eklampsie. Nur die Fälle mit einfacher Albuminurie waren frei davon. Ikterus wurde nur in einigen Fällen gesehen. Therapeutisch war das Vorgehen so, daß die Patientinnen zunächst in wollene Wäsche gekleidet wurden, um eine gewisse Wärmestauung zu erzielen. Dann wurde mit Hilfe von Seifeneinläufen eine ordentliche Darmentleerung erstrebt und auch weiterhin durch Magnesiumsulfat der Stuhl flüssig erhalten. Einläufe bewährten sich besser als Klistiere. Außer Jalapen wurde sonst von jedem pharmakologischen Abführmittel abgesehen. Als Beruhigungsmittel soll man sich, wenn möglich, mit Natr. bromat. und Chloralhydrat behelfen. Im Notfall Morphium. Zur vorzeitigen Entbindung werden Bougies empfohlen, Kaiserschnitt war in den beobachteten Fällen niemals nötig. Unter 109 Patientinnen mit Eklampsie, die so behandelt wurden, waren nur 10 nicht zu retten.

Magenkrebs mit langer Lebensdauer. Zwei Fälle mit besonders langer Lebensdauer werden beschrieben. Bei dem einen handelte es sich um einen Mann, der fünf Jahre Magenbeschwerden hatte. Nach kaum einem Jahr wurde zur Klärung eine Laparatomie vorgenommen, und es fand sich (bei chemischen Werten von freier HCl. 75 und einer Gesamtazidität von 90) ein Magenkarzinom mit ausgedehnten Netzmetastasen. Die Röntgendurchleuchtung hatte einen Fünfstundenrest ergeben. Der Patient lebte noch fast vier Jahre nach der Operation.

Erich Wolffenstein, Berlin.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 49, 18. Juni 1927.

* Pathogenese der Spätkontrakturen der Hemiplegiker. L. Bard.
* Kohlehydratstoffwechsel bei renalem Diabetes. P. Govaerts.
Ayerzasche Krankheit, die schwarze Kardiopathie. M. Nathan.

Pathogenese der Spätkontrakturen der Hemiplegiker. Die Spätkontrakturen der Hemiplegiker beruhen auf dem Mangel an negativer Kinetik zur Entspannung der Muskeln und nicht auf der gesteigerten positiven Kinetik der Kontraktion, die zur Hypertonie führt. Diese Dissoziation der Kinetik ist medullären Ursprungs und beruht auf einer elektiven Differenz der Leitungsfähigkeit der degenerierten Pyramidenbahnfasern.

Kohlehydratstoffwechsel bei renalem Diabetes. Bei Beobachtung eines Falles von renalem Diabetes kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen: 1. Die Niere ist durchlässig für Glukose in dem Maße, daß sie restlos ausgeschieden wird. Die Glykosurie bleibt sehr reichlich trotz extremer Hypoglykämie. 2. Die Glykosurie ist alimentär prompt zu beeinflussen. 3. Es besteht deutliche Azetonurie, wenn die Kohlehydratmenge nicht mehr als 150 g beträgt; sie wird nüchtern geringer und verschwindet bei einem Regime, das reich an kotbildenden Stoffen ist. 4. Ein renaler Sitz der Glukose ist durch Insulin nicht zu bestimmen. 5. Der Mangel an urinärer Glukose ist durch Pituitrin nicht zu beeinflussen. 6. Adrenalin bewirkt eine deutliche hyperglykämische Reaktion.

Haber.

Le Progres Medical.

Nr. 23 vom 4. 6. 27.

Der Physiologe Vulpian. E. Gley.
Die Medizin von Pinel bis Vulpian. Ch. Achard.
Röntgenbehandlung der Osteosarkome. Piot.
Diathermie und Menstruation. Yvan de Buden.

Nr. 24 vom 11. 6. 27.

* Die Hypertension ein glomeruläres extrarenales Phänomen. Pr. Merklen.

Hypertension. Hypertension kann ausgehen von einer Nierenstörung, sei es von einer alten oder von einer latenten, funktionellen. Heute besteht diese Ansicht zweifellos zu Recht, jedoch mit der Begrenzung, daß diese Nierenstörung nicht immer nachgewiesen werden kann und daß solche Fälle infolgedessen verkannt werden. Es sei nur an die Hyalinisation der Nierenarteriolen erinnert. Die Frage dreht sich im wesentlichen darum, ob eine anscheinend gesunde Niere auch richtig funktionieren muß. Es hat den Anschein, als ob dies nicht immer zutrifft und man hat dann den Begriff der funktionellen Nephritis. Hier wird die Niere ähnlich wie das Pankreas beim Diabetes u. U. unter dem Mikroskop als normal befunden. Das negative Ergebnis der funktionellen Nierenproben beweist nicht eine intakte Niere, sondern nur, daß die noch vorhandene Nierensubstanz den an sie gestellten physiologischen Forderungen genügt.

Oder die Hypertension ist zunächst solitär und geht später in eine solche über mit renalen Veränderungen. Man hat für die solitären Formen die Nebennieren, die chromaffinen Organe längs des Sympathikus, endokrine und neurotonische Faktoren verantwortlich gemacht und ist dazu gekommen, zwischen Hypertonie und Hypertension zu unterscheiden. Aber die Hypertension der Kardiofunktionellen und der Basedowiker unterscheidet sich sehr von der permanenten durch die geringere Höhe, die manchmal regressive Tendenz und das Fehlen von Komplikationen. Auch bei der Hypertension der Menopause ist die Frage aufzuwerfen, wie weit reicht die genitale Hypertension in das Gebiet der permanenten. Die Menopause fällt oft in ein Alter, wo gerne die permanente einsetzt. Endokrine sympathische Störungen, Vagotonie, Hypertension, periphere nervöse Störungen sowie zentrale sind ferner als Ursache der essentiellen Form angesehen worden. Auch die Syphilis ist dafür verantwortlich gemacht worden. Aber nicht in allen Fällen. Man kann sagen, je früher die Hypertension auftritt, um so mehr Chancen liegen vor, daß es sich um Syphilis handelt. Man muß übrigens hier zwischen syphilitischer Hypertension mit und ohne Aortitis unterscheiden und sich angesichts der vielen latenten Aortitiden fragen, ob nicht die Aortitis ein prädominierender Faktor in der Entstehung der Hypertension ist. Auch bei der fibrösen Tuberkulose kommt Hypertension vor. Ebenso bei Bleivergiftung. Dann bei Diabetes, Gicht, Arteriosklerose und endlich soll sie hereditär sein. Es gibt also unzweifelhaft eine Hypertension, in deren Verlauf mehr oder weniger lang keine Nierenerscheinungen auftreten und deren Ursache wo anders liegt als in den Nieren; mit der Zeit aber entstehen dabei sekundäre Nierenerscheinungen. Die Meinungen über den Beginn der Hypertension bleiben offen. Mit dem Fortschreiten der Hypertension strebt sie aber eine einheitlichere Form anzunehmen und führt immer zu einer Herzinsuffizienz. Und dann ist es eigentlich überflüssig zu untersuchen, ob die Nieren das Bild eröffnet oder kompliziert haben.

Normaler Druck herrscht beim Gleichgewicht von drei Mechanismen, dem regulierenden Apparat, der sehr kompliziert der Teil des Nervensystems ist, der auf die Adrenalinsekretion reagiert. Dieser äußerst komplizierte Apparat unterhält den Druck in dem kardiovaskulären Hohlsystem, unter dem die Nieren ausscheiden können. Wenn einer dieser 3 Mechanismen gestört ist, tritt Hypertension auf. Ist der Regulierungsapparat primär gestört, was von den zentralen Teilen und den Nebennieren ausgeht, so hat man den solitären Druck; hier kommt ein Moment, wo die Nieren sich dem nicht mehr anpassen können. Beim kardiovaskulären Apparat ist die Aortitis die häufigste Störung infolge der Hypertension, außer anderen Veränderungen am Gefäßbaum. Oder die Funktion der Nieren hat aus anderen Gründen nachgelassen und das regulierende System muß seinen Druck erhöhen: die alte renale Hypertension. Die Veränderungen beim renalen Hochdruck sind in den Enggefäßen (Hyalinisierung, Obstruktion in den glomerulären Gebieten). Diese machen von den 7300 qm des gesamten Kapillarsystems ½ qm aus. Also: die Verteidiger der nicht renalen Hypertension haben recht, weil sich die Hypertension nicht in ein glanduläres Defizit einreihen läßt, weil es sich nicht um renale Permeabilitäts- oder Sekretionsstörungen handelt; sie haben Unrecht, weil die Hypertension an einen abnormen Zustand der terminalen Arteriolen und Glomeruli gebunden ist. Die Verteidiger des renalen Ursprungs haben Recht, weil die Hypertension vielfach Resultat von Veränderungen in der Masse der Nieren ist; sie haben Unrecht, weil sich diese Veränderungen nicht im Nierenparenchim finden, wohl aber an Adnexorganen, die in Wirklichkeit zum kardiovalkulären System gehören, wenn sie auch in den Nieren liegen. Man könnte also die Hypertension einen extrarenalen Akt nennen, der seinen Sitz in der Niere hat.

Man kann also zum Schluß zugeben, daß die permanente Hypertension meist bedingt ist durch Veränderungen im Gebiete der Glomeruli oder der Aorta und beide sind extrarenal aufzufassen.

Nr. 25 vom 18. 6. 27.

Die karotinoiden Pigmente im Organismus. Jean Verne.

v. Schnizer.

Journal des Praticiens.

Nr. 26, 26. Juli 1927.

* Ratschläge für Praktiker zur Behandlung äußerer Tuberkulose. M. F. Calot.

Ratschläge für Praktiker zur Behandlung äußerer Tuberkulose. Drei Risiken gibt es bei der äußeren Tuberkulose: 1. Amyloid Degeneration von Leber und Niere ist in $^9/_{10}$ der Fälle die Todesursache. Diese Degeneration kommt zustande durch Eröffnung tuberkulöser Herde; niemals soll man also Tuberkulöse operieren, niemals Konjestionsabszesse eröffnen, sondern sie nur punktieren und mit Injektionsflüssigkeit füllen.

2. Ausbreitung der Tuberkulose auf Lunge, Niere, Blase. Diese Gefahr begegnet man durch Freiluftbehandlung und durch Vermeidung jedes gewaltsamen Eingriffs.

3. Eine Meningitis; sie zu vermeiden, muß man die Widerstandskraft des Patienten erhöhen, für seelische Ruhigstellung sorgen, jeden blutigen Eingriff, jedes forzierte Redressement unterlassen.

Der Arzt, der diese Klippen kennt und sie zu umgehen versteht, darf seinen Patienten mit äußerer Tuberkulose ruhig die Heilung versprechen.

Nr. 27, 2. Juli 1927.

Krätze, Syphilis und Favus. E. Jeanselme.
Morbus Basedow. Hartmann.
2 Fälle von Darmpest. (Methode zur Frühdiagnose). Marcel Rion.

Nr. 29, 16. Juli 1927.

* Indikationen für die Pneumothoraxtherapie bei der Lungentuberkulose des Erwachsenen. J. Rieux.
Neuritis optica und Retinitis haemorrhagica dentären Ursprungs. A. Terson.
Zehengangrän bei einem intermittierenden Diabetiker. Hartmann.

Indikationen zur Pneumothoraxtherapie bei der Lungentuberkulose des Erwachsenen. Der therapeutische Pneumothorax oder die Kollapstherapie ist in der ganzen Welt das wirksamste Mittel geworden, das wir zur Bekämpfung der fortschreitenden, ernsten, einseitigen Lungentuberkulose besitzen. Aber es ist nur eine symptomatische Behandlung und nur als Ergänzung des zur Genüge bekannten hygienischdiätischen Heilplans gedacht.

In der Praxis der Lungentherapie kann man zwei allgemeine Indikationen für die Kollapstherapie unterscheiden: 1. eine absolute Indikation bei akuten Formen von Lungentuberkulose, wie schwere Hämopthysen, käsige Pneumonien, ulzerokaseöse Tuberkulose mit rapider Ausbreitung, extensive hilo-pulmonäre Tuberkulose, Spontanpneumothorax. 2. Eine relative oder Opportunitätsindikation für subakute oder chronische Formen von Tuberkulose, wobei man den Kranken bei Innehaltung hygienisch-diätetischer Maßregeln einer Beobachtungszeit unterwirft. — Kontraindiziert ist diese Methode bei den fibrösen Formen der Tuberkulose, bei anderen schweren Lokalisationen von Tuberkulose, besonders solchen im Leib. Auch für die Behandlung der serofibrinösen Pleuritis bedeutet sie keinen Vorteil, außer wenn die darunter gelegene Lunge käsig tuberkulös verändert ist. — Was den bilateralen, sukzessiven oder simultanen Pneumothorax anlangt, so ist seine Durchführung so delikat, daß er schwerlich je die Bedeutung und die Erfolgssicherheit erlangen wird wie der einseitige Pneumothorax.

Held.

Le Scalpel.

Nr. 19., 7. Mai 1927.

Toxikomanien und Desintoxikation. Paul Sollier.

Nr. 20., 14. Mai 1927.

* Endokrine Störungen und Heredosyphilis. Jean Goffin.

Endokrine Störungen und Heredosyphilis. Das Charakteristische er luetischen Infektion besteht in der Multiplität der Störungen, e ebenso sehr allgemeiner wie endokriner Natur sind. Ein Kranker it Störungen der endokrinen Drüsen, zu der sich noch eine oder ehrere Dystrophien gesellen, muß immer den Verdacht erwecken, n Heredossyphilitiker zu sein. Ob diese Dystrophien endokrin ler luetisch bedingt sind, ist je nach Lage des Falles zu beurteilen, t aber praktisch von untergeordneter Bedeutung. Man wird bei dem Heredosyphilitiker, der an fortschreitenden Störungen leidet, ich bei negativer WaR. eine antisyphilitische Behandlung einleiten, ne Rücksicht auf die vermutliche Ursache. Ein Kranker mit negavem Wassermann und fixierten Dystrophien wie Syndaktylie, hthyosis usw. wird therapeutisch wenig zu beeinflussen sein.

Held.

Bruxelles Médical.

Nr. 37, 10. Juli 1927.

:chter bilateraler Hermaphroditismus und Pseudohermaphroditismus der Nebenhiere. Jean Firket.
ngeborene Mißbildungen in der Mittellinie des Gesichts. E. Cadlenat.
'all von bilateraler Dermoidzyste der Ovarien. H. Keiffer.

Echter bilateraler Hermaphroditismus und Pseudohermaphroditismus der Nebennieren. 1. Fall von Hermaphroditismus mit männhem Exterieur, bei dem Laparatomie und mikroskopische Unterchung das Vorhandensein rudimentärer Ovarien und Testikel zu iden Seiten des Uterus aufdeckte. 2. Tumor der Nebennierenrinde t Metastasenbildung, der einer Frau einen durchaus männlichen ıschlag verliehen hatte.

Nr. 38, 17. Juli 1927.

as filtrierende Tuberkulosevirus und die Frage der tuberkulösen Heredität. Ferdinand Arlony.
ie intrakapsuläre Extraktion des Kataraks ist die Operation der Zukunft. van Lint.
as Scaevolin, ein neues keratoplastisches Agens. J. M. Wydooghe.
ypophyse und innere Sekretion des Ovars. L. Brous und H. Simonnet.

Hypophyse und innere Sekretion des Ovars. Man kann aus der pophyse auf fettlöslichem Wege eine Substanz gewinnen, die zeitiges Erscheinen von Pubertät mit Entwicklung des Genitalparates bei der noch nicht geschlechtsreifen, normalen oder strierten weiblichen Ratten hervorruft. Diese Substanz führt auch der erwachsenen kastrierten Frau die Phänomene des Brunstclus herbei. Sie besitzt also dieselben Eigenschaften wie die fettlichen Extrakte des Follikelsaftes und der Plazenta. Wir sind nnach zu dem Schluße berechtigt, daß in dem Vorderlappen der pophyse eine azetonlösliche Substanz existiert, die eine direkte rkung auf den weiblichen Genitalapparat ausübt, unabhängig da, ob das Ovar vorhanden ist oder nicht. Diese Wirkung war her ausschließlich dem eigentlichen Ovarialhormon zuerkannt rden.

Nr. 39, 24. Juli 1927.

dokrine Pankreasinseln und Insulin. G.-S. Lagnesse.
Fälle von cleido-cranieller Dysostose. Brindeau.
chweis von Syphilis bei der stillenden Mutter und dem Neugeborenen. L. Dekeyser.
n neuer Fall von Neuroramisektomie wegen gastrischer tabischer Krisen. Jean Verbrugge.

Ein neuer Fall von Neuroramisektomie wegen gastrischer Krisen e Tabes. Verf. erinnert hier an eine von ihm vorgeschlagene ration zur Behandlung gastrischer Krisen. Er weist ihre Unädlichkeit nach, ihren Einfluß auf die Schmerzen und präzisiert a Niveau des Eingriffs. D 7, D 8 versorgen Pylorus und Duocum, D 9 und D 10 die Blase und die Leber; betreffen die Klagen e Pat. Magen und Blase, so wird man den Eingriff auf D 5, 6, , 9, 10 erstrecken müssen. Beherrschen radikuläre Krisen das d, so wird man die stärker beteiligte Seite angehen und das eau der Resektion auf die schmerzhafte Zone beschränken.

Held.

La Gynécologie.

26. Jahrgang, Mai 1927.

stav Reeb, sein Leben und sein Werk. Schickele.
: Indikationen des klassischen Kaiserschnittes. Serdukoff.

Die Indikationen des klassischen Kaiserschnittes. Seitdem man e Satz aufgestellt hat, daß das Leben des Kindes und der Mutter gleichwertig ist und niemand das Recht hat, zwischen Leben und Tod das Fötus zu wählen, haben sich die Fälle, in denen man die Sectio vornimmt, sehr vermehrt. Die Operation nach Porro ist durch das Verfahren von Portes verdrängt worden, so daß es auch in infizierten Fällen gelingt, den Uterus zu erhalten. Beide Methoden haben den Nachteil, daß die postoperative Heilung zu lange dauert. Die Methode von Fournier, das Ei in toto auszulösen, (in Deutschland unbekannt, Ref.) birgt die Gefahr der schlechten Heilung der Uterusnarbe und der Asphyxie des Fötus in sich, ohne große Vorteile zu bieten. Die Indikationen des klinischen Kaiserschnittes sind außer dem engen Becken und dem dringenden Wunsch der Mutter nach lebendem Kinde: die Eklampsie, Plazenta prävia, vorzeitige Plazentarlösung, Nabelschnurvorfall, verschleppte Querlage, Mißverhältnisse zwischen Kind und Geburtswegen u. a. m.

Auch bei Frauen mit operierten Urinfisteln, bei Gefahr der Uterusruptur infolge alter Narben, bei Entwicklungsfehlern der Genitalien ist die Sectio indiziert. Schließlich ist sie in Infektionsverdächtigen Fällen der hohen Zange mit der großen Mortalität für Mutter und Kind entschieden vorzuziehen, besonders auch im Hinblick auf die Morbidität des Wochenbettes. Verfasser berichtet über 67 Kaiserschnitte, von denen sieben wiederholt waren und teilt sein Material in vier große Gruppen: 1. enges Becken, 2. Eklampsie, 3. Plazenta prävia, 4. verschiedene andere Indikationen. Zur ersten Gruppe gehören 45 Fälle. Gestorben ist ein Fall an Peritonitis, die Mortalität der Kinder belief sich auf zwei (eins an allgemeiner Schwäche und Unterentwicklung, eins an Asphyxie). Acht Fälle befanden sich in der zweiten Gruppe. Einer ist an Lungenabzeß und eitriger Pleuritis gestorben. Von neun Kindern sind zwei gestorben (Unterentwicklung, doppelseitige Pneumonie). Zur Gruppe der Plazenta prävia sind sechs Fälle zu rechnen. In drei Fällen wurde die Sectio bei toten Kind zur Schonung für die Mutter gemacht, außerdem starben zwei Föten an Asphyxia pallida. Von den Müttern starb keine.

Bei den acht Fällen mit verschiedenen Ursachen handelt es sich einmal um Uterus unicornis, nach bereits einmal ausgeführter Sectio, einmal um enges Becken mit dekompensiertem Herzfehler, zweimal um hochgradige Schwäche der Bauchmuskulatur bei Dehnung des unteren Uterinsegmentes, zweimal um akutes Lungenoedem mit Wehenschwäche und zweimal um Wehenkrämpfe mit Bildung eines Kontraktionsringes. Mütterliche Mortalität = 0. Von 10 Kindern starben drei (doppelseitige Pneumonie, Unterentwicklung).

Von den zahlreichen angegebenen Methoden der Sektio bevorzugt Verfasser den sagittalen Fundusschnitt mit Herauswälzen des Uterus. Die Entleerung geht hier am schnellsten, die Naht ist sehr sicher, da sie den widerstandsfähigsten Teil des Uterus trifft. Die Naht erfolgt mit Catgut in zwei Lagen. Die erste sero-muskulär, ohne die Schleimhaut zu fassen. Die zweite darüber ebenfalls seromuskulär.

Verfasser hat keinerlei Hernien erlebt und konnte bei wiederholtem Kaiserschnitt die Festigkeit der Narben nachprüfen. Der Nachteil der Methode liegt in der Möglichkeit von Verwachsungen, der aber durch die Vorteile aufgehoben wird.

Kosminski, Berlin.

Gynécologie et Obstétrique.

15., Nr. 5, Mai 1927.

Die oberflächliche Spannung des Urins und ihre klinische Bewertung in der Gynäkologie. A. Mandelstamm (Leningrad).
Ueber den wahrscheinlich syphilitischen Ursprung gewisser sogenannter „albuminurischer" Plazenten. A. Fruhinsholz.
Die Umstimmung des Stoffwechsels in der Schwangerschaft. A. Peralta Romos und M. Schteingart (Buenos Aires).
* Frühzeitige chirurgische Behandlung der Eklampsie. Dr. J. Llames - Massini (Buenos-Aires).
„Durchsichtige" aseptische Verbände. H. Altkaufer (Warschau).
Gynäkologische Phantome zu Lehrzwecken. R. de Seigneux (Genf).
Behandlung des Totalprolapses bei älteren Frauen. Dr. Laurentie (Beiruth).

Frühzeitige chirurgische Behandlung der Eklampsie. Auf Grund seiner Beobachtungen an 92 Fällen von Eklampsie kommt Verf. zu dem Schluß, daß einzig und allein die Eklamptischen, die rechtzeitig behandelt werden und bei denen die Geburtsbeendigung operativ stattfindet, eine gute Prognose für Mutter und Kind geben. Verf. hat bei seinen Fällen 14mal den vaginalen bzw. abdominalen Kaiserschnitt vorgenommen, mit dem Ergebnis von 0% mütterlicher Mortalität und 0% kindlicher Mortalität.

15., Nr. 6, Juni 1927.

Gustave Schickelé (1875—1927), Nachruf. A. Couvelaire.
Die Anwendung der hohen Zange. Brindeau u. Lantwéjoul (Paris).
* Ueber einseitige Salpingitis. E. Desmarest u. Coitanovitsch (Belgrad).

Uterine Umwandlung der Tubenschleimhaut. E. Hammer u. J. A. van Dongen (Amsterdam).

* Beitrag zum Studium der vom Ei ausgehenden Abortursachen. J. Rhenter und H. Pigeaud (Lyon).

* Die Blutplättchen und ihre Beziehung zur Prognose septischer Puerpalinfektionen. S. Téoumine (Leningrad).

Ueber einseitige Salpingitis. Die einseitige Salpingitis ist nach Ansicht des Verf. viel seltener als man gewöhnlich annimmt. Am häufigsten sieht man sie unter der Form der eitrigen Salpingo-oophoritis, als Folgezustand eines infektiösen Abortes. In diesem Falle kommt differentialdiagnostisch eine Hämatozele in Frage, zur Klärung ist die Anamnese und besonders die Leukozytose zu berücksichtigen. Bei den Salpingitiden mit langsamer Entwicklung handelt es sich meistens um Doppelseitigkeit, wenn auch die Tubenaffektion der einen Seite sehr gering im Verhältnis zu der anderen Seite ist. Die tuberkulösen Salpingitiden sind immer doppelseitig.

Die Blutplättchen und ihre Beziehung zur Prognose septischer Puerperalinfektionen. Die Zahl der Blutplättchen im Verlauf von septischen Puerperalinfektionen unterliegt bestimmten regelmäßigen Schwankungen, die wahrscheinlich die Beziehungen zwischen den Abwehrkräften des Organismus und der Stärke der Infektion wiedergeben. Sie können daher als Basis für die Prognose dienen. Die Vermehrung ihrer Zahl zeigt, anscheinend das Uebergewicht der Abwehrkräfte, ihre Verminderung das Gegenteil an. Es ist daher jede Vermehrung der Zahl der Blutplättchen ein günstiges Zeichen im Verlauf der Krankheit, und jedes Herabsinken der Zahl unter die Norm (300 000 bis 400 000 pro cbmm) ein ungünstiges Zeichen. Bei sehr scweren Fällen, mit sehr schneller, tödlicher Entwicklung kommt es vor, daß diese Reaktion, der Sturz der Blutplättchenzahl unterhalb der normalen Grenze, fehlt.

Beitrag zum Studium der vom Ei ausgehenden Abortursachen. Verf. hat mehr als 100 in tot ausgestoßene Eier, die sich zwischen dem zweiten und fünften Monat der Schwangerschaft befanden, untersucht und fand dabei in 30 Fällen Krankheitszeichen der Eier, die eine weitere Entwicklung unmöglich machten und schuld an der frühzeitigen Ausstoßung waren. Es fanden sich folgende Affektionen, die als die Ursachen der Fehlgeburt anzusprechen waren: Blutungen in den Eihäuten, Endometritis Decidnae, fehlerhafte Insertion der Placenta, zu kurzes Amnion, Anomalien der Nabelschnur, schwere Mißbildungen des Foetus und endlich Blutungen in den inneren Organen des Foetus sowie in den Meningen.

Rudolf Katz, Berlin.

The journal of experimental medicine.

46., 1, 1. Juli 1927.

Die Oberflächenspannung des Serums. XV. Die Dicke der Oberflächenschicht von Kaninchenplasma. P. Lecomte du Nouy.

Ueber experimentelle Thrombose außerhalb des Körpers. I. Methode zur direkten Beobachtung der Thrombenbildung. G. Rowntree und T. Shinoya. II. Thrombenbildung im normalen Blut in Gefäßschleifen außerhalb des Körpers. T. Shinoya. III. Wirkung einzelner koagulationshemmender Mittel (Heparin und Jirudin) auf die Thrombose außerhalb des Körpers und auf den Mechanismus der Thrombenbildung. T. Shinoya.

* Nahrung und Gewebswachstum. V. Die Wirkung von Nahrungsprotein auf die zurückbleibende Niere erwachsener weißer Ratten nach einseitiger Nephrektomie. Th. S. Moise, A. J. Smith.

* Zellatmungsstudien. I. Ein Mikrospirometer für das fortlaufende Studium der Sauerstoffatmung lebender Zellen. Bl. C. Wilbur, G. A. Daland, J. Cohen. II. Eine vergleichende Untersuchung über den Sauerstoffverbrauch des Blutes normaler Individuen und Patienten mit erhöhten Leukozytenzahlen (Sepsis, chronische myeloische Leukämie. G. A. Daland und R. Isaacs.

Wirkung erworbener Immunität gegenüber einem filtrablen Virus (Virus III) auf das Wachstum und die Bösartigkeit eines transplantablen Kaninchenneoplasmas. L. Pearce und T. M. Rivers.

Wirkung eines filtrablen Virus (Virus III) auf Wachstum und Bösartigkeit eines transplantablen Kaninchenneoplasmas. L. Pearce und T. M. Rivers.

Immunologische Eigenschaften eines typischen und eines abgeschwächten Stammes von Typ II-Pneumokokken mit besonderer Berücksichtigung der Schutzantikörper. E. L. Gaspari, W. L. Fleming, I. M. Neill.

Beeinflussung der Infektion von Mäusen durch vorherige Vaccination mit Typ II-Pneumokokken. I. M. Neill und E. L. Gaspari.

Ueber einen pathogenen Stamm von Bact. coli vom Rind. I. Die pathogene Wirkung von Kulturfiltraten. T. Smith und R. B. Little. II. Mutationen und ihre immunologische Bedeutung. T. Smith und G. Bryant. III. Normale und serologische Immunität gegenüber Bact. coli. T. Smith. IV. Eine biochemische Untersuchung der Kapselsubstanz. D. E. Smith.

Die Oberflächenbeschaffenheit des Tuberkelbazillus und anderer säurefester Bakterien. S. Mudd und B. H. E. Mudd.

Ueber den Mechanismus der Serumsensibilisierung säurefester Bakterien. S. Mudd und B. H. E. Mudd.

Immunisationsexperimente mit Lecithin. P. A. Levene, K. Landsteiner, Van der Scheer.

Wirkung von Nahrungsprotein auf die Niere. Erwachsenen weißen Ratten wurde eine Niere exstirpiert und der Einfluß eiweißreicher Nahrung auf die überbleibende Niere studiert. Bei eine 18% Kasein keine sicheren Veränderungen nachzuweisen waren Glomeruli schon 90 bis 150 Tage nach der Nephrektomie vorhan den, während in der gleichen Periode bei einer Standardkost vo 80% Kasein keine sicheren Veränderungen nachzuweisen waren Jüngere Tiere adontieren sich leichter an die hohen Eiweißrationen Die Eiweißausscheidung durch den Urin war auch bei eiweißreiche Kost höher.

Zellatmungsstudien. Mit einem gegen den Warburgschen Sauer stoffatmungsapparat etwas modifizierten Spirometer werden Ver suche am Blut angestellt. Der Sauerstoffverbrauch des Blutes nor maler Individuen ist bei Sättigung des Hämoglobins mit Sauersto gleich null. Bei chronischer myelischer Leukämie und Sepsis m hohen Leukozytenzahlen ist der Sauerstoffverbrauch proportion der Anzahl reifer polymorphkerniger Neutrophilen. Unreif Zellen verbrauchen weniger Sauerstoff, ähnlich wie Geschwuls zellen. Der Sauerstoffverbrauch im Leukämieblut dauerte länge das Hämoglobin blieb auch bei Aussetzen an die Luft ungesättigt.

Dr. Fritz Müller.

Archives of Internal Medecine.

39., Heft 6, Juni.

* Störungen des Kohlehydraistoffwechsels bei Akromegalie. Leo M. Davidoff u Harvey Cushnig.

Einfluß der Menstruation auf den Kalziumgehalt des Blutplasmas. Herma Sharlitt, James A. Corscaden und William G. Lyle.

* Eiweißbelastung zur Prüfung der Harnstoffbildung in der Leber. Philip Coh und S. J. Levin.

Durchmesser der Erythrozyten beim Gesunden und beim Anämischen. Ne Messungsmethode. A. R. Mc. Cormick.

* Liquor cerebrospinalis bei der Nephritis. John D. Lyttle, Lester Rosenberg u John E. Hearn.

Toxische Wirkung des Cystin auf die Niere. A. C. Curtis, L. H. Newburgh u F. H. Thomas.

Toxische Wirkung des Cystin auf die Leber der Albino-Ratte. A. C. Curtis u L. H. Newburgh.

* Kriegsgase und Tuberkulose. A. R. Koontz.

* Periarteriitis nodosa, mit besonderer Berücksichtigung der akuten abdominell Erscheinungen (2 Fälle). Harry A. Singer.

Störungen des Kohlehydraistoffwechsels bei Akromegalie. Kran mit Akromegalie zeigen selbst bei Fehlen von Glykosurie ei niedrige Kohlehydrattoleranz, die in einer Neigung zur Hyperglykäm bei Belastungsproben zum Ausdruck kommt. Bei der entgege gesetzten Hypophysenstörung, dem Hypopituitarismus, ist gewöhnli eine erhöhte Toleranz erkennbar nebst einer ausgesprochenen Hyp glykämie. Diese Störung im Kohlehydratstoffwechsel schwankt ihrer Stärke außerordentlich und scheint besonders in den aktiv Stadien der Akromegalie an Intensität zuzunehmen. Ganz im Gege satz zu dem schweren Pankreasdiabetes werden sogar Dauerheilu gen beobachtet. Andererseits kann der Tod bei Akromegalie dur Hinzutreten des echten Säurekomas gelegentlich erfolgen. Die großen Schwankungen im Krankheitsverlauf erschweren es sehr, ei wandfreie Zahlen für die Häufigkeit des Diabetes bei der Akr megalie zu ermitteln. Doch ist bei vorsichtiger Schätzung mit mi destens 12% zu rechnen.

Zur Erklärung dieser die Akromegalie begleitenden Glykosu sind verschiedene Hypothesen aufgestellt worden. Auf den Druc den der Tumor auf das Stoffwechselzentrum im Hypothalamus au üben soll, kann die Störung nicht zurückgeführt werden, da nur ei bestimmte Art von Hypophysengeschwülsten, die chromophilen Ad nome, ganz unabhängig von ihrer Größe und Ausbreitungswe mit Glykosurie einhergeht. Die viel häufigeren und größeren chrom phoben Adenome sind äußerst selten von einer dauernden Glykosu begleitet. Viel eher ist noch der Diabetes insipidus als hypophysär durch Druck auf nervöse Zentren entstandenes Symptom anz sprechen, trotzdem er auch bei Hypophysengeschwülsten rela selten zur Beobachtung gelangt. Es ist fernerhin kaum anzunehm daß bei der Entstehung des Diabetes bei Akromegalie abnorme Re im autonomen Nervensystem von Bedeutung sind, die bei der Glyk surie nach Schädeltrauma, Hypophysektomie usw. eine Rolle spiel Einer anderen Gruppe von Theorien ist gemeinsam, daß sie Störung in den Beziehungen der innersekretorischen Drüsen zu einander die Glykosurie des Akromegalen verantwortlich machen. In welch inkretorischen Organ ist die Ursache des hypophysären Diabetes suchen? Es liegt nahe, eine vermehrte Schilddrüsentätigkeit die Glykosurie zugrunde zu legen, da sich bei der Akromegalie häu eine Schilddrüsenschwellung vorfindet, zugleich mit einer Grundu satzsteigerung, die ebenfalls als Zeichen eines Hyperthyreoidism gedeutet werden kann. Doch ist der Diabetes keine häufige Kom kation des Hyperthyreoidismus, wenn auch vorübergehend Glykosu und eine Tendenz zur Hyperglykämie häufig bestehen. Andererse geht die Funktionsverminderung der Schilddrüse, das Myxödem, ni

it einer erheblichen Steigerung der Kohlehydrattoleranz einher, die wa der ausgesprochenen Toleranzsteigerung bei dem Hypopituirismus in Parallele zu setzen wäre. Zudem entspricht der anamische Befund der vergrößerten Schilddrüse gewöhnlich dem Bild r inaktiven, kolloidalen Struma. Als eigentliche Ursache der Glysurie kommen auch die Nebennieren kaum in Frage, da nur die bennierenrinde bei der Akromegalie hypertrophisch wird und das bennierenmark unverändert bleibt, das die zuckermobilisierende bstanz, das Adrenalin, liefert. In welchem Grade sind Störungen r inneren Sekretion des Pankreas für die Entstehung des hypophyren Diabetes verantwortlich zu machen? Oder ist die Störung r Kohlehydratverwertung eine unmittelbare Folge der in der Hypoyse aufgetretenen anatomischen Veränderungen und ist für ihr standekommen kein anderes innersekretorisches Organ entheidend? Die Beantwortung dieser Frage läuft daraus hinaus, ob inisch und experimentell deutliche Unterschiede in der Art der offwechselstörung zwischen dem durch primäre Pankreaschädigung und dem durch alleinige Hypophysenerkrankung entandenen Diabetes nachzuweisen sind, ob die Aufstellung des hypoysären Diabetes als besonderes Krankheitsbild Berechtigung verent. Erschwert wird die Entscheidung dieses Problems durch die gen Wechselbeziehungen, die zwischen beiden inkretorischen Ornen nachgewiesen sind. Die experimentell durch Pankreasvereinerung herbeigeführte Hyperglykämie wird durch Entfernung von ypophysengewebe verringert. Andererseits kann die nach Hypoysektomie entstandene abnorm hohe Kohlehydrattoleranz bei edrigem Blutzuckerspiegel durch Resektion eines genügenden Teiles r Bauchspeicheldrüse erheblich verkleinert werden. In ihrer Einirkung auf den Kohlehydratstoffwechsel müßten beide Organe esen experimentellen Ergebnissen gemäß einander entgegenwirken. eber die histopathologischen Befunde am Pankreas bei dem Diabetes r Akromegalen liegen verhältnismäßig wenig ausreichende Mitlungen vor. Zumeist finden sich nur sehr geringfügige Veränderungen am Inselapparat (Sklerose), die an und für sich die Diagnose es Diabetes nicht gestatten. Doch bedeutet das Fehlen der histogischen Veränderungen im Einzelfall nicht viel, da selbst bei Eintt des Todes unter dem Bilde des Koma ein vorgeschrittener abetes nicht vorhanden gewesen sein muß. Es ist wenig wahreinlich, daß der Diabetes bei Hyperpituitarismus auf eine von der pophysenerkrankung unabhängige, gleichzeitige Störung der nktion der Pankreasinseln zu beziehen ist. Vielmehr führt die perfunktion der Hypophyse zur Glykosurie entweder durch direkte mmung der Inseltätigkeit (ohne pathologisch-anatomisches Subat) oder durch Neutralisation des im Kreislauf befindlichen Inselkretes, so eine kompensatorische Hypertrophie der Langerhanslen Zellen mit späterer Erschöpfung und Degeneration auslösend. Die klinischen Erfahrungen sprechen unbedingt dafür, daß die pophysäre Glykosurie an eine Ueberfunktion der chromophilen rderlappenzellen gebunden ist. (Auftreten der Glykosurie bei romegalie, Schwangerschaftsglykosurie, häufiger Beginn des abetes zur Zeit des beschleunigten Körperwachstums in der Purtät). Einwandfrei experimentelle Bestätigungen fehlen jedoch zur it, wenn auch ein gegenseitiger Antagonismus zwischen Insulin d Hypophysenextrakt nachgewiesen ist. Die durch Insulinübersierung herbeigeführte Hypoglykämie ist durch Injektion von Hypovsenhinterlappenextrakt zu beseitigen, ein Ergebnis, das bereits der Bekämpfung des hypoglykämischen Zustandes klinisch als rtvoll erkannt wurde. Wider alles Erwarten steigert die alleinige ektion von Hinterlappenextrakt den Blutzucker nicht um einen chen Betrag, daß die Hemmung der Insulinwirkung bei gleichtiger Zufuhr beider Substanzen verständlich wäre. Auffallend ist iterhin, daß nur der Hinterlappenextrakt dem Insulin entgegenrkt, während nach den klinischen Erfahrungen nur der Vorderpensubstanz diese Eigenschaft zukommen müßte. Vielleicht ngt die Bildung des wirksamen Stoffes im Hinterlappen von der tigkeit der Vorderlappenzellen ab, wofür gewissse histologische funde sprechen, und ist die bisherige, allgemein geteilte Annahme er streng gesonderten Funktion jedes einzelnen Hypophysenchnittes unhaltbar.

Klinisch unterscheidet sich der Hypophysendiabetes in mannigher Weise von dem gewohnten Symptomenkomplex der insulären offwechselstörung. Auffallend ist zunächst die bizarre Art und eise, in der die Glykosurie bei der Akromegalie ganz unabhängig n diätetischen Maßnahmen verschwindet und wiederkehrt. Diese wankungen sind verhältnismäßig leicht durch den wellenförmigen lauf der Akromegalie zu erklären. Denn bei einer ganzen Reihe n Kranken treten zeitweilig die toxischen Allgemeinerscheinungen stark hervor, daß ein Vergleich mit den Anfällen bei der yreotoxikose zu ziehen ist. Diese Anfälle von „Akromegalismus" eln bisweilen derart den durch Thyreotoxikose bedingten, daß sekundär entstandene Kropf als primäres Moment angesehen d und sogar operativ beseitigt wird. Als weiteres Unteridungsmerkmal vom Pankreasdiabetes ist der Umstand zu verrten, daß trotz sehr beträchtlicher Zuckerausscheidung und unbeschränkter Kohlehydratzufuhr der Kranke mit Akromegalie jahrelang keine Azidose aufzuweisen hat. Bei diesem Kranken besteht oft — auch ohne Glykosurie — eine Polyphagie, die eine Durchführung von irgendwelchen Nahrungsbeschränkungen zur Unmöglichkeit macht. Schwächegefühl und Gewichtsabnahme fehlen, so daß der Diabetes nur als unwesentliche Begleiterscheinung aufgefaßt wird. Durch Insulin wird die Glykosurie zumeist vermindert, doch bleibt in der Regel der hohe Blutzuckerspiegel unbeeinflußt. Schwere Infektionen und operative Eingriffe überstehen die hypophysären Diabetiker überraschend gut. Ein Vergleich der Todesursachen beim Pankreasdiabetes und der Glykosurie der Akromegalen beweist eindeutig, daß der Tod bei der Hypophysenerkrankung viel seltener als bei der ersten Gruppe auf eine mit dem Diabetes in unmittelbarem Zusammenhang stehende Komplikation zurückzuführen ist. Abweichend von dem unveränderten Grundumsatz bei dem insulären Diabetes zeigt die Gasstoffwechselbestimmung bei der mit Glykosurie einhergehenden Akromegalie eine wesentliche Steigerung. Im großen und ganzen ist der hypophysäre Diabetes durch Insulin zu überwachen. Jedoch ist die Wirkung dieses Hormons geringer als beim Pankreasdiabetes, vermutlich eine Folge der übermäßigen Absonderung von in entgegengesetzter Weise wirksamen hyperphysären Stoffen.

Entscheidend für die Berechtigung, den hypophysären Diabetes als selbständigen Symptomenkomplex anzusehen, sind die Einwirkungen der operativen Hypophysenverkleinerung auf die Stoffwechselstörung. Nach der teilweisen Entfernung der akromegalischen Adenome gewinnt das Insulin — bei manifestem Diabetes — einen größeren Einfluß als vorher auf die Stoffwechsellage. Die Neigung zur Hyperglykämie, die auch bei Kranken ohne Glykosurie durch intravenöse Belastung mit Traubenzucker nachzuweisen ist, wird nach der Operation geringer. Vermutlich werden radikalere Operationen als die bisher gewöhnlich ausgeführten den Hyperpituitarismus in einem solchen Grade hemmen, daß die akromegale Störung des Kohlehydratstoffwechsels völlig verschwindet.

Eiweißbelastung zur Prüfung der Harnstoffbildung in der Leber. Unter den verschiedenen, Teilfunktionen der Leber analysierenden Prüfungsmethoden spielt bisher die Prüfung einer der wichtigsten physiologischen Aufgaben dieses Organs, der Desaminierung der Aminosäuren und ihre Umwandlung in Harnstoff keine Rolle. Aus der klinischen Beobachtung und den Ergebnissen tierexperimenteller Untersuchungen ist seit langem bekannt, wie sofort bei Leberveränderungen der intermediäre Stoffwechsel der Eiweißkörper gestört wird. So findet sich bei der akuten Leberatrophie und der Phosphorvergiftung eine Vermehrung der Aminosäuren im Blut bei verminderter Harnstoffmenge, während der Urin wenig Urea enthält und einen gesteigerten Wert für den Ammoniak- und Aminosäuren-Stickstoff aufweist. Auch bei Eklampsie mit besonderer Leberschädigung zeigt sich die Verminderung der Harnstoffausscheidung im Harn. Freilich tritt bei milden oder mittelschweren Erkrankungen von Lebergewebe keine Erhöhung der Aminosäurenwerte im Blut auf, da alle Gewebe, insbesonders die Muskeln, Aminosäuren in sich aufnehmen.

Den üblichen Methoden zur Prüfung der Leberfunktion haftet der Nachteil an, daß sie in ihren Ergebnissen noch von Veränderungen in anderen Organen beeinflußt werden können, so die Lävulose- und Galaktosebelastungsproben von Pankreaserkankungen, die Bilirubin- und Urobilinbestimmungen von jedem mit erhöhter Blutzerstörung einhergehendem Krankheitsprozeß. Auch die neuerdings viel angewendeten Farbstoffe können noch von anderen Organen gespeichert und ausgeschieden werden. Die Fähigkeit jedoch, aus den Eiweißabbauprodukten Harnstoff zu bilden, kommt in nennenswertem Grade nur der Leber zu. Nach einer eiweißhaltigen Probemahlzeit (1 g Protein pro kg Körpergewicht) steigt — genau wie der Blutzuckerspiegel nach Traubenzuckerzufuhr — der Gehalt des Blutes an Harnstoff an, normalerweise innerhalb von 4 Stunden um 50 bis 70 % über den Ausgangswert. Bei Leberschädigungen ist dieser Anstieg nicht so groß (unter 50 %) und stellt sich bisweilen innerhalb 4 Stunden gar nicht ein. Ein Vergleich mit den sonst gebräuchlichen Untersuchungsmethoden zeigt, daß die Proteinprobe am frühesten eine Leberschädigung anzeigt. An Genauigkeit steht ihr die van den Berghsche Probe nur wenig nach. Am unzuverlässigsten für die Erkennung einer Schädigung der Leberfunktion erweist sich die Lävuloseprobe.

Liquor cerebrospinalis bei der Nephritis. Bei der chronischen Nephritis ist der Liquor klar. Die Zellzahl ist nicht erhöht. Hingegen findet sich eine ausgesprochene Vermehrung der Albumine und Globuline, die bei urämischen Erscheinungen besonders deutlich ist. Ein Ansteigen des Eiweißgehaltes über 0,1 g% (normal 0,02 %) ist ungünstig für die Prognose. Der Anteil des Reststickstoffes am Gesamtstickstoff ist vermehrt. Auch das Verhältnis von Liquor Rest. N. zu Blut. Rest. N. (normal 45 %) verändert sich wesentlich mit dem Eintritt der Stickstoffretention. Bei Urämie ist der Zuckergehalt des Liquors ebenfalls deutlich erhöht, während die Chloride

im allgemeinen nicht vermehrt sind, selbst bei Vorhandensein von Oedemen. Bei der akuten Nephritis ohne urämische Erscheinungen fehlen Liquorveränderungen. Der Liquor der Quecksilbernephrose zeigt ein ähnliches Verhalten wie bei der chonischen Nephritis. Die Reaktion mit kolloidalem Gold ergibt keine charakteristischen Kurven mit Nephritisliquor, zumal die Menge an Albumin und Globulin für die Ausfüllung des Goldes nicht bestimmend ist.

Für den Kliniker bringen diese Ergebnisse die wichtige Mahnung mit sich, in der Abwesenheit einer Eiweißvermehrung im Liquor nicht mehr ein einwandfreies Kriterium für das Vorhandensein eines entzündlichen Prozesses am Nervensystem zu sehen. Es liegt die Gefahr nahe, bei einem unklaren Fall mit zerebralen Symptomen auf Grund der Eiweiß- und Zuckervermehrung eine „atypische Enzephalitis“ anzunehmen, während in Wirklichkeit eine Urämie vorliegt.

Kriegsgase und Tuberkulose. Als die giftigen Gase allgemeine Verbreitung unter den Kriegführenden gefunden hatten, wurde angenommen, daß die Einwirkung dieser Stoffe auf die Lungen eine Disposition für die Tuberkulose bedingen würde. Inzwischen hat die klinische Erfahrung an vielen Tausenden von Gasvergifteten gelehrt, daß — ungeachtet der Art des Gases und der Dauer der Gaseinatmung — niemals eine Neigung erzeugt wird, an aktiver Tuberkulose zu erkranken und daß auch nicht eine latente spezifische Lungenaffektion zum Wiederaufflackern gebracht wird. Auch die seltene Entwicklung eines aktiven Prozesses im Anschluß an einen Brustschuß legt die Annahme nahe, daß die Bedeutung mechanischer Reize und des Traumas als auslösende Ursache der floriden Lungentuberkulose bei weitem überschätzt wurde. Ausgedehnte tierexperimentelle Untersuchungen mit Senfgas, Phosgen und Lewisit lehren, daß die mit Gas vorbehandelten Tiere nicht empfänglicher für Tuberkulose sind als die zu gleicher Zeit mit derselben Bazillenmenge infizierten Kontrolltiere. Bei bereits bestehender Tuberkulose konnte durch Vergasung keine Aenderung des Krankheitsablaufes hervorgerufen werden.

Periarteriitis nodosa. Fast neun Zehntel der bisher mitgeteilten Fälle wurden erst bei der Autopsie diagnostiziert, eine Tatsache, die es bedingt, daß diese an sich nicht so sehr seltene Erkrankung (60 Fälle innerhalb der drei letzten Jahre mitgeteilt) in den klinischen Lehrbüchern nur mit wenigen Zeilen abgehandelt wird und die bis in Einzelheiten gehende Schilderung den Handbüchern der pathologischen Anatomie vorbehalten bleiben. Unzweifelhaft würde ein häufigeres und früheres Erkennen dieses überraschenden Symptomenkomplexes Aufklärung über die heute noch völlig dunkle Aetiologie mit sich bringen.

Für das Verständnis wertvoll ist eine leicht schematisch gehaltene Einteilung der wesentlichen anatomischen Vorgänge. Zunächst verdienen die primären Schädigungen der arteriellen Gefäßwand Beachtung. Exsudative und degenerative Prozesse spielen sich ab im periadventitiellen Gewebe, in der Adventitia, der Media und gelegentlich in der Intima. Akute, subakute und chronische Entzündungsherde können sich ausbilden. In der Media führen die degenerativen Veränderungen bisweilen zu ausgesprochenen Nekrosen. Infolge dieser schweren Gefäßschädigung kommt es zur Entstehung von wahren und falschen Aneurysmen, von Blutergüssen, die ihrerseits zum Gewebstod und zur Thrombose den Anlaß geben können. Proliferative und reparative Vorgänge, Organisation der Thromben sind wichtige Teilerscheinungen dieser Art von anatomischen Läsionen. In einer dritten Gruppe sind die regressiven Veränderungen zusammenzufassen, die sich durch direkte Drosselung der Blutzufuhr infolge von Thrombose oder durch Druck der blutigen Ergüsse an den Organen einstellen (verschiedenste Formen der Zelldegeneration bis zur Koagulationsnekrose infolge Infarzierung). In Erweiterung des von den ersten Autoren Kußmaul und Maier geprägten Krankheitsnamens wird die Bezeichnung „Periarteriitis nodosa aneurysmatica thrombotica“ den vielgestaltigen Veränderungen eher gerecht. Denn bei den periarteriitischen Knötchen handelt es sich viel häufiger um aneurysmatische Ausbuchtungen der Gefäßwände als um sektorenförmig gebildetes Granulationsgewebe in den verschiedenen Wandabschnitten. Bisweilen sind überhaupt keine knotenförmigen Gefäßläsionen anzutreffen, sondern nur diffuse Verdickungen des ganzen Gefäßrohres. In Einzelfällen sind makroskopisch keinerlei Gefäßveränderungen sichtbar.

In ihrer Gesamtheit rücken die vielgestaltigen Symptome dieses Krankheitsbildes dem Verständnis näher, wenn man sich vergegenwärtigt, daß die mittelgroßen Arterien befallen werden und daß bei der allgemeinen Verbreitung des für die Krankheit empfänglichen Gewebes, Allgemeinerkrankungen wie Syphilis und Arteriosklerose vorgetäuscht werden. Zu den aus der Veränderung des Kreislaufs hervorgehenden Organstörungen kommen Allgemeinsymptome hinzu, die auf einen infektiösen Prozeß schließen lassen (Fieber, Pulsbeschleunigung bei Fehlen von Herzinsuffizienzerscheinungen, Leukozytose, Hautausschläge der verschiedensten Art wie Erythema nodosum, Urticaria, Purpura rheumatica). Auffallend ist die ausgesprochene sekundäre Anämie, die im Verein mit der rasch fortschreitenden abnormen Ermüdbarkeit und Hinfälligkeit das charakteristische als „chlorotischen Marasmus“ bezeichnetes Symptom bildet. Die durch die vaskulären Prozesse an den Organen verursachten Ausfalls- und Reizerscheinungen sind entsprechend dem vorwiegend befallenen Organsystem in bestimmte klinische Typen zu sondern, wenn auch im allgemeinen mehrere Organsysteme stets gleichzeitig erkrankt sind. Herzsymptome, insbesondere Angina pectoris-Anfälle fehlen trotz der fast stets vorhandenen ausgesprochenen Erkrankung der Kranzarterien so gut wie immer, eine Tatsache, die für die Auffassung der Entstehung von anginösen Zuständen von Bedeutung ist. Klinisch im Vordergrund steht häufig die Erkrankung der Nieren mit Uebergreifen der entzündlichen Vorgänge von den Gefäßen auf das interstitielle Gewebe, so daß bei Vorhandensein von Hypertonie ein chronische Nephritis angenommen wird. Nicht selten gehen die Kranken unter dem Bilde des chronischen Nierensiechtums, der Urämie zugrunde. Durch Ruptur von einem Aneurysma der Nierenarterien kann eine Massenblutung in das Nierenlager entstehen. Fast immer sind abdominelle Symptome, besonders von seiten des Verdauungstraktus vorhanden. Da das Befallensein fast jedes einzelnen Organs im Abdomen zu Schmerzen führt, ist dieses Symptom am häufigsten. Gewöhnlich befinden sich die Gefäßveränderungen in mehreren Organen (Darm, Leber, Gallenblase, Milz, Pankreas) gleichzeitig, so daß es unmöglich sein kann, den Ort der Schmerzentstehung mit Sicherheit zu erkennen. Zumeist wird der oft kolikartig auftretende Schmerz im Oberbauch lokalisiert, besonders im Epigastrium. Häufig wird das Bild einer akuten lebensbedrohlichen abdominellen Erkrankung vorgetäuscht (perforiertes Magengeschwür, Pankreatitis, eitrige Cholezystitis, Appendizitis) und ein chirurgischer Eingriff vorgenommen. Andererseits kann es durch Infarzierung des Darmes mit Geschwürsbildung zur Perforationsperitonitis kommen. Im allgemeinen entwickeln sich die abdominellen Symptome nicht hyperakut, sondern eher schleichend (Wichtigkeit der Anamnese!) und zumeist in Vergesellschaftung mit anderen mehr oder weniger zusammengehörig erscheinenden Symptomen an anderen Organen. Nicht selten treten blutige Durchfälle auf, so daß die Verwechslung mit Dysenterie naheliegt. Eine Reihe äußerst quälender und hartnäckiger Störungen entsteht durch das Ergriffensein der peripherischen Arterien. Während des Krankheitsverlaufes zeigen sich fast in jedem Fall Gelenkschmerzen, die für akute Polyarthritis gehalten werden oder Schmerzen in der Muskulatur (Verwechslung mit Dermatomyositis oder Trichinose, zumal Eosinophilie bis 50 % zugleich mit Hautausschlägen vorkommt). Die Schädigung der die Nervenstämme versorgenden Gefäße bedingt das Auftreten einer anscheinend idiopathischen multiplen progressiven Polyneuritis. In gewissem Gegensatz zu der Häufigkeit, mit der die peripherischen Nerven erkranken, steht das seltene Befallensein der Gehirngefäße (Thrombose, Aneurysmen mit Ruptur und Blutung). Für die Diagnostik äußerst wertvoll sind die bei Erkranken von Hautgefäßen nachweisbaren Knötchen (Verdickung durch Granulationsgewebe oder thrombosierte Gefäßausweitungen), die entlang der Temporal- oder Brachialarterie in Ketten fühlbar sein können. Durch Exzision eines solchen Knötchens kann die Diagnose bereits intra vitam gesichert werden.

Bisher wurde die Diagnose der Periarteriitis nodosa bei Fehlen von Hautknötchen und ohne chirurgischen Eingriff nur vereinzelt gestellt. Entsprechend dem im klinischen Bild gerade vorherrschenden Symptomenkomplex wird zumeist eine Diagnose — gewöhnlich unter Vorbehalt — gestellt, da fast immer Symptome vorhanden sind, die durch Annahme einer Krankheit allein nicht hinreichend erklärt werden können. Wesentlich für die Diagnose ist das Zusammentreffen folgender Symptomenkomplexe: chlorotischer Marasmus, polyneuritische und polymyositische Symptome, Nephritis, gastrointestinale Störungen. In jedem unklaren Fall von langsam verlaufender Sepsis mit negativem bakteriologischen Befund ist an dieses Krankheitsbild zu denken, wenn bei den bizarren und proteushaften Erscheinungen offenkundig die Diagnose einer der häufigeren Allgemeinerkrankungen nicht ausreicht. Durch sorgfältiges Suchen nach den charakteristischen Knötchen an den Hautgefäßen ist eine Bestätigung der Vermutungsdiagnose anzustreben.

Die Krankheitsdauer schwankt — nach der Dauer der Symptome beurteilt — zwischen wenigen Tagen und mehreren Monaten. Nach der Art der anatomisch festgestellten Veränderungen ist jedoch mit einer längeren Frist zu rechnen. Die Krankheit selbst verläuft chronisch fortschreitend, unterbrochen von unregelmäßig erfolgenden Exazerbations- und Remissionsperioden. Neuere Statistiken machen es wahrscheinlich, daß ein tödlicher Ausgang nicht immer erfolgt, sondern daß in etwa 10 bis 12 % der Fälle mit einer Heilung zu rechnen ist.

Biberfeld.

Therapeutische Mitteilungen.

Die praktischen Gesichtspunkte in der Behandlung des Skeletts.

Von

Professor Dr. Oscar LOEW, München.

Unter obigem Titel ist in Heft 5, Seite 238 (1927) der „Therapie · Gegenwart" ein Artikel erschienen, welcher den Widerspruch von oretischer wie praktischer Seite hervorrufen muß. — Der Autor es Artikels geht von der Anschauung aus, daß der Kalkstoffwechsel dem der Phosphorsäure eng zusammenhängt und deshalb bei wendung der Kalktherapie auch stets die Phosphorsäure-Zufuhr rücksichtigt werden müsse. Diese Folgerung kann aber bei phylogischer Beleuchtung nicht standhalten. Denn die Phosphorsäure mmt in vielen Nahrungsmitteln in organischen leicht resorbieren Verbindungsformen vor, aus welchen im Stoffwechsel die Phosphrsäure frei wird und bei Vorhandensein von genügend Kalk zum kalziumphosphat der Knochen umgebildet wird. Es sei nur erhnt: Lecithin, Phytin, Nukleinsäure aus Nukleoproteiden. Viele rungsmittel enthalten auch das leicht lösliche phosphorsaure Kali.

Es ist längst festgestellt worden, daß die Phosphorsäure aus den rungsmitteln leichter resorbierbar ist als der Kalk, was auch seit langem bekannte Beobachtung bei der Ernährung der Hause ist. Wenn durch Kochen die Milch weniger günstig für die ıglingsernährung wird, so ist das wahrscheinlich durch Ueberg der leicht resorbierbaren Formen von Kalk und von Phosphorre in der ungekochten Milch in das schwer resorbierbare Triziumphosphat zu erklären.

In jenem Artikel heißt es weiter: „Demgegenüber ist festzuhalten, jede länger dauernde Zufuhr von Kalzium ohne gleichzeitige Zur einer äquivalenten Phosphorsäuremenge vom Organismus mit r vermehrten Ausfuhr von phosphorsaurem Kalk beantwortet d." — Wenn das wahr wäre, müßte ich längst mein ganzes Skelett loren haben, da ich seit mehr als 20 Jahren Kalziumsalze zu mir me, anfangs Chlorkalzium, dann Kalziumlaktat und, seit der Einung von Kalzan, dieses Präparat. Ich habe diese prophylaktische ßnahme eingeführt, weil ich aus Beobachtungen schließen mußte, Kalzium in sehr wichtiger Bindung im Zellkern jeder Zelle vorden ist[1]) dem Zellkern aber sehr wichtige Funktionen zukommen, viele Krankheiten auf eingetretener Kalkarmut beruhen. Kalkut in der Haut kann Urtikaria, Kalkarmut in den Nerven Neuhenie bedingen, beide so verschiedene Krankheiten werden durch rationelle Kalktherapie prompt beseitigt.

Da in jenem Artikel so viel Nachdruck auf die Phosphorsäureuhr gelegt wird, so sei hier noch betont, daß in den meisten rungsmitteln weit mehr Phosphorsäure vorhanden ist, als Kalk, rend die Bildung des Knochenphosphats umgekehrt viel mehr Kalk Phosphorsäure benötigt. Die Zahlen der folgenden kleinen Tabelle den diesen Umstand illustrieren, sie sind den Tabellen von Emil lff entnommen:

	In 1000 Teilen sind enthalten:						In 10 Teilen Knochenphosphat:
	Ei ohne Schale	Fleisch	Erbse	Brot	Kuhmilch	Apfel	
alk......	1,0	0,3	1,5	0,3	1,7	0,1	6,3
hosphorsäure....	3,5	4,2	12,1	2,2	2,0	0,3	3,7

Daß das Kalzan sehr günstig auf Heilung der Rachitis wirkt ohne chzeitige Verabreichung von Phosphorsäure, ist von zahlreichen zten beobachtet worden. Diesbezügliche Zuschriften können rzeit bei mir eingesehen werden. Hier will ich nur einige wenige ühren, ohne Nennung des Autoren-Namens, da die Mitteilungen raulich waren:

Dr. N., Aschaffenburg, schrieb: „Hierdurch gestatte ich mir, nen mitzuteilen, daß ich Kalzan in mehreren Fällen von Rachitis it bestem Erfolge angewandt habe."

Dr. M. T., Frankfurt a. M.: „In meinem Mütterheim und im Mutterschutz, wo ich durchschnittlich 50 Kinder und Säuglinge in Behandlung habe, hat sich mir dieses Mittel (Kalzan) bei Rachitis, Erkältungskrankheiten und Ernährungsstörungen gut bewährt."

Dr. K., Halle a. S.: ‚Ich habe Kalzan sehr oft, fast stets mit dem besten Erfolge angewendet bei Rachitis, Skrofulose und Dentitionsbeschwerden."

Dr. B., Berlin: „Ich verordne regelmäßig Kalzan in der Praxis. Besonders gegen rachitische Verkrümmungen bewährt es sich ausgezeichnet."

Sanitätsrat Dr. E., Königsberg i. Pr.: „Gerne teile ich Ihnen mit, daß nach meinen Beobachtungen Kalzan ein zuverlässiges Präparat ist bei Rachitis und auch bei Kindern, die durch längere Darmkatarrhe geschwächt sind."

Sanitätsrat Dr. R., Helmstedt: „Die Kalzantabletten habe ich wiederholt bei an Rachitis erkrankten Kindern mit gutem Erfolg gegeben anstelle des jetzt so sehr teuren Phosphorlebertrans."

Sanitätsrat Dr. W., Würzburg: „Das Kalzan wirkt nach meinen Erfahrungen hervorragend bei zu Rachitis geneigten Kindern, hebt den Ernährungszustand, stärkt und kräftigt die Muskulatur und das Knochengerüst, leistet somit alles, was man von einem Kalkpräparat erwarten kann. Ich habe es im eigenen Hause bei meinem Enkel verwendet zu meiner vollsten Zufriedenheit." —

Aber nicht nur bei Rachitis sondern auch bei Osteomalazie, Ostitis fibrosa (M. Jacobi) und Zahnkaries (Amsler) ist die Kalktherapie sehr erfolgreich gewesen — ohne gleichzeitige Verabreichung von Phosphorsäure-Präparaten. Es ist ferner bekannt genug, daß bei verschiedenen anderen Krankheiten des Kalkmangels die Kalktherapie ohne Rücksichtnahme auf Phosphorsäure große Erfolge aufzuweisen hat, so daß sich eine spezielle Aufzählung erübrigt[2]).

Es ist selbstverständlich, daß überall da, wo die Ernährung wegen Krankheitszustand mangelhaft ist, also auch Phosphorsäure-Verbindungen nicht in genügendem Grade in der Form der Nahrung dem Körper zugeführt werden können, eine Phosphorsäure-Therapie ihre Berechtigung hat, wenn die Phosphorsäure in neutraler, leicht resorbierbarer Form zugeführt wird.

[1]) Arch. f. Hyg., Bd. 89, S. 130. — Biochem. Zeitschr. Bd. 38 und 74. — I., Bd. 105. — Ferner Winkler, Wien. Med. W. 1913, Nr. 47.

[2]) Ein ganz spezieller Fall mag hier aber erwähnt werden, da er meines Wissens nicht im Druck beschrieben wurde, nämlich die erfolgreiche Anwendung der Kalktherapie (Kalzan) bei Pemphigus, eine Hauterkrankung, gegen welche vorher noch kein Heilmittel bekannt war.

Erfahrungen über Dilaudid in der allgemeinen und Kinderpraxis.

Von

Dr. med. A. von HILGER, München.

Das im Jahre 1926 von der Firma Knoll A.-G., Ludwigshafen am Rhein, in den Handel gebrachte Dilaudid „Knoll" hat im Laufe der kurzen Zeit seiner Einführung sich immer mehr Freunde erworben und ist in die Reihe jener Arzneimittel eingerückt, die für die Allgemeinpraxis des Arztes von nicht zu unterschätzender Bedeutung geworden sind.

Die Gründe hierfür sind vor allem darin zu suchen, daß dem Dilaudid gegenüber den übrigen Morphium-Präparaten die unerwünschten Eigenschaften der Gewöhnung, der Unverträglichkeit gefolgt von Brechreiz fast vollständig fehlen, während andererseits seine Wirkung eine bedeutend stärkere und nachhaltigere ist und infolgedessen geringere Dosen zur Anwendung gelangen können.

In allen Fällen, in denen die Indikation des Morphiums gegeben ist, hat Dilaudid mit bestem Erfolg Verwendung gefunden. Seine Stärke liegt vor allem auf dem Gebiete jener langdauernden Krankheiten, die fortgesetzte Gaben erfordern, um die Schmerzen einigermaßen erträglich zu machen, insbesondere bei Karzinomen.

So war es mir im Falle eines vorgeschrittenen inoperablen Mastdam-Karzinoms — E. M. in Taufkirchen — gelungen, durch wöchentliche Gaben von durchschnittlich 18 Tabl. zu 0,0025 fast völlige Schmerzfreiheit zu erreichen. Das Medikament konnte ein ganzes Jahr hindurch gegeben werden, ohne daß in der Dosierung höher gegangen werden mußte. Es traten keinerlei Magenstörungen, keine Uebligkeit, kein Erbrechen auf, noch ließen sich sonstige unangenehme Nebenwirkungen auf die Peristaltik erkennen; Verdauung und Stuhlgang blieben in Ordnung.

Die gleichen günstigen Erfolge zeigten sich bei Cholelithiasis, Nephrolithiasis, bei Herz- und Kreislaufaffektionen, auch bei Herzbeschwerden auf nervöser Basis.

Die Angstzustände bei Asthma cardiale wurden durch perorale Gaben von 0,0025 günstig beeinflußt. Dyspnoe verschwand und die normale Atemfrequenz kehrte wieder zurück.

In einem Falle von Mitralinsuffizienz mit Aszites und Oedemen an den Beinen und Füßen wandte ich Dilaudid in Verbindung mit Kardiazol „Knoll" mit bestem Erfolge an. Die motorische Unruhe und die gesteigerte Atemtätigkeit der körperlich und in der Ernährung stark heruntergekommenen Kranken konnte durch subkutane Injektion von täglich ½ Ampulle Dilaudid 0,002, 8 Tage hindurch, beseitigt werden. Das Selbstvertrauen der Kranken nahm wieder zu, Appetit und Nahrungsaufnahme stellten sich wieder ein, so daß nach 5 Tagen mit der Darreichung von Kardiazol begonnen werden konnte, das die Kreislaufschwäche behob. Der Fall liegt nunmehr 6 Monate zurück, ohne daß sich weitere Insuffizienserscheinungen seitdem einstellten.

Dilaudid hat sich auch in mehreren Fällen von hartnäckigem Singultus, der einmal 2 Tage ununterbrochen angedauert hatte, sehr gut bewährt. Schon nach einmaliger Darreichung von 2 Tabl. zu 0,0025 trat die Entspannung des Krampfzustandes ein.

Ich möchte nicht vergessen, die günstige Wirkung des Dilaudid hinsichtlich der Schmerzlinderung bei Arthritis chronica zu erwähnen. Sie wurde erreicht durch tägliche Gaben von 1 Tabl. zu 0,0025 jeden zweiten Tag, 8 Tage hindurch, dann ½ Tabl. jeden zweiten Tag, 10 Tage hindurch. Die Schmerzfreiheit erleichterte die Anwendung spezifischer Mittel und stärkte das Vertrauen der Patientin.

Zum Schlusse möchte ich noch auf die gute Verwendbarkeit des Dilaudid in der Zahnheilkunde hinweisen. Dilaudid in Verbindung mit Skopolamin eignete sich sehr gut zur Einleitung von Rauschnarkosen, insbesondere bei Patienten die an Angstzuständen litten und bei schweren Alkoholikern.

Besonders bei letzteren zeigte es sich, daß das exzitierende Stadium viel weiter hinausgerückt wurde. So geriet ein Patient — 40 Jahre alt, Alkoholiker — bereits nach den ersten 20 Tropfen Aether in einen derartigen Aufregungszustand, daß die Extraktion nicht mehr ausgeführt werden konnte. Eine am nächsten Tage ½ Stunde vor der Narkose gegebene Spritze Dilaudid-Skopolamin erweiterte die Toleranzbreite beträchtlich, so daß das Stadium exzitans garnicht mehr in Erscheinung trat.

Auch nach der Extraktion zur Betäubung des Wundschmerzes ferner bei Wurzeleiterungen hat Dilaudid in Gaben von 1—2 Tabl. zu 0,0025 pro die sehr gute Dienste geleistet.

Die günstigen Erfolge des Dilaudids bei Erwachsenen legten den Gedanken nahe, seine Verwendung auch auf die Kinderheilkunde auszudehnen.

Ueber seine Verwendbarkeit bei Pneumonien fehlen die notwendigen Erfahrungen. Die Gefahr der Atemlähmung, die bei den Pneumonien Erwachsener beobachtet wurde, mahnte zur Vorsicht.

Hervorzuheben ist auch hier die sedative Wirkung und die gute Verträglichkeit, die sich bei der Verwendung in den nachstehenden Fällen zeigte.

Dilaudid hat sich gut bewährt bei allen krampfartigen Hustenerscheinungen; in Dosen von 0,001 täglich abends gegeben, evtl. auch morgens stillte es fast regelmäßig die Hustenanfälle bei einer Wirkungsdauer von etwa 6—8 Stunden.

Auch eine Verwendung bei Keuchhusten in Verbindung oder abwechselnd mit Dicodid gegeben, hat günstige Wirkungen gezeigt, ohne daß irgendwelche unliebsame Nebenerscheinungen eingetreten wären. Die Hustenanfälle nahmen in bezug auf Stärke und Dauer sichtlich ab, die Atmung wurde ruhiger und gleichmäßiger, di[e] Nahrungsaufnahme gebessert, die Unruhe wich und machte eine[m] gesteigerten Schlafbedürfnis Platz; dem kindlichen Organismus wurd[e] somit zur Kräftigung und Erholung die nötige Ruhe, Zeit und Schla[f] gegeben.

Bei einem 4 jährigen Kinde, das an einer schweren Peritoniti[s] tuberculosa litt, konnten die sehr heftig auftretenden, intermittierende[n] Schmerzen, die das Kind jede Nahrungsaufnahme verweigern ließe[n] und das Körpergewicht bedenklich herabdrückten durch peroral[e] Gaben von 0,001 täglich wenigstens so weit gebessert werden, da[ß] die Eßlust wiederkehrte und damit auch das Allgemeinbefinden i[n] Verbindung mit Freiluft und Lichttherapie gehoben werden konnt[e].

Bei Kindern, die an Furunkulose litten, wurde ½ Stunde vor d[er] Inzision eine halbe Tabl. 0,0025 Dilaudid verabreicht. Die Schmerze[n] gingen zurück und die Inzision konnte ohne Schwierigkeit und ohn[e] Anwendung eines weiteren Narkotikums ausgeführt werden.

Ein 5 jähriger Knabe zeigte nachts fast ständig eine stark[e] motorische Unruhe, deren Ursache nicht auffindbar war. Er stie[ß] im Schlafe ständig mit dem Kopf gegen die Seitenwand des Bettes, so daß sich sogar Verletzungen am rechten und linken Stirnhöcke[r] zeigten. Nachdem alle anderen Versuche, wie Anbinden, fehl geschlagen waren, wurde 14 Tage hindurch abends je ½ Tab[l]. Dilaudid 0,0025 gegeben mit dem Erfolg, daß die Störung beseitig[t] wurde.

Nach den bisher gemachten Erfahrungen dürfte Dilaudid auch i[n] der Kinderpraxis in geeigneten Fällen wohl verwendbar sein. Weiter[e] Versuche auf diesem Gebiet erscheinen angezeigt.

Erfahrungen mit Beatin bei Kindern.

Von

GEORG LOEWENSTEIN, Stadtarzt in Berlin.

Unter den vielen uns für die Behandlung von Katarrhen de[r] Atmungswege bei Kindern zur Verfügung stehenden Mitteln habe[n] wir innerhalb der letzten zwei Jahre Gelegenheit genommen, da[s] uns von der Deutschen Beatinfabrikation Berlin, zur Verfügung ge[-] stellte Präparat „Beatin" in seiner Wirksamkeit zu beobachten. Das Beatin ist seit mehreren Jahrzehnten im Auslande als Syrup Famel im Gebrauch. Sein für unsere Beobachtungen wichtigste[r] Bestandteil ist ein Laktokreosot.

Das Kreosot ist bei der Behandlung von Erkrankungen de[r] Atmungswege seit langem in die Therapie eingeführt. Es konnt[e] sich aber wegen seines Geschmacks und seiner unangenehme[n] Nebenwirkungen auf magenempfindliche Patienten trotz günstigste[n] Einfluß auf Appetit, Allgemeinbefinden und günstige Beeinflussun[g] des Hustenreizes nicht durchsetzen. Die Bindung an Milchsäu[re] nimmt, wie Jacobowitz richtig hervorhebt, dem Kreosot seine[n] schleimhautätzenden Charakter und seine ungünstigen Nebenwirkun[-] gen. Das Präparat wird dadurch, das es ziemlich wasserlöslic[h] ist, an Milchsäure gebundenes Kalzium, ferner Akonit und Kode[in] enthält, dem Kreosot nicht nur ebenbürtig, sondern überlegen. E[s] besteht aus folgenden Bestandteilen:

Lactokreosot. solub. Famel	3,0
Calc. lactophosphoric. gelat. sol.	1,60
Codeini	0,12
Alcoholat. Aconiti	3,0
Syrupi Citri e Alcoholat. ad	310,0

Wir haben in den letzten zwei Jahren mehrere hundert Fäl[le] von Bronchialkatarrhen, Pneumonien, tuberkulösen Spitzenerkra[n-] kungen, Hilusdrüsentuberkulosen, Reizzuständen bei grippösen E[r-] krankungen der oberen Luftwege und von vorübergehender od[er] chronischer Heiserkeit bei Nichtvorliegen eines tuberkulösen Pr[o-] zesses des Kehlkopfes mit Beatin behandelt. Angewandt wurde da[s] Mittel bei Kindern im Alter von drei bis vierzehn Jahren. Von de[n] meisten Kranken wurde das Mittel gern genommen. Nur zwei Ki[n-] der lehnten es wegen seines Geschmackes ab. Starken Hustenre[iz] und Kratzgefühl im Halse kupierte es schon nach ein bis zweitägige[m] Gebrauch. Diese Wirkung muß hervorgehoben werden, weil d[ie] Kranken, die durch den chronischen Hustenreiz schlaflos gebliebe[n] waren, nunmehr Schlaf fanden, und dadurch der Heilungsproze[ß] wesentlich unterstützt wurde. Weiter hervorzuheben ist die schleim[-] lösende und die appetitanregende Wirkung des Mittels. Nach län[-] gerem Gebrauch trat eine Herabsetzung der Auswurfmenge ein.

Wenn auch dem Mittel eine Heilwirkung nicht ohne weiteres zukommt, so leistet es als unterstützendes Mittel außerordentlich viel. Sein von Kindern bevorzugter Geschmack macht es zu einem Mittel der Kinderpraxis.

Nebenwirkungen sind nicht aufgetreten. Verordnet wurde das Mittel dreimal täglich, in einer Menge von einem Teelöffel, eine Stunde vor der Mahlzeit. Das Mittel wurde nicht unverdünnt gegeben, sondern heißer Milch beigemischt, sofern Kinder Milchgenuß ablehnten, wurde die Auflösung in einem Teeaufguß vorgenommen. Der bei dem reinen Genuß nicht immer angenehme Phenolgeschmack des Mittels geht bei heißer Auflösung in Tee oder Milch völlig verloren.

Die von uns gemachten Versuche ermuntern dazu, Beatin neben vielen anderen bewährten Mitteln in der Kinderpraxis bei allen Katarrhen der oberen Luftwege und allen Affektionen der Lungen in Anwendung zu bringen.

Die Behandlung ovarieller Ausfallserscheinungen mit Ovo-Transannon.

Von

Dr. med. Lucke, Berlin.

Die klimakterischen Ausfallserscheinungen bei der Frau beginnen im allgemeinen im 46. Lebensjahre und dauern gewöhnlich 2 bis 3 Jahre, bis dann die Menopause eintritt. Während dieser Zeit geht eine Rückbildung der äußeren und inneren Genitalien vor sich. Die Geschlechtsdrüsen verkümmern, die Ovarien verlieren die Follikel, die Fettpolster nehmen meistens zunächst etwas zu. Durch die Rückbildung dieser Organe werden dem Säftestrom verschiedene hormonale Substanzen dadurch entzogen, daß ihre Neubildung unterbleibt, und es ist verständlich, daß das Fehlen dieser für das normale physiologische Geschehen wichtigen Stoffe nicht ohne Einfluß auf den gesamten Organismus bleiben kann. Und so gibt es kaum eine Frau, die während der Wechseljahre nicht diese oder jene Beschwerden hat. Die Beschwerden sind psychischer und somatischer Natur. Wir kennen Verstimmungen bis zu den schwersten Depressionen und Psychosen. Es bestehen vagotonische und sympathikotonische Erscheinungen; die vagotonischen scheinen aber zu überwiegen. Im allgemeinen klagen die Frauen über Kongestionen nach dem Kopf, Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Angstzustände, Herzklopfen. Hautjucken, Gelenkschmerzen, depressive Stimmungen. Diese Erscheinungen können eine solche Intensität erreichen, daß die Frauen schwer darunter zu leiden haben.

Die allgemeinen therapeutischen Maßnahmen gegen diese Zustände werden als bekannt vorausgesetzt. Durch Aufenthalt in frischer Luft, Wasserbehandlung, körperliche Ruhe, reizlose Kost unter Vermeidung von Alkohol, Tee, Kaffee und Nikotin ist unter Umständen viel zu erreichen. Man wird aber im allgemeinen ohne jedes Medikament nicht auskommen, da auch die Patienten danach verlangen. Von den vielen hierfür empfohlenen Präparaten verdienen die Transannone (Gehe) und besonders das Ovo-Transannon den Vorzug, da durch dieses Präparat die klimakterischen Ausfallserscheinungen rein symptomatisch beeinflußt werden, ohne daß dem physiologischen Ablauf der Ovarialinsuffizienz entgegengearbeitet wird.

Das Ovo-Transannon enthält Calcium, Magnesium, Oleum Salviae, Ichthyol, Extr. Aloes, 0,02 Fol. Digit. titr. pro Bohne und Ovarialsubstanz. Das Präparat kommt in Bohnenform in den Handel, jede Bohne wiegt 0,7 g. Die Wirkungen der einzelnen Komponenten sind kurz folgende:

1. Calcium und Magnesium.
   Diese beiden Metalle sind als Ionen für das vegetative System von großer Bedeutung und vermögen das gestörte Gleichgewicht zwischen Vagus und Sympathikus wiederherzustellen. Nach der Ansicht von Zondek wird der Sympathikotonus erhöht und dadurch ein Ausgleich gegenüber den vagotonischen Symptomen erzielt.
2. Oleum Salviae ist als Anthidroticum bekannt.
3. Ichthyol wirkt resorptionssteigernd, und ist infolgedessen von Bedeutung für die Bekämpfung von Pruritus, Urtikaria, Fluor usw.
4. Extr. Aloes ist als mildes Laxans gegen die sehr häufig bestehende Obstipation eine wertvolle Ergänzung des Präparates.
5. Fol. Digit. titr. bewirken in dieser kleinen Dosis eine Beruhigung des Herzens, ohne schädliche Nebenwirkungen zu hinterlassen.
6. Ovarialsubstanz.
   Durch diese Organsubstanz sollen die fehlenden Ovarialsekrete bis zu einem gewissen Grade ersetzt werden.

Die Behandlung mit Ovo-Transannon wird nun am besten in der Weise vorgenommen, daß die Patienten täglich während des Essens 3-6-9-6-3 Bohnen unzerkaut mit etwas Wasser herunterspülen. Man nimmt die Bohnen also in steigender und fallender Menge, so daß ein Turnus in ungefähr 14 Tagen beendet ist. Zu einer Kur gehören 75 Bohnen. Es wird dann eine Pause von 14 Tagen gemacht, um dann mit einem neuen Turnus zu beginnen, wenn sich die Beschwerden noch nicht gebessert haben. Ist eine Besserung eingetreten, so ist die Pause auf 3 bis 4 Wochen zu verlängern.

Ich habe bei einer ganzen Reihe von Patientinnen, die unter Ausfallserscheinungen zu leiden hatten, mit Ovo-Transannon gute Erfolge erzielt. Das Präparat wurde auch durchweg gern genommen und gut vertragen. Nebenerscheinungen irgendwelcher Art kamen nicht zur Beobachtung.

Einige Fälle, die vielleicht ein besonderes Interesse beanspruchen können, seien kurz angeführt.

Frau A., 47 Jahre alt, klagt über Mattigkeit, Unlust zur Arbeit, Herzklopfen und vor allen Dingen über Hautjucken, das sich gegen Abend steigert und den Schlaf in empfindlicher Weise stört. Außerdem bestanden gelegentlich neuralgische Beschwerden in beiden Schultern. Die Stimmungslage der Patientin ist depressiv. Die Untersuchung der Haut ließ einen gewissen Verdacht auf Scabies aufkommen, da sich zwischen den Fingern und an den Unterarmen kleine ekzematöse Stellen befanden, die durchaus an eine Scabies denken ließen, wenn auch ein Milbenbeweis nicht gelang. Um die Diagnose ex iuvantibus sicherzustellen, leitete ich zunächst eine antiscabiöse Behandlung ein, die ohne Erfolg blieb. Das Jucken ließ wohl vorübergehend etwas nach, um dann um so stärker wieder aufzutreten. Ich ging nunmehr zur Behandlung mit Ovo-Transannon über und konnte in kurzer Zeit eine wesentliche Besserung erreichen. Das Hautjucken ist bei dieser Patientin ganz verschwunden, das Allgemeinbefinden hat sich gebessert, nur die neuralgischen Beschwerden treten noch von Zeit zu Zeit auf. Die Patientin macht äußerlich einen gesunden und frischen Eindruck.

Frau Sch. berichtet, daß seit einem Jahre die Menses ausgeblieben sei und sich seit einigen Monaten mit großer Regelmäßigkeit alle 4 Wochen, und zwar zu der Zeit, in der früher die Menses aufzutreten pflegte, ein juckender Hautausschlag einstellte, der nach 1 bis 2 Tagen wieder verschwunden sei. Es handelte sich um eine typische Urtikaria. Ich konnte durch Ovo-Transannon erreichen, daß diese lästigen Affektionen ausblieben.

Ueber die Wirkung des Präparates bei Röntgenkastration, Oophorektomie, Tumoren usw. stehen mir als Dermatologen keine Erfahrungen zur Verfügung.

Literatur:

Schwarzkopf: Zentralblatt f. Gynäkologie 24/36; Koslowsky: Fortschritte der Medizin 25/9; Lehmann: M. M. W. 25/33; Kayser: Kl. W. 20/36; Abel: M. M. W. 21/34; Jacob: D. M. W. 21/36; Striepecke: M. Kl. 21/33.

Lerastan, ein Zinnpräparat zum innerlichen Einnehmen bei Pyodermien.

Von

Dr. Georg HAMBURGER, Berlin.

In jüngster Zeit hat sich wohl auf Anregung französischer Forscher, die über gute Erfolge berichteten, bei uns das Bestreben gezeigt, die Furunkulose und sonstigen Pyodermien neben der sehr sorgfältigen Lokalbehandlung mit innerlich zu verabfolgenden Medikamenten zu beeinflussen. Unterstützt wurde diese therapeutische Richtung wohl hauptsächlich durch die von anderer Seite gemachte Beobachtung, daß die Arbeiter in Zinnfabriken als unempfänglich für Furunkel, juvenile Akne usw. gelten, außerdem ist das Zinn per os eingenommen sicher ungiftig. Geringe Mengen dieses Metalls nehmen wir täglich in den Körper auf, da beispielsweise die Zahnpaste in Zinntuben aufgehoben zu werden pflegt, die Konservenbüchsen aus verzinntem Blech (Weißblech) bestehen und auch sonst noch vielfach Zinn zur Herstellung von Speisegeräten, Krügen, Brotkörben benutzt wird.

Zinn wurde bisher selten als Medikament gebraucht, mir ist nur die Verwendung eines Zinnpräparates zur Behandlung hartnäckiger Bandwurmleiden bekannt.

Die Chemischen Fabriken Dr. Joachim Wiernik & Co., Berlin-Waidmannslust, haben sich die Aufgabe gestellt, ein Zinnpräparat „Lerastan-Tabletten" in den Handel zu bringen, das außer metallischem Zinn in kolloidaler Form zur Unterstützung der Wirkung Klettenwurzel enthält. Diese Tabletten sind leicht einnehmbar für Kinder sowohl, als auch für Erwachsene unschädlich und beeinflussen günstig das rasche Abheilen der Furunkulose. Im Kulturversuch hemmt Lerastan das Wachstum der Staphylokokken auf der Platte, verglichen mit gleichaltrigen Kulturen ohne Zusatz eines Zinnpräparates.

Als allgemein anerkanntes Verfahren zur Behandlung der gehäuft auftretenden Furunkel gilt in erster Linie die sorgfältige Lokalbehandlung, das Verhüten von Neuinfektion durch Verschmieren von Eiter und Vermeiden von Hautmakeration durch luftdicht abschließende Verbände. Außer diesen Maßnahmen unterstützt die regelmäßige Einnahme von Lerastan-Tabletten das schnelle Abheilen von Furunkel und verhindert das Neuauftreten. Es ist nach Abheilen der akuten Erscheinungen noch eine bis zwei Wochen lang erforderlich zur Verhütung von Neuinfektion, die Tabletten weiter einnehmen zu lassen. Unter dieser Behandlungsweise haben wir die beste Abheilung von Furunkeln beobachtet. Es macht den Anschein, als ob die einzelnen Abszesse schneller abheilen, die im Entstehen begriffenen bei Verabfolgung von Lerastan verschwinden, ohne zur Eiterung zu führen. Besonders hervorzuheben ist die günstige Heilwirkung auf den Abheilungsvorgang der Nackenfurunkulose. Wir konnten einen außerordentlich hartnäckigen Fall beobachten, bei dem sich durch mehrere Wochen hindurch ein Furunkel neben dem anderen bildete. Nach zweiwöchiger Einnahme der Tabletten blieb schlagartig die lokale Neuinfektion aus, die vorhandenen trockneten schnell ein, ohne daß sich bis zum heutigen Tage neue gebildet hatten.

Recht günstige Heilungsresultate haben wir bei Verabfolgung von Lerastan beobachten können bei den hartnäckigen Akne-juvenilis-Fällen. Die entstellenden Eiterpusteln im Gesicht und am Halse kommen bald zum Verschwinden. Zur Beseitigung der roten Knötchen ist aber die elektrophysikalische Therapie nicht ganz zu entbehren.

Bei hartnäckigen Nasen- und Ohrenfurunkeln, nässenden Ekzemen des Ohren begünstigt frühzeitige und regelmäßige Einnahme des Zinnpräparates das baldige restlose Abheilen. In mehreren Ohrekzemfällen konnten wir die gute Wirkung des Präparates beobachten.

Der günstige Ausfall unserer Versuche veranlaßt uns, das Präparat angelegentlich zu empfehlen.

Ueber ein wirksames, dabei unschädliches Antihidrotikum.

Von
Dr. med. Friedrich A. FRIEDLAENDER, Charlottenburg.

Nicht der Husten ist es oft in den beginnenden Fällen von Lungentuberkulose, der die Kranken zum Arzt treibt, sondern das große Schwächegefühl und die dauernden Nachtschweiße. Und beide Symptome, die im engen Zusammenhang miteinander stehen, sind es auch, die weiterhin den Patienten quälen.

Während wir nun durch die Nährmittel verschiedenster Herkunft in die Lage gesetzt sind, den Patienten bei nicht zu schwerer Erkrankung bei Kräften zu erhalten, bzw. ihn mindestens wieder auf sein Ausgangsgewicht zu bringen, lag die Bekämpfung der lästigen Schweiße bisher ziemlich im argen. Wir hatten hier eigentlich nur zwei Möglichkeiten: Entweder durch hydrotherapeutische und hygienische Maßnahmen — leichte Bedeckung, Waschungen mit Essigwasser oder verdünntem Alkohol — zu versuchen, die Schweißsekretion einzuschränken oder sie durch Alkaloide, wie Atropin, Agaricin gänzlich zu unterbinden. Aber die ersteren Maßnahmen haben nur in leichteren Fällen und bei günstigen häuslichen Verhältnissen Erfolg und zur medikamentösen Beeinflussung werden wir wegen der unangenehmen Nebenwirkungen — Durstgefühl beim Atropin, Durchfälle beim Agaricin — nur im äußersten Falle greifen.

Diese sehr fühlbare therapeutische Lücke füllt nun das Salvysatum aus. Es basiert auf dem alten Volksmittel der Salbeiblätter, dessen Anwendung, wie schon der Name sagt, bis ins Altertum zurückzuverfolgen ist. Karl der Große bestimmte um 812 in seiner Verordnung „Capitulare de villes", daß es auf allen Meierhöfen (wir würden heute sagen Domänen) gepflanzt würde. So kam das Mittel nach Deutschland. Anwendung fand es in der Form des Decoctes bei allen mit Schweißen und Diarrhöen verbundenen Erkrankungen.

In der großen Weltwende am Ende des 15. Jahrhunderts geriet zugleich mit dem Niedergang der ganzen Kultur am Ausgange des Mittelalters das Mittel mehr und mehr in Vergessenheit und fristete nur noch ein kümmerliches Dasein in der konservativen Landbevölkerung. Die moderne exakte Medizin vernachlässigte dann vollends alle diese Volksmittel.

Verschiedene Versuche seiner Wiedereinführung scheiterten an der Tatsache der Unzuverlässigkeit der — aus der getrockneten Droge — hergestellten Decocte, Infuse und Tinkturen. Auch über die wirksamen Prinzipien war man sich nicht ganz im klaren. Selbst heute weiß man nur, daß sich in den Blättern mehrere wohlcharakterisierte Ketone finden, die die antihidrotische Wirkung auslösen. Welche einzelnen Bestandteile die ausgesprochen schweißhemmende Wirkung entfalten, ist auch heute noch nicht mit Sicherheit festgestellt. Das Dialysierverfahren ermöglicht jedoch, die wirksamen Bestandteile aus den frischen Fol. salviae unverändert und frei von Ballaststoffen zu extrahieren und in reine, konzentrierte Lösung zu bringen. Das auf diese Weise von der Johannes Bürger, Ysatfabrik, Wernigerode a. H., hergestellte Ysat, Salvysatum genannt, vermeidet sowohl die unangenehmen Nebenerscheinungen, als auch die Unzuverlässigkeit der Wirkung, die den offiziellen Zubereitungen aus den getrockneten, oft lange lagernden Drogen anhaftet.

Im Laufe eines Jahres habe ich Gelegenheit gehabt, dieses Präparat nicht nur bei allen Stadien der Tuberkulose, sondern auch bei klimakterischen, neurasthenischen und idiopathischen Schweißen an etwa 40 Patienten zu erproben und muß sagen, daß es mich fast nie enttäuscht hat. Die Patienten berichteten fast übereinstimmend, daß schon nach 1 bis 2 tägiger Darreichung die Schweiße zurückgegangen und auch bei späterer Unterbrechung der Medikation nicht wieder so stark wie vorher aufgetreten seien.

Statt vieler einzelner seien nur einige besonders chrakteristische Fälle aufgeführt.

Frau Ru., 52 Jahre, Catarrh. pulm. ap. dextr. II. + Klimax. Seit über 1 Jahr dauernde Schweiße. Nach 3 tägiger Anwendung des Salvysats waren die Schweiße bereits geschwunden.

Frau K., 27 Jahre, Tb. pulm. sin. II. Temperaturen dauernd bis 38°. Trotz weiterer anhaltender Temperaturen schwanden die Schweiße nach 5 Tagen bei Anwendung von Salvysat.

Frl. L. Th., 26 Jahre. Als Kind Hüftgelenktuberkulose rechts, die mit 10 cm Verkürzung ausgeheilt ist. Jetzt beginnende spezifische Erkrankung der linken Hüfte und Tb. plm. II. Seit 5 Tagen in Behandlung. Trotz Besserung des körperlichen Befindens unter roborierender Behandlung und Kalkdarreichung dauernd Nachtschweiße bei Temperaturen bis 37,8°. Nach 3 tägiger Darreichung von Salvysat keine Nachtschweiße mehr trotz gleichbleibender Temperatur.

Ebenso eklatant waren die Erfolge bei den anderen Patienten. Besonders sei hervorgehoben, daß das Präparat gern und anstandslos genommen wurde, auch von Patienten, die sonst ungern Arzneimittel nehmen und auch bei empfindlichem Magen gut vertragen wurde. Vereinzelt wurde sogar berichtet, daß vorher bestandene Magenschmerzen sich danach sogar gebessert hätten, ein Effekt, der bei der altbekannten schleimhautkalmierenden Wirkung des Salbeitees nicht weiter Wunder nehmen kann.

Den einzigen Versager erlebte ich bei einer kavernösen Phthise, bei der die Zerstörung des Lungengewebes schon weit vorgeschritten war. Hier war aber die Wirkung der spezifischen Toxine bereits eine derartige, daß das Atropin völlig und sogar das Agaricin teilweise versagte. Es läge vielleicht nahe, in diesem Falle an eine Verstärkung der perspiratio insensibilis zur perspiratio sensibilis infolge der starken Verkleinerung der Lungenfläche zu denken. Hiergegen spricht aber ein Teil der bei Pneumothoraxpatienten gemachten Erfahrungen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß wir in dem Salvysat ein durchaus zuverlässiges Mittel besitzen, unsere Kranken, vor allem die Phthisiker, von den ihnen so lästigen Schweißen zu befreien ohne ihnen wie bisher mit unangenehmen und schädigenden Nebenwirkungen behaftete Alkaloide zuführen zu müssen.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

erlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854

UMMER 35 BERLIN, DEN 2. SEPTEMBER 1927 45. JAHRGANG

Originalien.

Die hysterische alte Jungfer.

Die Ueberschrift möchte nicht im mindesten den Eindruck er-cken, als wollte der Verfasser eine psychiatrisch-neurologische handlung bringen. Solches erkühnt er sich nicht, da er nicht zunft-ißiger Fachmann ist, wiewohl ihm Beruf und Amt sein Leben lang Aufgabe gestellt haben, ernsthaft darüber nachzudenken, inwie-it seelisch und nervös abnorm erscheinende Zustände aus r seelisch-körperlichen Gesamtkonstitution des Menschen zu er-ären, inwieweit sie von außen her zu beeinflussen und wieweit ille und Vorstellung im Guten wie im Bösen wirksam sind. Sie ll auch gar nicht sagen, was Hysterie ist, sondern höchstens, was n i c h t ist. Und da ist es vielleicht auch dem Arzt erlaubt, eine sthafte und brennende Frage des Volkslebens — denn um eine che handelt es sich — einmal ohne allzu viel rein dizinische Gelehrsamkeit, ohne Psychoanalyse und andre thoden und Theorien, rein aus den m e n s c h l i c h e n Erfahrun-n eines langen, ärztlichen Lebens, aus dem Verkehr mit vielen nschen und aus dem Einblick in ihre sozialen und seelischen Ver-tnisse heraus zu behandeln. Ob dieses Verfahren die Anerken-ng der Fachgenossen finden, ihnen nicht vielmehr des wissen-aftlich gebildeten Arztes unwürdig erscheinen wird, weiß ich ht; gleichwohl will ich es versuchen, denn

„Auch was er wirklich sieht, schildert der Dichter,
so erringt er der Menschen Gunst."

d da nun vor des Autors Seele Erinnerungen auftauchen an wirk-ie, lebendige Menschen, die seinen Lebensweg gekreuzt haben, so ge ihm verziehen werden, wenn er — sonst ihm eigenen Grund-z entgegen — selbst namenlos unter der Maske bleibt, um die Er-nnung auch nur einer der erwähnten Personen unmöglich zu chen.

„Macht vor — das Spiel kann beginnen!" — —

Die alte Jungfer, dieser Liebling der Anekdoten und der Illustra-nen in Witzblättern, lebt sie eigentlich heute noch, heute, wo die u berufstätig geworden ist, wo sie dem Manne selbst in seinen enen Berufen Konkurrenz macht? — O ja, sie lebt noch, sie ragt h aus vergangener Zeit in die unsere hinein, und sie wird erst ter in geringerer Zahl als Vertreterin eines bestimmten, viel ver-tteten Typus vorhanden sein, wenn sich die Folgen der Berufs-gkeit der Frau für die gesamte Frauenwelt wirtschaftlich und lisch voll ausgewirkt haben werden. Ob die letzteren Auswirkun-für die Frauenwelt und für unser Volksleben n u r gute sein rden, soll an dieser Stelle nicht untersucht werden. Item, die Jungfer lebt noch, nicht nur in Romanen und Witzblättern, son-n im wirklichen Leben, aber — das sei besonders vermerkt — nicht nur als Schrecken ihrer Mitwelt (es gibt übrigens auch ssenhaft alte Jungfern männlichen Geschlechts, die noch viel ab-chreckender und lächerlicher wirken), sondern auch als lieber Haus-st, als treue Vertraute, als schöne Seele, die in stiller Resignation wunden hat all' die Enttäuschungen des Lebens, den Verlust ge-ter Menschen, „verschmähter Liebe Pein — und die Fußtritte, die Unwürd'gen still Verdienst erhält", Entbehrung, Armut, Not, ja, elnd vor der Welt verhehlten Hunger. Das sind die Wesen, von nen die Welt nichts weiß, weil sie nicht von sich reden machen lieber in der Versenkung bleiben; treten sie aber einmal mit ndeinem berechtigten Anspruch aus ihrer Zurückhaltung heraus, wird das meist als Anmaßung empfunden.

Wo finden wir nun die alte Jungfer am meisten vertreten? Auf Grund jahrzehntelanger Beobachtungen, denen leider ein statistisches Material nicht entnommen ist, glaube ich behaupten zu können: am seltensten in den gesellschaftlich zu tiefst stehenden Kreisen, in zunehmender Zahl in den gesellschaftlich höher stehenden bis hinauf in die Geburts- und Geistesaristokratie. In meiner seit langer Zeit beobachteten Klientel sind ältere, unverheiratete, ungelernte Arbeiterinnen ziemlich selten; die alten Jüngferchen, mit denen ich zu tun habe, sind schon immer irgend etwas mehr, Köchin, Haushälterin, Näherin, Schneiderin, Kinderfräulein, Wäscheverwalterin im Hotel oder ähnliches. Rapide wächst aber die Zahl der ehelosen Frauen in den Kreisen und in den Berufen der Intelligenz. Erschreckend groß ist sie im Lehrberuf, wie er bis heute war, d. h. auch die Heirat ausschließend, bzw. mit ihr den Beruf; während mir scheinen will, als ob das Universitätsstudium, durch das ja die heutige Lehrerin hindurch muß, die Heiratsaussichten erhöhte; für die Medizinerin gilt das wohl ziemlich widerspruchslos, indem schon heute eine ganze Reihe ärztlicher Doppelfirmen von Frau und Mann bestehen. Daß auch der alte, die adlige Ebenbürtigkeit fordernde Geburtsadel, sofern er nicht sehr begütert ist, für die Frau schlechte Heiratsaussichten birgt, ist bekannt und wird bewiesen durch die Existenz und Notwendigkeit so vieler adliger Fräuleinstifte, in denen unterzukommen gar nicht leicht ist. (Wo sich der Adel nach materiellen Grundsätzen, unbekümmert um die Wertigkeit vermählt, kommt er für unsere Betrachtung natürlich nicht in Frage.) Aber auch der Damenstifte für Bürgerliche der gebildeten Stände gibt es viele und doch noch nicht genug. In Norddeutschland, besonders in den Hansestädten, z. B. Stralsund, sind die alten katholischen Klöster bei Eintritt der Reformation zum großen Teil in solche Damenstifte umgewandelt worden; die Aufnahme in sie ist ebenfalls nicht sehr einfach; die Damen müssen sich schon sehr beizeiten „einkaufen" und auf ihr Vermögen, wenn sie solches haben, ganz oder teilweise verzichten.

Das Schicksal der unverheirateten Weiblichkeit bis heute, bis zum Zeitalter der Frauenberufe, stellte sich also folgendermaßen dar und ist auch noch so für die nicht im Berufsleben stehenden Frauen: in den unteren Ständen wurde und wird bei leichteren Heiratsmöglichkeiten und infolge geringerer beruflicher und gesellschaftlicher Lasten und Anforderungen, meist frühzeitig geheiratet. Auch die voreheliche Schwangerschaft und Geburt eines Kindes schließt die Ehe keineswegs aus, befördert sie vielmehr vielfach. Mädchen mit Alimenten werden häufig sogar besonders gern geheiratet. In ländlichen Kreisen, wie ich solche in verschiedenen Gegenden des deutschen Vaterlandes studiert habe, wird die uneheliche Mutter meist auch von dem Kindesvater selbst geheiratet, sobald dieser ihr ein Heim bieten kann. Bis dahin bleibt sie im Elternhause. In manchen ländlichen Gegenden ist voreheliche Schwangerschaft sogar eine Vorbedingung zur Ehe, ein Fall, in dem die traditionellen Moralbegriffe sich einfach dem praktischen Erfordernis, d. h. der Garantie für Erhaltung des Erben für den Hof, beugen müssen. Daß die Moral dieser Frauen in der Ehe später absolut einwandfrei ist, wird allgemein behauptet und bedarf meines Erachtens auch gar keiner Versicherung, da ein triftiger Grund zur Annahme des Gegenteils nicht vorliegt. Wir stehen aber hier, was zu beachten in unserem Zusammenhange dringend nötig ist, schon sofort vor dem Problem einer doppelten Moral: was hier anerkannt, sogar durch Tradition gewissermaßen geheiligt ist, gilt dort, d. h. höher hinauf auf der gesellschaftlichen

Stufenleiter, als Schande. Dieser Zustand hat Folgen, die wir im rassenhygienischen Sinne nur bedauern können. Denn notorisch — und statistisch längst bewiesen — vermehren sich die rassig unter- und minderwertigen Elemente unseres Volkskörpers ungehindert, erstere, d. h. die anti- und asozialen Elemente sogar skrupellos in- und außerehelich auf Kosten der Allgemeinheit, die die minderwertigen Früchte getreulich zu weiterer Nachzucht aufzieht. Das nennen wir dann Karitas und soziale Fürsorge.

Das junge Mädchen gebildeter Kreise von früher hatte, wenn es unverehelicht blieb, eigentlich nur zwei standesgemäße Lebensmöglichkeiten vor sich: Lehrerin oder Schwester zu werden, Diakonissin oder Nonne, allenfalls noch Krankenpflegerin im Johanniterorden oder im Roten Kreuz. Ersterer Beruf, der der Lehrerin, führte selten zur Ehe, letzterer schließt selbst bei den evangelischen Diakonissen die Ehe nahezu aus. Ich kenne persönlich ein evangelisches Mutterhaus, in dem eine sich verheiratende Schwester nicht viel anders wie eine Verlorene angesehen wurde, bis endlich ein neuer Geistlicher energisch verkündete, Frau und Mutter zu werden, wäre niemals eine Schande und bliebe trotz aller Schwesternschaft immer noch der Hauptberuf des Weibes. In katholischen Frauenorden ist nur in ganz seltenen Fällen, bei äußerst triftigen Gründen ein bischöflicher Dispens vom Gelübde der ewigen Keuschheit möglich. Ein Ehehindernis, das nach wie vor dem Kriege nicht hoch genug anzuschlagen ist, das sind die gesellschaftlichen Ansprüche und Verpflichtungen der gebildeten Kreise, denen relativ zu niedrige Gehälter des Mannes gegenüberstanden und -stehen, z. B. bei Beamten und Offizieren. Es ist nämlich einfach nicht war, daß der Mann in der Ehe billiger lebt, als allein; jedenfalls, wenn er allein teurer lebt, soll er gefälligst weniger verbrauchen. Eine Beweisführung für diesen von Junggesellen angefochtenen Satz würde weit über den Rahmen dieses Artikels hinausführen, ich nenne nur einige Worte: Haushalt, Kleidung, Schule, Geselligkeit, Reisen allein oder zu mehreren. Tatsache ist jedenfalls, daß sehr viele Männer nicht heiraten, weil sie sich das nicht leisten können; meine Hoffnung, daß gesellschaftliche Anforderungen und Verpflichtungen, Nachäfferei und Luxus in Kleidung und Geselligkeit nach dem verlorenen Kriege geringer würden und somit ein Ehehindernis beseitigt werden würde, hat sich nicht erfüllt — es ist halt alles beim alten geblieben, teilweise schlimmer geworden und auf weitere Kreise ausgedehnt. Somit werden auch die Folgen die gleichen bleiben: gerade die rassig wertvollsten Elemente des Volkes, die der Intelligenz, bleiben vielfach unvermählt, pflanzen sich nicht legitim, oder im legitimen Verhältnis gering fort. Konzeptionsverhinderung und Fruchtabtreibung bleiben an der Tagesordnung. Wenn letztere auch dem Proletariat heute keineswegs mehr fremd sind, so sind ihre Wirkungen in den höheren Ständen im völkischen Sinne doppelt und dreifach bedauerlich, namentlich, wenn sie Leben oder Gesundheit als Opfer fordern. Weiter: hat ein gebildetes Mädchen den Mut zur Mutterschaft, so ist sie gesellschaftlich geächtet samt ihrem Kinde, trotzdem, was in den gebildeten Ständen die Regel, auch der Vater der Mutter ebenbürtig ist. Mutter und Kind sinken, dank unseren moralischen Traditionen, ins Proletariat hinab und gehen für ihre Gesellschaftsklasse verloren, ebenso die Nachkommenschaft des Kindes. Also, dasselbe Ding, Mutterschaft, ist einmal höchste Frauenwürde, einmal Schande, je nach Stand. Der ehelose Mann, sofern er nicht seine Sexualität in der Prostitution befriedigt, gibt seine Erbkraft in unehelicher Nachkommenschaft meist lieber gleich an die unteren Stände ab, wo ihm höchstens pekuniäre Unbequemlichkeiten erwachsen. Also auch sein geistig-körperliches Erbgut geht für seine Klasse verloren. So bleiben also für gebildete und rassig wertvolle Frauen in unendlich vielen Fällen berechtigte Wünsche unerfüllt, die sich in niederen Schichten ohne weiteres von selbst erfüllen oder erfüllen lassen; wertvolles Menschenmaterial geht für unseren Volkskörper als Erbwert ungenutzt verloren, z. B. auch die ganze Intelligenz der zölibaten katholischen Priester.

Man sage mir nicht, diese rassenhygienischen Ausführungen hätten mit meinem Thema nichts zu tun. Ich behaupte, sogar sehr viel: sie sind der Hintergrund für das Gemälde, das sich aus ihm ganz von selbst, fast zwangsweise entwickelt. Und damit komme ich zur hysterischen alten Jungfer; beiläufig will ich bemerken, daß ich mir immer erst ins Ohrläppchen beiße, ehe ich die Diagnose Hysterie stelle oder bestätige, da mit ihr ungeheuer viel Unfug getrieben wird. Manche Menschen, auch Aerzte, nennen alles das, was ihnen an anderen unbequem oder unerklärlich ist, hysterisch. Kürzlich fand ich die Diagnose Hysterie einer Frau an den Hals gehängt, die alles andere war: sie hatte von ihrem Gatten selig nic geerbt als eine chronische Gonorrhoe und war dann obendrein n von einem Messerhelden doppelseitig kastriert; die chronisc gonorrhoische Endometritis hatte sie behalten, dazu die Kastratio Ausfallserscheinungen in jungen Jahren — ärztliche Diagno Hysterie! Ich habe die Unverfrorenheit und Oberflächlichkeit die Arztes nur bestaunen können. Aber es sind nicht nur Aerzte, die der Diagnose Hysterie um sich werfen wie mit reifen Haselnüss ebenso häufig wie ungern höre ich verheiratete Frauen ihre unv heirateten Geschlechtsgenossinnen als hysterisch, mannstoll und weiß, was noch alles, bezeichnen, manchmal Frauen, die das Dar und Entbehren überhaupt nie kennen gelernt haben, die frühze einen für sie sorgenden, sie hegenden Mann bekamen, Mü wurden und nun als selbstverständlich ihr eigen nennen, anderen, gleichberechtigten versagt blieb: Gattenliebe, Muttergl Schutz im Leben, gesellschaftliche Stellung, wirtschaftliche Sich heit. Ob sich wohl viele von den Frauen, die eine Schwester, B oder Freundin als hysterisch bezeichneten, wenn deren Herz ein etwas stürmisch schlug, schon über den gewaltigen Unterschied ihrem eigenen und deren Leben ernsthafte Vorstellungen gem haben?! Unverschuldet von allem ausgeschlossen zu sein, was oberster Lebenszweck der Frau gilt, von den Dichtern als Glück priesen wird, was als göttliches Gebot im Anfang der Bibel st „Seid fruchtbar und mehret Euch", das sollte nicht bitter mac können? Und läßt sich denn der Natur lebenslang Schweigen bieten? Spricht sie nicht in der Pubertät, ihren Vor- und Begl erscheinungen, nicht in der prä- oder postmenstruellen Libido deutliche Sprache? Zeigt uns nicht das Klimakterium mit all sei seelischen und körperlichen Leiden deutlich, wie schwer es weiblichen Organismus wird, den Zustand des Geschlechtswes aufzugeben? Es ist ja doch nur ein fauler Trost für die Ehelo daß dauernde sexuelle Abstinenz dem Menschen „nicht schad frommer Selbstbetrug bei denen, die zu ihr sich selbst verdamm oder verdammt wurden, bewußter oder unbewußter Betrug anderen von solchen, die sie selbst nicht üben. Gewiß, man st nicht direkt daran, aber wenn einmal alle die körperlichen seelischen Leiden und Kämpfe niedergeschrieben werden sollten, von Ehelosen in Klöstern und außerhalb ihrer Mauern durchli wurden, bis es still und ruhig auf den Wassern wurde, das wü eine Tragödie geben, die einen Aeschylos oder Sophokles nötig hä um geschrieben zu werden. Es ist und bleibt nun einmal so, wie Schopenhauer in seiner Metaphysik der Geschlechtsliebe so unwic leglich darstellt, daß die Natur Liebe und Leidenschaft ins Ein individuum legt, um die Objektivation des Gattungswillens zu währleisten. Und da die auf diesem Boden erwachsenden Gef den jungen Wesen zunächst selbst noch unverständlich sind, ja vielen Frauen auch ins reife Alter hinein noch nicht richtig gede werden, so ist es für jeden Einsichtigen klar, daß sie auch oft fals Vorstellungen über körperliche Leiden zu erwecken vermö welche ihrerseits Furcht, Angst, Klagen, seelische Verstimmung dergleichen mehr hervorrufen können. Wer in solchen Fällen Hysterie redet, beweist, daß er für die ganze Lehre von endokri Drüsen und Hormonen und ihrer Reiz- und seelisch-körperlic Wechselwirkung gar kein Verständnis hat. Auf der anderen S ist zu erwähnen, daß Mangel oder Abwesenheit entsprechender fühle im geschlechtsreifen Alter, also Frigidität, eine Abnormität, Naturwidrigkeit oder ein krankhafter Zustand ist, aber keine Tug kein eigenes Verdienst und kein Grund zur Ueberhebung über and Sonst könnte sich ja ebensogut der Mensch, der an Appetitlosig leidet, seiner Enthaltsamkeit im Essen als eines Verdienstes rühm anstatt dessen geht er zum Arzt und läßt sich behandeln. Ebe geht der Mensch, der eine früher gehabte sexuelle Appetenz irgendeinem Grunde plötzlich verliert, zum Arzt, weil er fühlt, bei ihm irgend etwas nicht in Ordnung ist. Aber es ist keinesw immer und allein der Mangel an sexueller Befriedigung des schlechtsreifen Weibes, welcher sie leiden läßt, sondern ebenso und vielleicht tiefer empfunden, sicher häufiger eingestanden, ein rechten Weibe als Naturtrieb liegendes, zu größter Höhe geisti und seelischen Empfindens emporgesteigertes, von den Dichtern a Zeiten mit Recht besungenes Gefühl, die Mutterliebe. Treibt sie n schon im — trotz Freud — sexuell unbeschriebenen Kinde i Blüten, wenn es mit seinen Puppen spielt? Was ist dies kindli Spiel anderes als der grundtief im Kinde liegende Wunsch, ein wirklich Mutter zu sein — „wenn ich groß bin"! Ein Pupp mütterchen ohne diesen Wunsch in aller seiner Reinheit gibt's

ch nicht. Und wie schwer leiden viele darunter, wenn dieser süße indheitstraum sich nicht erfüllt. Eine ältere, längst verstorbene, ahe Verwandte von mir, für deren Wahrhaftigkeit ich meine Hand s Feuer lege, war in ihrer Jugend entlobt. Dem Manne, der ein Veichling gewesen zu sein scheint, hat sie nie nachgetrauert; aber aß sie nie ein eigenes Kind hatte und immer nur für anderer Leute inder sorgen durfte, das hat sie bis an ihr spätes Lebensende nie erwunden. Dasselbe Weh erfüllt die Seele einer anderen, nicht ehr jungen, wirtschaftlich sicher gestellten Dame meiner Bekanntchaft, die sonst an ihrem ehelosen Zustande nichts auszusetzen hat. ner jungen Aerztin riet ich zum Beruf der Kinderärztin; sie wies ıs ziemlich schroff ab mit den Worten: „Ich würde mich täglich gern, daß die Puten nicht meine eigenen sind". Von ihr glaube h annehmen zu dürfen, daß sie sexuell sehr wenig appetent verılagt ist. Solcher Beispiele kenne ich eine Menge und bin überzeugt, daß gewiß nicht alle, aber sicher ein großer Teil von chwestern und Fürsorgerinnen im Beruf nur seine nicht zur Aktiıtion gekommene Mutterliebe umgeformt betätigt. So nötig das ich für die der Fürsorge Bedürftigen ist, so schade ist es doch, ıß gerade so viele der bestveranlagten Mutterwesen nicht zu dem erden können, wofür sie bestimmt sind. Ob das einmal anders ird? Ob man später vielleicht der berufstätigen oder wirtschaftch gesicherten unverehelichten Frau gestatten wird, ein Kind zu eben, wenn sie eins ernähren kann? Vorläufig darf nur derjenige, r gar keine Kinder ernähren kann, so viele haben, wie er will, enn er nur staatlich und kirchlich dazu konzessioniert ist; es wird für sie gesorgt! Im ersteren Falle fliegt die Frau in Acht und ann. Vor nicht langer Zeit schilderte mir eine Freundin, die ich it etwa 30 Jahren nicht gesehen hatte, ihren Lebensweg. Damals n großes, stattliches, körperlich gesundes Mädchen, galt sie, was e heute selbst weiß, als hysterisch; freundliche Mitmenschen, ja lbst die eigene Mutter hatten sie auch mit diesem schönen Wort cht verschont. Was sie mir schilderte, war eine wahre Tragödie: üßes Lebensgefühl, das im lebhaften Gesellschaftsleben des Elternuses, in dem Tanzen und Flirten fast Pflicht war, keine Befrieıung fand, bei der Mutter keine Aufklärung, kein Verständnis, nur trenge und Moralpredigten; von Arzt zu Arzt geschleppt, x mal ıgekratzt, ohne irgendwelche Erfolge, aber durch dauernde gynäkologische Behandlung natürlich immer weiter in sexuelle Vorstellıgen verstrickt. Den geliebten Mann darf sie nicht heiraten, da as zur standesgemäßen Lebensführung nötige Vermögen beiderseits cht vorhanden ist. Sie gilt zu Hause als anrüchig, mannstoll und wird längere Zeit fortgeschickt. Wie sie mir gestand, hat sie „vor Neid geheult", als das Dienstmädchen entlassen wurde, weil es von einem Soldaten ein Kind bekam. Einmal nur ist sie an einen Arzt gekommen, der zur Mutter sagte, die Natur wolle ihre Rechte; der Arzt wurde nicht mehr konsultiert. Auf meinen Einwurf: „Der Arzt hatte recht", fragt sie mich: „Warum hast Du das damals meinen Eltern oder mir nicht gesagt, dann wäre doch die ewige Tierquälerei unterblieben?!" Ich antwortete feige: „Erstens haben mich Deine Eltern nie danach gefragt; Dir selbst es zu sagen, hätte ich al wohlerzogener junger Mann nicht gewagt, und zweitens hatte ic damals selbst noch nicht so viel ärztliche Lebensweisheit wie heute." Sie ergriff schließlich einen körperlich anstrengenden Beruf ohne dadurch eine andere zu werden, bis sie endlich durch Kastration für alte Qualen neue eintauschte. Heute blickt sie als gereifte Frau ruhig, aber nicht ohne Bitterkeit auf ein verlorenes Leben zurück! Ich glaube, es gibt noch mehr solche Lebenswege eheloser Frauen der gebildeten Stände. War nun meine Freundin damals und später hysterisch? Früher habe ich es v i e l l e i c h t selbst in etwa geglaubt. Meine Kenntnisse der Hysterie waren die auf der Universität erlernten, und das war herzlich wenig und nichts wesentlich anderes, als was die Volksmeinung vielfach unter hysterisch versteht: unbefriedigte Geschlechtslust und Ueberspanntheit beim Weibe. Daß es auch bei Frauen und Männern, die geschlechtlich nicht unbefriedigt sind, echte Hysterie gibt, das fingen Aufgeklärte damals eben erst an zu ahnen. Heute bin ich, wie gesagt, mit der Diagnose sehr vorsichtig, nenne namentlich die Folgen einer schlechten Kinderstube, Egoismus, mangelhafte, weil gar nicht versuchte und geübte Selbstbeherrschung, Streit- und Nörgelsucht als Folge des vorigen, nicht Hysterie. Was aber im Volksmunde und auch von oberflächlichen Aerzten so oft als Hysterie bezeichnet wird, ist meist etwas ganz anderes. Bedeutende und ernsthafte Internisten haben schon häufiger darauf hingewiesen, daß Herzkranken und Arteriosklerotikern seelische Erschütterungen schädlicher sind als nicht übertriebene körperliche Anstrengungen oder mäßig genossene Rauschgifte. Die Richtigkeit beweist die tägliche Praxis, beweisen Herz- oder Gehirnschlag bei starkem, seelischem Trauma. Kann man sich an der Hand dieser Parallele nicht vorstellen, daß dauernde Enttäuschung, dauernder Verzicht auf alles Erträumte, verschwistert mit naturgegebenen körperlichen Sensationen, schließlich und auf die Dauer, früher oder später, stärker oder schwächer, je nach Temperament (bestehend in geistig-körperlicher Konstitution) Zustände und Zustandsäußerungen hervorrufen, die anders sind als bei anderen Menschen? Niemals den lieblichen Namen „Mutter" von süßen Kinderlippen lallen hören, niemals frohe Enkel auf dem Knie schaukeln können, immer wieder abgeben müssen, wenn man etwas lieb gewann, das soll nicht schmerzen? Sind die Betreffenden deswegen hysterisch? Ich glaube es heute nicht mehr. Wer das nicht versteht, der kennt die Frauenseele nicht, versteht nicht das gerade schönste Weibliche im Weibe. Diese geschilderten Wesen h a b e n sehr häufig d a s e i n e w i c h t i g e M e r k m a l d e r H y s t e r i e n i c h t , d a s a b s o l u t E g o z e n t r i s c h e , leiden vielmehr meist darunter, daß ihnen das Schicksal das Leben für andere erschwert und unmöglich gemacht hat. Wenn die alte Jungfer sich schließlich ihren Hund oder ihre Katze hält, um wenigstens für ein Lebewesen zu sorgen und von ihm geliebt zu werden, so ist das bestimmt kein Symptom der Hysterie, sondern genau dasselbe, als wenn der enttäuschte und einsame Mann sich einen Hund hält und mit ihm in inniger Freundschaft lebt. Und kann es nur ein Gegenstand des Spottes oder der Verachtung sein, wenn die ehelose, reife Frau einem jüngeren Manne mütterliche Freundschaft schenkt, die hier und da allmählich innigere Formen annimmt, ja, unter Umständen dahin führt, daß sie, um ihn vor Prostitution und Gemeinheit zu schützen, sich schließlich selbst ihm schenkt? Ich glaube, es hat schon mancher Mann auf diese Weise einer älteren Freundin verdankt, wenn er später reinen Gemütes, gesunden Leibes und mit einer ritterlichen Auffassung und Wertschätzung weiblicher Wesensart in die Ehe ging. Unter den verspotteten alten Jungfern mit Hund oder Katze mögen auch recht manche sein, die infolge Enttäuschung über den Mann als solchen den Weg zur Ehe nicht gefunden haben, die dann fürchten, eine oberflächliche Bekanntschaft sich weiter auswachsen zu lassen, um nicht erneut den Kontrast zwischen Erscheinungsbild und wirklichem Wesen bitter empfinden zu müssen. Das sind die feinfühligen, dabei mimosenhaften Naturen, die, wenn sie ihr fest gehütetes, warmes Herz einem Menschen erschlossen haben, auch nicht den leisesten Eishauch spüren möchten oder ertragen können und, wo sie solchen fürchten, lieber verzichten. Und gerade solcher findet man viele unter den als hysterisch oder prüde verschrienen alten Jungfern, die nicht des Spottes, sondern der Achtung und herzlicher Kameradschaft bedürfen, während die echte Hysterie ernste, energische, ärztlich-erzieherische Behandlung ebenso nötig hat, wie die sich äußerlich als Hysterie gebende Energielosigkeit und der ungezügelte und unerzogene Egoismus, auch der der Verheirateten. Selbst ältere Menschen können da noch kuriert werden, wenn sie einem festen Willen sich gegenüber sehen.

Neben jenen vorher genannten sei noch der gewiß nicht seltenen, ebenso feinfühligen und gegen sich selbst strengen Frauengestalten gedacht, die es nicht über sich gewinnen können, mit dem Bilde eines geliebten, aber für sie nicht erreichbaren Mannes im Herzen, einem anderen anzugehören. Wahrscheinlich ist diese Feinfühligkeit beim weiblichen Geschlecht viel weiter verbreitet als beim männlichen und führt, wo sie unter dem Druck irgendwelcher Verhältnisse doch einmal zum Schweigen gebracht wird, zu einer trotz allen guten Willens und aller Pflichttreue doch nie verheilenden, vor anderen, namentlich vor Mann und Kindern ängstlich verborgenen Herzenswunde. Das gibt dann jene Frauen mit einem Doppelleben von Traum und Wirklichkeit, das nur ganz tiefgründige Menschenkenner wohl einmal in ihren Augen lesen können.

Ich bin mir bewußt, ein Problem aufgerollt und brennende Fragen gestellt, aber nicht beantwortet zu haben. Wer mich mißverstehen will, der mag aus meinen Worten herauslesen und behaupten, ich predige die freie Liebe. Das kann ich dann leider nicht ändern. Wer aber tiefer zu lesen versteht, der wird, vielleicht zunächst überrascht durch eine nicht allseitig verbreitete Blickrichtung, dann doch gleich mir in unserer Frage ein ernsthaftes, völkisches Problem von erheblicher Tragweite sehen, dessen Lösung unseres Nachdenkens wert ist. Den viel geschmähten Dulderinnen einer unverschuldeten Entrechtung, die schlimmer ist als politische

und wirtschaftliche, wünsche ich verständnisvolle und liebreiche, von krassen Dogmen freie, nicht überhebliche Mitmenschen — und besonders Aerzte, die nicht nur gelehrt sind, sondern neben ihrem Wissen eins haben, was erst den wahren Arzt ausmacht, warmherziges, verstehendes Menschentum.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 32, 6. August 1927.

* Ueber Rachitis. Arnold Orgler.
Tierexperimentelle Studien über die Beeinflussung des Kreislaufs durch die endovenöse Einverleibung hypertonischer Lösungen. Franz Kisch.
Ist der Blut-Aminosäurenspiegel während der Gestationsperiode unter normalen und pathologischen Verhältnissen verändert? Karl Hellmuth.
Zur Therapie der Encephalitis epidemica. Günther Winkler.
* Erkennung und Behandlung der verschiedenen Formen puerperaler Gasbazilleninfektionen. H. Brütt und W. Lehmann.
Zur Lokalisation des Leberglykogens. H. Edelmann.
Einfluß der Umgebungstemperatur auf Immunität und Infektion. E. Friedberger und S. Seidenberg.
Ueber den Zuckergehalt pathologischer Flüssigkeiten. Hellmuth Nathan.
Blutgruppenuntersuchungen an der hämophilen Familie Mampel zu Heidelberg. Andreas Kubányi.
Herzruptur nach Bergbahnfahrt. Paul Eichler.
* „Transargan" und die „Tiefenwirkung" in der Gonorrhöetherapie. Ullrich Hintzelmann und Joseph Zeltner.
Wirkt Adrenalin durch Vermittlung von Kalzium? L. Jendrassik und A. Czike.
* Ueber hormonale Vorgänge nach Glukosezufuhr. H. Häusler und R. Weber.
Ein Fall von Eunuchoidismus mit akromegalen Zügen. Gerhard Scherk.
Die Behandlung der Kinderpneumonie. Joseph Gehrt.
Leibesübungen als Therapie im Krankenhause. A. V. Knack.
Klinische Erfahrungen mit „Causyth" bei Grippe und Polyarthritis. I. Kastein.

Ueber Rachitis. Bei der Rachitis handelt es sich um eine Erkrankung, bei der der intermediäre Kalkphosphorsäurestoffwechsel gestört ist. Der normale Ablauf dieses Vorganges wird einmal reguliert durch kleine Mengen von Vitamin D, die im Körper aus dem Provitamin durch den Einfluß der im Sonnenlicht vorhandenen ultravioletten Strahlen entstehen, und zweitens durch die ungestörte Funktion der den Salzstoffwechsel regulierenden Drüsen. Störungen im Phosphorsäurekalkstoffwechsel müssen also eintreten, einmal, wenn die Umwandlung des Provitamins in das wirksame Vitamin nicht oder nicht in hinreichendem Maße eintritt; das kann sowohl darauf beruhen, daß der Organismus nicht fähig ist, das Provitamin unter den gewöhnlichen Lebensbedingungen zu aktivieren, als auch dadurch, daß ein Mangel an Provitamin vorliegt. Zweitens kann die Störung des Phosphorsäurekalkstoffwechsels auf einer Erkrankung oder Funktionsschwäche der ihn regulierenden Drüsen beruhen.

Erkennung und Behandlung der verschiedenen Formen puerperaler Gasbazilleninfektionen. Finden sich bei einem mit Gasbazillen infizierten fieberhaften Abort Zeichen des Blutzerfalls ohne peritonitische Symptome und ohne Gasknistern, ist ferner der Allgemeinzustand leidlich, dann ist eine Physometra auszuschließen. Es liegt eine lokale Infektion des Endometriums vor. Therapie: Curettage, evtl. Gasbrandserum. Prognose ist gut.

Sind ausgesprochene peritonitische Erscheinungen mit oder ohne Zeichen von Blutzerfall vorhanden, so kann auch bei fehlendem Gasknistern ein Gasbrand des Uterus vorliegen und es ist eine Operation erforderlich; findet sich dann kein Gasbrand der Uteruswand, wird lediglich die Peritonitis behandelt; oft wird man dann außer den Gasbazillen andere Keime im Bauchraum feststellen können.

Ist der Allgemeinzustand schlecht — mit oder ohne Zeichen von Blutzerfall und Bakteriämie — und sind nur leichte peritonitische Zeichen vorhanden, in erster Linie Meteorismus und Darmparese, besteht ferner eine starke Druckempfindlichkeit des Uterus, dann liegt auch bei fehlendem Gasknistern der dringende Verdacht eines meist partiellen Uterusgasbrandes vor. Die sofortige Operation ist indiziert; Exstirpation des Uterus, auch bei partiellem Gasbrand. Hat man dann wider Erwarten wohl eine mehr oder minder ausgeprägte Peritonitis, hingegen einen intakten Uterus vor sich, so hüte man sich, das Organ zu entfernen und begnüge sich mit der Drainage des Peritoneums nach Spülung der Bauchhöhle.

Selbstverständliche Voraussetzung einer Operation ist, daß man sich vorher von dem Vorhandensein einer Gasbazilleninfektion des Uterus überzeugt, d. h. durch den Nachweis von Gasbazillen in der Cervix, im Blut oder im Urin.

Die Verfasser sind stets nach diesen Grundsätzen verfahren und haben auf diese Weise von 9 operierten Gasbrandfällen 4 durch Uterusexstirpation heilen können, Fälle, die ohne den operati Eingriff sicherlich verloren gewesen wären.

„Transargan" und die „Tiefenwirkung" in der Gonorr therapie. Die „Tiefenwirkung" ist das Eindringen des Silbers in Tiefe des Gewebes. Nach der Hintzelmannschen Methode ist di nachweisbar und für „Transargan" auch nachgewiesen. Nur mikroskopisches Präparat kann Aufschluß über Tiefenwirk geben. Ist ein entsprechendes Präparat nicht nachzuweisen, so auch keine Tiefenwirkung vor.

Ueber hormonale Vorgänge nach Glucosezufuhr. Die Vers zeigen, daß nach peroraler Glucosezufuhr auch beim Mensche gleicher Weise wie beim Tier Insulin im Blute nachweisbar ist. gleich geht aus ihnen hervor, daß die von den Verfassern gearbeitete Methodik auch für Versuche an Menschen anwendba

Arnold Hirsch, Berl

Medizinische Klinik.

Nr. 29, 22. Juli 1927.

Schwangerschaftsveränderungen. L. Seitz.
Typhusepidemie in Hannover. E. Friedberger.
Künstliche Lichtquellen und Lichtfilter. Fr. Peemöller und F. Dannmeyer.
* Schlattersche Krankheit. M. Behrend.
* Daueranästhesierung bei Augenaffektionen. W. Alexander.
Pathologie der Trichinose. H. Nevinny.
* Intraklavikuläres tuberkulöses Infiltrat. K. Dietl.
* Vasokonstriktorische Neurose der weiblichen Brustwarze. D. Steinthal.
* Photographisch registrierter Venenpuls. v. Socha-Borzestowski.
Geburtshilfliche und gynäkologische Therapie mit Einschluß der Heil G. Burckhard.

Ueber Schlattersche Krankheit. Wir verstehen heute dar Verletzungen des schnabelförmigen Fortsatzes der oberen T epiphyse, nachdem im Jahre 1903 Karl Schlatter diese Verle gen zuerst beschrieb. Bis zu diesem Zeitpunkt ging dieses Kr heitsbild, soweit es überhaupt von Autoren erkannt worden unter der Diagnose „Beginnende Tuberkuloseerkrankung oberen Tibiaepiphyse". Andere Autoren wieder bezeichneten e „Chronische Entzündung der Bursa infrapatellaris profu Behrend beschreibt nun aus dem Augusta-Hospital 4 Fälle, denen Rachitis oder eine andere Allgemeinerkrankung a schließen war. Alle 4 Fälle werden von jugendlichen Persone liefert. Bei 3 ist die Schlattersche Krankheit nach direkter walteinwirkung an einem Bein entstanden, bei einem Pat. beide Beine durch die dauernde indirekte Gewalteinwirkung täglichen anstrengenden Radfahrens erkrankt. Bezüglich der handlung kann gesagt werden, daß wohl heute am meisten die servative Therapie angewandt wird. Das betreffende Bein ruhig gestellt und mit Heißluft und feuchten Umschl behandelt. Diese Behandlung hatte bei zwei Fällen Er bei den beiden anderen wurde infolge der bestehenden knöche Prominenz an der Tub. tib. chirurgisch vorgegangen. Die u suchten Knochenpräparate weisen ausschließlich gesunde Kno struktur auf. Von Mandach hat bei der Frage der Schlatters Krankheit die Knochenkernverhältnisse an der wachsenden Tub in den Vordergrund gestellt. Daraus ergibt sich einleuchtend, wir eine einheitliche pathologisch-anatomische Grundlage für Erkrankung nicht kennen.

Daueranästhesierung bei schmerzhaften Augenaffektionen. Fällen von Erblindung mit unbeeinflußbaren Schmerzen ist Resektion des Ganglion ciliare empfohlen worden, um die kleation mit ihren kosmetischen und psychischen Folgen zu meiden. Aber auch hier war man noch nicht befriedigt, un bedeutet das von Grüter angegebene Verfahren der oribitalen holinjektion einen Fortschritt, besonders weil dieselbe amb ausgeführt werden kann, und als Indikation gelten die Schm bei ein- oder doppelseitiger Erblindung, insbesondere das sch hafte absolute Glaukom. Bei Tumoren, Panophthalmie und pathischer Ophthalmie ist die Grütersche Behandlungsme kontraindiziert. Alexander nun hat das Ganglion Gasseri Alkohol injiziert; er hat zwei Fälle nach seiner Methode beha und diese Fälle zeigen, daß man schwerste Neuralgie des e Trigeminusastes, besonders der Bulbusnerven, durch Alkoholi tion in das Ganglion Gasseri heilen kann. Es darf nicht wähnt bleiben, daß das betreffende sehende Auge seine volle F tion und ungestörte Kosmetik behält. Beide Fälle sind lange völlig reizlos geblieben, und wenn in dem einen Fall noch 4 Jahren eine vollkommene Anästhesie besteht, so kann man mit Dauerheilung rechnen. Alexander hat gezeigt, daß ein artiges Resultat bis jetzt durch keine andere Methode er wurde. Sie ist darum so wichtig, da sie am sehenden Auge

falls anwendbar und gefahrlos und kosmetisch einwandfrei ist. Des weiteren kann man sie auch bei Tumoren, Panophthalmie, sympathischer Ophthalmie und eitrigen Entzündungen anwenden; denn der Krankheitsherd wird nicht berührt, sondern umgangen.

Ueber das infraklavikuläre tuberkulöse Infiltrat. Dietl berichtet kurz über eine von ihm im Jahre 1923 in dieser Zeitschrift geschriebene Arbeit. Er kommt darauf, weil Dorendorf in dieser Zeitschrift 1927, Nr. 18, ohne die Arbeit von Dietl, zu zitieren, die gleichen Tatsachen auf Grund eigener Beobachtungen neuerdings feststellt. Dietl hat 1923 ein bei älteren Kindern häufiges Krankheitsbild beschrieben, dessen Hauptmerkmal die Infiltration der infraklavikulären Anteile einer Lunge darstellt, die er als exazerbierende Primärtuberkulose bezeichnet. Aßmann hat später die allerdings nur röntgenologisch erkennbaren lateral unter der Klavikula lokalisierten Infiltrate beschrieben und diese sind wohl als die Anfangsstadien der von Dietl beschriebenen Tuberkuloseform anzusehen. Dorendorf glaubt, daß die Genese dieser Infiltrate als aerogene, exogene Reinfekte aufzufassen seien, wofür der „fast immer zu erbringende Nachweis einer akuten Ansteckungsquelle in der Umgebung der Betroffenen" spricht. Dietl hingegen glaubt, daß Reinfektionen latent tuberkulöser Menschen vielleicht eher zur Exazerbation alter, abgeklungener Herde führen als zum Auftreten neuer.

Zur vasokonstriktorischen Neurose der weiblichen Brustwarze. Warnecke, der über dieses Thema einen sehr wertvollen Beitrag geliefert hat, will festgestellt wissen, ob das beschriebene Krankheitsbild wirklich so selten sei. Verf. teilt mit, daß Patientinnen als Nebenbefund öfters über Schmerzen in beiden Brustwarzen mit gleichzeitiger Erektion derselben geklagt haben. Diese Beobachtungen wurden fast nur im Herbst und Winter gemacht und waren abhängig von geringerem oder stärkerem Wärmeschutz der Kleidung. Die genauere Beobachtung ergab, daß diese Schmerzen regelmäßig im Herbst und Winter einige Tage vor Auftreten der Menstruation einsetzten. Nach dem ersten Tage der Periode verschwanden diese Erscheinungen. Eine direkte Therapie wurde nicht angewandt, nur riet man den Patientinnen zu einem guten Wärmeschutz. Steinthal rät in hartnäckigen Fällen Chinin in kleinen Mengen zu geben, weil dieses Medikament auch bei anderen vasomotorischen Störungen von guter Wirkung ist.

Wesen und Bedeutung des photographisch registrierten Venenpulses. Das Wesen der Venenpulskurve ist so zu verstehen, daß sie eine Stromvolumenkurve ist, die abhängig ist von den Füllungen und Entfüllungen des Venenrohres; die Venenpulskurve ist keine Druckkurve. Sie zeigt uns erstens den normalen Bewegungsablauf am Herzen (Normotonus) und zweitens den veränderten Bewegungsablauf am Herzen an. Der letztere kann bedingt sein durch die hydraulisch verändert bewegte Blutmasse, ohne Störungseffekt für den Kreislauf, und das sind die kompensierten Herzklappenfehler. Eine weitere Beeinflussung des Bewegungsablaufs sind die organischen Schwächezustände des Herzmuskels, wie wir sie bei Dekompensationen der Herzklappenfehler vorfinden. Schließlich kann der Bewegungsablauf in seiner Veränderung noch durch einen gestörten Tonus (Dystonus) bedingt sein. Dieser Dystonus kann im Sinne einer hypotonischen und im Sinne einer hypertonischen Arbeitsweise des Herzens auftreten. Registrieren wir eine hypo- bzw. hypertonische Arbeitskurve, so wissen wir noch nicht, ob es sich um eine endogene oder exogene Nervosität handelt. Bezüglich der als organisch erkannten Abweichungen sind durch die Venenpulsregistrierung die sonstigen klinischen Untersuchungsmethoden nicht etwa entbehrlich geworden. Wir haben in der Venenpulsmethode ein weiteres Hilfsmittel gefunden, und es bedarf gar keiner Frage, daß der enorme Wert dieser Methode darin liegt, daß sie in diffizil liegenden Fällen den Ausschlag gibt.

Hofbauer, Berlin.

Die Medizinische Welt.

Nr. 25, 23. Juli 1927.

Die chirurgische Behandlung der Basedowschen Krankheit. Die Anzahl der Basedowfälle hat sich in der Nachkriegszeit anscheinend nicht vermehrt, die Fälle aber, die zur Beobachtung kommen, sind meistens schwerer als vor dem Kriege. Man darf die Basedowsche Krankheit nicht mit den thyreotoxischen Kröpfen oder Hyperthyreoidismen verwechseln. Trotz der Analogien in einzelnen Symptomen handelt es sich dabei um verschiedene Erkrankungen. Die Vergrößerung der Schilddrüse ist ein unerläßliches Symptom der Basedowschen Krankheit. Wem die Behandlung der Basedowkranken zukommt, darüber streiten sich noch heute Chirurgen, Internisten und Röntgenologen. Verfasser nimmt einen konservativen Standpunkt nur dann ein, wenn es sich um ganz im Anfang befindliche, also leichteste, oder allerschwerste Fälle handelt, die einen Eingriff nicht überstehen würden. Zu den letzteren gehören die Kranken mit sehr hoher Pulszahl und besonders starken nervösen Störungen. Auch bei etwaigen Patienten mit Basedowpsychose, die mitunter vorkommt, soll man mit der Indikation zur Operation sehr zurückhaltend sein. Jeder Basedowpatient muß vor jeder Operation einer gründlichen Vorbehandlung unterzogen werden. Dieselbe dauert etwa zwei Wochen und besteht im wesentlichen in Bettruhe. Während dieser Zeit geht die Tachykardie fast stets zurück, und die Struma verdichtet sich und wird konzentrierter. Von Medikamenten verordnet Verfasser Digalen per os; daneben erhält der Patient Natrium phosphoricum oder andere Sedativa. In der letzten Zeit sind Gynergeninjektionen empfohlen worden. In Amerika wird sehr warm eine Vorbehandlung mit minimalen Joddosen in Form von Lugolscher Lösung empfohlen. Der Zeitpunkt der Operation läßt sich nur durch klinische Beobachtung festsetzen. Pulsfrequenz und Allgemeinzustand des Kranken spielen dabei die ausschlaggebende Rolle. Man soll den Kranken erst ganz kurz vor dem beabsichtigten Eingriff in schonendster Weise darauf aufmerksam machen, daß der günstige Zeitpunkt dazu gekommen ist. Die Operation wird vom Verfasser in letzter Zeit in Aethernarkose ausgeführt. Bei einer Lokalanästhesie darf der Adrenalinzusatz nur minimal sein, da dasselbe von Basedowkranken mitunter sehr schlecht vertragen wird. Bei der Operation muß eine möglichst große Reduktion der Schilddrüse ausgeführt werden. Die bloße Unterbindung einer oder mehrerer Schilddrüsenarterien genügt in den meisten Fällen nicht. Vor zu eingreifenden Operationen in einer Sitzung muß gewarnt werden, da die postoperative Reaktion zu verhängnisvollen Folgen führen kann. Die Heftigkeit derselben geht durchaus nicht immer mit der Schwere des Krankheitsbildes parallel. Bei zu starker Reaktion geht der operierte Patient unter den typischen Erscheinungen des Basedowtodes — exzessive Tachykardie, sehr starke Aufregung Zyanose usw. — zugrunde. Gegen diesen unglücklichen Ausgang gibt es keine Mittel. Eine Erklärung dafür gibt es nicht. Bekannt ist nur die auffallende Häufigkeit einer persistierenden Thymusdrüse beim Basedowtode. Die Mortalität nach den Basedowoperationen hat in den Nachkriegsjahren zugenommen. Trotzdem sind in der chirurgischen Klinik der Charité in Berlin 61,9% der operativen Patienten geheilt bzw. so sehr gebessert worden, daß sie ohne jede Störung ihren Beruf wieder ausüben können. Die konservative Behandlung führt seltener zu Erfolgen und ist weniger wirtschaftlich als die chirurgische. Der Eingriff ist bei Basedowkropf um so leichter, je früher der Patient zum Chirurgen kommt. Die Röntgentherapie ist unsicher und führt zu Verwachsungen, die im Falle des Mißerfolges für die nachfolgende Operation außerordentlich störend und erschwerend sind. Man sollte deshalb die konservative Therapie der Basedowschen Krankheit nur für die Fälle aufsparen, die aus klinischen Gründen für eine Operation nicht in Frage kommen.

Behandlung der Sklerodermie. An Hand eines Falles von universeller Sklerodermie bespricht Verfasser das gesamte Problem dieser Erkrankung. Die Aetiologie der Sklerodermie ist noch unklar. Am wahrscheinlichsten scheint die Theorie von E. J. Kraus zu sein, wonach die Sklerodermie in Analogie zur Schrumpfniere zu stellen sei: primäre Gefäßveränderungen mit sekundärer Gewebsatrophie, Bindegewebsvermehrung usw. Dabei bleibt dahingestellt, wodurch die primären Gefäßveränderungen ausgelöst werden, ob durch anatomische Prozesse oder durch funktionelle Einflüsse (Spasmen, Angioneurose). Rasch einsetzende Gefäßveränderungen, die die Gewebsernährung stark stören, führen zu einer Raynaudschen Gangrän, allmählich einsetzende zu einer Sklerodermie, und zwar führen zirkumskripte Gefäßveränderungen zur Sklerodaktylie bzw. zur Sklerodermie en plaques, diffuse zur allgemeinen Sklerodermie. Die Mitbeteiligung des endokrinen Systems an der Krankheit ist unbewiesen. Die günstige Wirkung von Schilddrüsenextrakten scheint auf dem Einfluß zu beruhen, den diese Extrakte, wie alle endokrinen Präparate, auf das Gefäßsystem ausüben. Die Prognose der Sklerodermie ist nur bei jugendlichen und umschriebenen Formen günstig, bei Sklerodaktylie absolut ungünstig. In der Mitte stehen

die generalisierten Formen, deren Prognose zweifelhaft ist, bei denen aber auch noch nach Jahren Heilung möglich ist. Bei solchen Fällen von Sklerodermie, die lange ergebnislos behandelt worden sind, sollte immer eine Badekur versucht werden. In dem vom Verfasser beschriebenen Falle wurde der Patient zunächst nur mit täglichen Thermalbädern (es handelt sich um warme Schwefelbäder in Aachen-Burtscheid) von 36 Grad und 20 Minuten Dauer behandelt, dann mit Thermalduschemassagen und Dampfstrahlduschen der befallenen Hautpartien; schließlich auch mit Massagen unter Anwendung von Salbe. Vier Wochen lang nahm Patient Thyreoidin-Tabletten zwei- bis dreimal 0,1. Unter dieser Behandlung besserte sich der Zustand des Patienten so bedeutend, daß er wieder arbeitsfähig wurde.

L. Gordon.

Zeitschrift für Kreislaufforschung.

19, 13. Heft, 1. Juli 1927.

* Zur Frage der angeborenen Herzvergrößerung. (Idiopathische Herzhypertrophie.) Karl Oberhammer.

Zur Frage der angeborenen Herzvergrößerung. Bericht über zwei eigene Beobachtungen, klinisch, pathologisch, histologisch. Einmal handelt es sich um ein sieben Monate altes Mädchen, dessen Herz 70 Gramm wog (normal 27 g). In diesem Fall bestand eine Pneumonie und eine auffällige Verdichtung der adventitiellen Schichten arterieller Gefäße in Niere, Milz, Lunge und im Herzen selbst. Der zweite Fall betraf einen 10½ Monate alten Knaben, dessen Herz 125 Gramm wog (normal 40 g). Makroskopisch und mikroskopisch ergaben sich keine Anhaltspunkte für die Erklärung der Massen- und Volumsvermehrung des Herzens, so daß keine andere Erklärung als die einer echten angeborenen Hypertrophie übrig bleibt.

19, 14. Heft, 15. Juli 1927.

Zur Kenntnis des linksseitigen Ursprungs der Arteria subclavia dextra und seiner Folgen. Eugen Kirch.
* Die Ermittlung des Herzschlagvolumens des Menschen durch Einatmung von Aethyljodiddampf. W. Mobitz.

Die Ermittlung des Herzschlagvolumens des Menschen durch Einatmung von Aethyljodiddampf. Verf. faßt das Ergebnis seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen: 1. Unter gleichen Bedingungen in der Ruhe ist für die untersuchten normalen und pathologischen Fälle das Herzschlagvolumen eine konstantere Größe als das Atemvolumen, die Zahl der Atemzüge, die Pulsfrequenz und die Zirkulation. 2. Bei der Untersuchung verschiedener normaler Personen ergibt sich, daß die Beziehung zwischen Körpergewicht und Schlagvolumen relativ konstant ist, konstanter als die Beziehung zwischen Zirkulation und Körperoberfläche oder Sauerstoffverbrauch. 3. Aenderung der Körperlage ändert Zirkulation und Schlagvolumen. Mechanische Beeinflussung des Zuflusses zum rechten Herzen erscheint hier als maßgeben. 4. Bei Frauen ist die Zirkulation und das Schlagvolumen im Verhältnis zum Körpergewicht kleiner als bei Männern.

19, 15. Heft, 1. August 1927.

* Ueber die sogenannte „paradoxe Embolie". Max Wittig.

Ueber die sog. „paradoxe Embolie". Unter „paradoxe Embolie" versteht man den Vorgang des Ueberwanderns von thrombotischen Massen aus dem venösen in den arteriellen Kreislauf durch ein offenes Foramen ovale. Ein eigener Fall wird klinisch und pathologisch anatomisch dargestellt.

Lanke, Engelsdorf.

Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen.

Heft 14, 1927.

Ueber den Einfluß der Vitaminnahrung auf die Gesunderhaltung des Menschen. Winckel.
Das neue Operations- und Röntgenhaus des Städtischen Krankenhauses T. in Hannover. Jancke.
* Ueber Aluminium, seine Art, Verwendung und Behandlung im Wirtschaftsbetriebe des Krankenhauses. Gutjahr.
Zeppelin-Luftschiffe als Sanatorien. Feilchenfeld.
Eindrücke in den Krankenhäusern Brasiliens. Schreus.

Ueber Aluminium, seine Art, Verwendung und Behandlung im Wirtschaftsbetriebe des Krankenhauses. Bei der Auswahl von Kochgeschirren und Transportgefäßen für Speisen in den Krankenhäusern muß man sein Augenmerk darauf richten, daß sie nicht aus einem Material hergestellt werden, das von Fruchtsäften oder Speisen angegriffen wird. Auch muß das Material widerstandsfähig genug sein, um hygienisch einwandfrei zu bleiben und für das Auge ansprechend zu wirken, wenn es beim Gebrauch und auf dem Transport stark in Anspruch genommen wird. Es darf sein Ansehen bei Reinigung nicht verlieren und muß stoßfest sein. Früher sind Gefäße aus verzinntem Eisenblech viel verwendet worden. Auch heute findet man sie noch vorherrschend. Die aus verzinntem Eisenblech hergestellten Gefäße machen in neuem Zustand einen sehr vertrauenerweckenden Eindruck. Sie sehen einwandfrei aus und vertragen auch Stoß und Schlag beim Transport. Der Zinnüberzug nutzt sich aber leicht ab. Früher hielt man Zinn für ein Metall, das sehr widerstandsfähig gegen die in den Speisen enthaltenen angreifenden Stoffe ist. Neuere Versuche haben aber diese Ansicht scharf erschüttert. Ist die leicht eintretende Beschädigung des Zinnüberzuges einmal erfolgt, dann nimmt der Zerstörungsvorgang des Gefäßes einen schnellen Verlauf. Bei im Zinnüberzuge schadhaften Gefäßen treten infolge der Feuchtigkeit, denen diese ausgesetzt sind, elektrische Spannungsunterschiede zwischen Zinn und Eisen auf, die ein schnelleres Rosten des Eisens bedingen, als wenn es unverzinnt wäre. Auch unter dem Zinn bildet sich Rost, der noch mithilft, daß der Zinnüberzug schnell zerstört wird.

Durch Zinnübergang in die Speisen können möglicherweise gesundheitsschädliche Wirkungen entstehen.

Nickel verdient bei Dampfkochkesseln gegenüber dem Aluminium entschieden den Vorzug. Emaillierte Gefäße sind nicht empfehlenswert. Mehr und mehr bürgert sich mit Recht das Aluminium ein. Die mechanischen Eigenschaften dieses Metalls sind abhängig von der Struktur; je reiner, umso feinkörniger. Alkalische Lösungen dürfen nicht darin aufbewahrt werden. Bei allen Vorzügen ist eine der unangenehmsten Eigenschaften des Aluminiums das Auftreten von Korrosionen. Beim Einkauf von Aluminiumgefäßen verpflichtet man am besten den Lieferanten zum kostenlosen Umtausch der Stücke, bei denen Korrosionen innerhalb einer angemessenen Zeit auftreten.

Heft 15, 1927.

Die Rechtsbeziehungen einer öffentlichen Krankenanstalt zu ihren Kranken. Groth.
Der Erweiterungsbau des Diakonissenkrankenhauses zu Kreuzburg, ein Beispiel der Erneuerung mittelgroßer Krankenhäuser. Peuckert-Lenz.
Yoghurt und Kefirbereitung im Städtischen Krankenhause Sachsenhausen. Wirth-Kleeberg.
* Ueber Käse, seine Herstellung und Beurteilung. Mertell.
Ueber Inhalationstechnik. Maurer.
Ueber den Reichskurs für wirtschaftliche Verwaltung in Frankfurt a. M. Kühne.
Umstellung der Großküchen von Kohlen- auf Gasheizung. Riekemann.

Ueber Käse, seine Herstellung und Beurteilung. Sehr lesenswerter Aufsatz, in dem die Herstellung der verschiedenen Käsesorten in klarer allgemeinverständlicher Form dargestellt wird. Vor allem wird auf die Bereitungsart der Sauermilchkäse und Labkäse hingewiesen, auf die hochentwickelte Industrie im Allgäu und Fehler der Herstellung.

Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin.

56., Heft 1/2.

Ueber krampfmachende und tödliche Wirkungen osmotischer Wasserentziehung durch hypertonische Zuckerlösungen. IV. Mitteilung: Ueber die physiologischen Grundlagen der Osmotherapie. Bürger und Baur.
Zum Entzündungsbegriff. Experimentelle Untersuchung. Alpern und Tutkewitsch.
* Studien zur Blutkörperchen-Senkungsreaktion. Wiemer.
Ueber elektrogastrographische Studien am nüchternen Magen. Veit.
Ueber die erythropoektische Wirkung der Azidose. Dette.
Ueber den Einfluß der Nervendurchschneidung auf den Prozeß der Vitalfärbung mit Trypanblau und Lithionkarmin. Kusnetzowsky.
Neue Daten über die Funktion der isolierten Nebenniere. Kusnetzow.
* Atemphysiologische Beobachtungen beim Gebrauch von Industrie-Schutzmasken. I. Mitteilung: Die Bedeutung des Individuums für die Verwendbarkeit der Maske. Hörnicke und Bruns.
Der respiratorische Gaswechsel der Epileptiker. Frisch.
Die Wirkung von Kolloiden adsorbierter Stoffe auf das Retikuloendothel als neuer pharmakologischer Wirkungstyphus. v. Jancsósun.
Pharmakologische Beiträge zur Frage der alimentären Glykämie. Loewenberg.
Eine neue Spritzenelektrode zur direkten pH-Messung mit stehender Wasserstoffblase. Lasch.
Ueber das Abfließen der Galle in den Verdauungskanal. Winogrador.
Ueber die pharmakologische Wirkung der Flüssigkeit aus den isolierten Mammae. Nikolaeff und Herbst.
Zur Physiologie und Pathologie der Ermüdung. II. Mitteilung: Die Veränderungen der Funktion der blutbildenden Organe während der Muskel- und der geistigen Arbeit. Goldberg und Lepskaja.
Sympathikonie und Vagotonie. Czépai.
Experimentelles zur Kreislaufwirkung endovenös einverleibter hypertonischer Lösungen. Kisch.
Beiträge zur Physiologie und Pathologie des menschlichen Harnsäurestoffwechsels. I. Mitteilung: Ueber Schwankungen des endogenen Harnsäurestoffwechsels des Normalen und deren Regulation. Linke.

Beiträge zur Kenntnis der chemischen Aenderungen des Blutes bei der Asphysie. I. Mitteilung: Verhalten des Calciums, Kaliums, Restsickstoffes, Fibrinogens, Albumin-Globulingehaltes und der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit unter Sauerstoffmangel. Rittmann.

Studien zur Blutkörperchen-Senkungsreaktion. Für den Ablauf der Blutsenkung läßt sich nachweisen, daß eine lichte Weite der Röhrchen von mindestens 2,5 mm notwendig ist, um brauchbare Vergleichsergebnisse zu erzielen. Bei engeren Röhrchen macht sich der störende Kapillareinfluß um so mehr bemerkbar, je rascher senkend das Blut ist.

Unter Festsetzung des Stundenwertes als geeignetste Ablesungszeit läßt sich kurvenmäßig jene Röhrchenlänge ermitteln, bei der das zu untersuchende Blut 50% der Röhrchenlänge senkt. Dadurch lassen sich quantitative Beziehungen über die Stärke der Senkungen verschiedener Blutsorten finden.

Beim Arbeiten mit stets der gleichen Röhrchenlänge erweist sich eine Länge von 20 cm als die geeignetste.

Um das wechselnde Volumen der roten Blutkörperchen als Fehlerquelle bei der Senkungsreaktion auszuschalten, wird durch Zentrifugierung das Volumen (Kompressionsvolumen) bestimmt und an Hand einer Kurve der korrigierte Senkungswert abgelesen. Der Vergleich der korrigierten Senkungswerte mit dem Kompressionsfaktor eines Blutes

$$\frac{\text{24-Stunden-Wert der Senkung in \%}}{\text{Kompressionsvolumen}}$$

ließ eine brauchbare kurvenmäßige Beziehung erkennen, wodurch eine wesentliche Vereinfachung der Methodik gegeben scheint.

Eine Reihe klinischer Beispiele bestätigte die Brauchbarkeit des Kompressionsfaktors. Experimentelle Ergebnisse machen es wahrscheinlich, daß die Verteilung der Chlorionen zwischen Plasma und roten Blutkörperchen mitbestimmend für die Aggregatbildung der Erythrozyten ist.

(Die die Senkungsreaktion jetzt in der Allgemeinpraxis immer mehr an Bedeutung gewinnt, scheinen mir diese methodischen Untersuchungen eines Schülers von Morawitz-Leipzig besonders wichtig. Anm. des Ref.)

Atemphysiologische Betrachtungen beim Gebrauch von Industrie-Schutzmasken. Auf Grund arbeitsphysiologischer Untersuchungen (Pulsfrequenz, Minutenvolumen, Leistungsfähigkeit usw.) kommen die Verfasser zu folgendem Ergebnis: Aus den Erfahrungen der Industrie ist bekannt, daß die Arbeiter nur sehr ungern Gasmasken bei der Arbeit tragen und wenn sie doch dazu veranlaßt werden, wesentlich geringere Leistungen vollbringen. Werden Gasmasken häufiger und länger getragen, so kommt eine Gewöhnung und Anpassung zustande, vorausgesetzt, daß es sich um gesunde Individuen handelt. Auf alle Fälle aber darf keiner der Gasmaskenträger ohne Vorbereitung zu einer längeren Tätigkeit in der Maske veranlaßt werden. Denn dies wäre gleichbedeutend einer sportlichen Ueberanstrengung.

Vierteljahrsschrift Deutscher Aerztinnen.

3. Jahrg., Heft 3, Juli 1927.

Aufgabe und Bedeutung der Gymnastik vom Standpunkt der Gynäkologie. Eine besondere Aufgabe der Aerzteschaft ist das Beobachten der Frauengymnastik, sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht. Der positive Einfluß besteht in der besonderen Förderung der turnerischen Uebungen unter den im Beruf stehenden Frauen, der negative in der Regulierung der Leibesübungen während der Menstruation, der Schwangerschaft und der Stillperiode. An und für sich ist keine Schädigung durch körperliche Uebungen während der Menses zu befürchten, denn die geleistete Arbeit bedingt eine stärkere Durchblutung der Muskulatur, infolgedessen eine Blutentlastung der Unterleibsorgane. Demnach besteht theoretisch die Gefahr verstärkten Blutverlustets nicht, doch herrscht hierüber noch keine Einigkeit. Während Beobachtungen einiger Aerztinnen an sich selbst sowie Beobachtungen von Fränkel (vgl. seine Abhandlung in Halbon-Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes, 1925) darauf schließen lassen, daß überhaupt bei reichlicher Körperbewegung und auch bei sportlicher Betätigung der menstruelle Blutverlust geringer sei als sonst, weist Hermine Heusler-Edenhuizen in ihrer Vortragsreihe „Die körperliche Ertüchtigung der Frau“ (Berlin, 1925) darauf hin, daß Turnlehrerinnen und größere Schülerinnen im Anschluß an forciertes Springen, Laufen und Geräteturnen gelegentlich an starken menstruellen Blutungen erkranken. „Es ist aber noch ein weiterer Faktor in Betracht zu ziehen, der den Gegensatz zwischen diesen verschiedenartigen Beobachtungen erklärt, nämlich die verschiedengradig gesteigerte Reizbarkeit der Vasomoten zur Zeit der Menses und die dadurch bedingten Zirkulationsschwankungen in den einzelnen Körperteilen, die bei gegebener Disposition zu verstärkten Blutungen bei turnerischer Betätigung während der Periode führen können. Auf die gleiche Ursache sind auch die unregelmäßigen Blutungen im Intermenstrum zurückzuführen, über die regelmäßig Gymnastik treibende Patientinnen in der Sprechstunde Mitteilung machen. Diese Beschwerden sind also nicht der gymnastischen Betätigung an sich zur Last zu legen, sondern der krankhaften Reizbarkeit des vegetativen Nervensystems bei dem betreffenden Individuum. Einzelne Frauen wird es immer geben, die weder durch Schmerzen noch durch stärkeren Blutverlust bei der Periode, noch durch besondere Reizbarkeit des Gesamtnervensystems oder gesteigerte Ermüdbarkeit beim Menstruationsablauf in ihrem Wohlbefinden gestört werden, und diese eumenorrhoischen Frauen können ja ruhig versuchsweise während der Menses turnen. Aber alle diejenigen, die an irgendeiner Form von Menstruationsstörungen leiden, und das wird die überwiegende Mehrzahl der Frauen sein, sollen während der Periode auf Leibesübungen verzichten.“ Das Baden und Schwimmen ist jedenfalls während der Menses von allen Frauen zu unterlassen. Was die Turnübungen während der Schwangerschaft betrifft, so haben hier alle Uebungen zu unterbleiben, die eine plötzliche heftige Steigerung des abdominellen Druckes bedingen, die vorzeitige Uteruskontraktionen auslösen könnten. Freiübungen jedoch und die leichteren Uebungen sind sogar sehr empfehlenswert. Zahlreiche Erfahrungen in dieser Beziehung haben glänzende Resultate gezeitigt. Was das Gymnastiktreiben nach der Geburt anbetrifft, so werden funktionelle Störungen des Genitals, sowohl zu schwache Menses mit endokriner Adipositas als auch zu starke Perioden infolge Entkräftung des ganzen muskulösen Systems häufig behoben durch gymnastische Betätigung. Diese wirkt vielfach nützlicher als medikamentöse Behandlung, weil sie in gewissem Sinne eine kausale Therapie, d. h. eine Umstellung der Gesamtkonstitution herbeiführen. Die weitverbreitete Ansicht, daß durch Gymnastik sowie durch zu starke Bewegung das Stillvermögen beeinflußt werden könnte, ist zum Teil berechtigt, jedoch übertrieben. Bei der erforderlichen Vorsicht ist nach der Meinung der Verfasserin sogar ein möglichst frühes Einsetzen der gymnastischen Uebungen nach der Geburt erforderlich, um die im Anschluß an Partus und Stillperiode häufig auftretenden menstruellen Störungen, Körpergewichtszunahme und dergleichen zu vermeiden. In dieser Frage weicht ihre Meinung von derjenigen der Frau Dr. Profé und Dr. Housché (in Färber: Die Frauentagung der Deutschen Turnerschaft in Leipzig, Leibesübungen, Heft 14) ab, desgleichen darin, daß überhaupt kein Unterschied in der Art der Leibesübungen des Mannes und der Frau bestehen soll. Wenn auch für Genitalorgane an sich keine Art der üblichen Leibesübungen schädlich ist, so stimmt sie doch mit E. Matthias darin überein (Eigenart in Entwicklung, Bau und Funktionen des weiblichen Körpers und ihre Bedeutung für die Gymnastik, Bern 1923, Haupt), daß vom konstitutionellen Standpunkt aus eine Differenzierung stattfinden soll. Davon abgesehen gewinnt spezifische Gymnastik der Muskulatur der unteren Rumpfhälfte gerade vom gynäkologischen Standpunkt aus eine besondere Bedeutung, die noch vielfach unterschätzt wird. Die physiologische Wirkung, insbesondere die wohltätige Fernwirkung, welche die Retortierung der Konstitution auf die Genitalfunktion hat, ist außerordentlich groß. Erwähnenswert ist ferner die wohltuende Wirkung der gymnastischen Uebungen auf den Tonus des vegetativen Nervensystems. Bei all diesen Betrachtungen ist aber stets im Auge zu behalten, daß sowohl alles Schematisieren als auch jedes Streben nach Höchstleistung falsch ist.

M. Kantorowicz.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

108, Heft 4.

Die Erregungsvorgänge in der Sehrinde auf Grund sinnesphysiologischer Experimente. Die angestellten Versuche, die sich auf verschiedene Sehvorgänge (Farbschwelle, Unterschiedsschwelle für Farbintensitäten, Größe des farbigen Gesichtsfeldes, Dauer und Intensität negativer Nachbilder) erstrecken, haben ergeben, daß die Wirkung der homochromen Umstimmung grundsätzlich anders am umgestimmten Auge als an dem anderen, nur den indirekten Wirkungen der Umstimmung unterworfenen Auge verläuft. Das außerdem bei heterochromer direkter wie indirekter Umstimmung stets eine Herabsetzung der Erregbarkeit in der Sehsubstanz festgestellt wurde, hat sich ergeben, daß die Heringsche Theorie (Bestimmte Farben verändern die Sehsubstanz bald im Sinne der Dis-, bald im Sinne der Assimilation) nur Geltung hat, 1. wenn umstimmender Reiz und Hauptversuch das gleiche Auge, mithin nur die diesem Auge zugehörige Sehsphäre betrifft, 2. wenn die untersuchten Sehvorgänge stets in der gleichen Sehsubstanz (Rot-grün- oder Gelb-blau-Substanz) sich abspielen. Bei der indirekten Umstimmung sind diese Bedingungen nicht erfüllt. Es fehlt dabei die Spezifität der Wirkung der Gegenfarben. Diese Umstimmung kommt daher stets in einer Herabsetzung der Erregbarkeit zum Ausdruck. Diese Untersuchungen haben also den gesetzlichen Ablauf der Erregungen in der Sehsphäre eines chromatisch umgestimmten Auges, die intrakortikale Fortleistung dieser erfolgten Umstimmung zu der Sehsphäre des anderen Auges und die Bedingungen, unter denen die kortikalen Hemmungsvorgänge bisher unbekannter Genese in Erscheinung treten, gezeigt.

Studien über Sprachstörungen bei Schizophrenen (Schizophasien). Von der umschriebenen Teilform der Dem. praec., der Schizophasie, ausgehend, fand Sch. schon bei den eigentlichen sprachlichen Gebilden (Satz-, Wort- und Lautstruktur) zwei verschiedene Formen von Störungen in der Sprache der Schizophrenen, auf der einen Seite Agrammatismus, Wortschatzverarmung und Apraxie der Lautbildungen und Paraphasien. Diese beiden, als Dysphrasien resp. Parabildungen und Paraphasie. Diese beiden, als Dysphrasien resp. Paraphrasien bezeichneten Störungsformen haben wegen formaler Aehnlichkeiten zur motorischen bzw. sensorischen Aphasie enge Beziehungen. Als frontale und temporale Herderkrankungen aufgefaßt (K l e i s t), lassen sie sich als isolierte Sprachstörungen von vorsprachlichen, insbesondere gedanklichen Störungen (Okzipitallappen) trennen. Sprachstörungen Schizophrener sind gegenüber Aphasien arteriosklerotischer und anderer Herderkrankungen umschriebener, betreffen höhere Stufen und sind durch andere Störungen überlagert (hauptsächlich bei den Dysphrasien der Katatonen). Wenn nun auch eine Mitbeteiligung der Basalganglien hierdurch angedeutet ist und diese bei dem häufigen Wechsel der Symptome, bei der Entstehung von sprachlichen Stereotypien, Iterationserscheinungen und Anomalien in den musischen Elementen eine Rolle spielen, so sind doch in Einklang zu Befunden an hirnpathologisch besser erforschten Hirnerkrankungen auch bei den schizophrenen Sprachstörungen Teile der kortikalen Sprachregionen sicher als mitbeteiligt anzusehen. Die Arbeit stützt sich auf zahlreiche Dem.-praec.-Fälle, von denen Verf. 7 Krankengeschichtsauszüge beifügt.

Ueber das Ergebnis zisternaler Verimpfung von Paralytiker- und Tabikerliquor auf Kaninchen. Das Gesamtergebnis der zisternalen Impfungen von 6 Kaninchen mit Liquor von 3 Paralytikern und von 6 Kaninchen mit Liquor von 3 Tabikern (2 mal positiv, 1 mal negativ) läßt Verf. zu den Resultaten kommen, die sich keineswegs mit denen von H o f f und P o l l a k decken. Letztere hatten die bemerkenswerte Mitteilung gemacht, daß es ihnen gelungen sei, durch subdurale Verimpfung von Paralytiker- und Tabikerliquor auf Kaninchen charakteristische Befunde bei den Tieren zu erzeugen. Diesen positiven Befunden stehen nun negative Befunde des Verfassers sowie P l a u t s gegenüber.

Zur Frage über die traumatische Meningitis serosa acuta. Da die akute seröse Meningitis oft übersehen wird, kommt Verfasser zu dem Schluß, daß bei jeder Erschütterung des Gehirns oder des ganzen Körpers, überhaupt bei geschlossenen und offenen Traumen des Schädels sowie des Rückenmarkes der Kranke sorgfältig auf die sogenannten „Hirnsymptome" (Kopfschmerzen, Erbrechen, Stauungsneuritis, Temperatur-, Pulsabweichungen, Bewußtseins-, Schlafstörungen, Nackenstarre, Krämpfe, Paresen, Hyperästhesien, Kernigsches Symptom u. a. m.) untersucht werden sollte. Die Ophthalmoskopie (Stauungspapille) erweist sich als besonders wichtig. Als charakteristische Eigenschaften des Liquor cerebrospinalis sind erhöhter Druck, Durchsichtigkeit, Sterilität und verhältnismäßig geringe Menge der Formelemente zu erwähnen. Für die Entwicklung des Leidens kommt ätiologisch nicht allein die Infektion, sondern auc die Intoxikation in Frage. Die Pathogenese der akuten seröse Meningitis, insbesondere der traumatischen, kann nicht als aufgeklä gelten. Die beste Methode der Behandlung sind wiederholte Lumba punktionen.

Verfasser beschreibt als „Unikum" einen Fall der genannte Meningitis auf dem Boden einer Stichwunde der Rückenmarkshäut Den Schwerpunkt der Entstehung sieht er in einem 11 Tage spät an der Stichstelle entstandenen Muskelabszeß und nicht in der in d Hirnhäute hereingebrachten Infektion. Er hält dabei die Meninge für den locus minoris resistentiae (Ueberwältigung der eingedru genen Infektion, Verwundung) gegenüber der durch die Bakteri des Abszesses ständig anhaltenden Intoxikation. Es würde widrige falls unbegreiflich bleiben, weshalb die für die Muskeln virulent Erreger (Abszeß) nur eine aseptische seröse Entzündung d Meningen hervorriefen.

Ueber Stützreaktionen (Magnus) beim Menschen (zugleich e Beitrag zur Auffassung der sogenannten Gelenkreflexe). Bei klei hirnlosen Tieren wären außer den bekannten Lage- und Stellreflexe (Magnus, de Kleyn) bisher noch nicht bekannte statische Reaktione lokalen Charakters zu beobachten. Durch bestimmten Reiz konn z. B. ein Gliedmaß in eine „feste Stützsäule" (positive Reaktion durch anderen Reiz in ein bewegliches Instrument (negative Rea tion) verwandelt werden. Verfasser hatte Gelegenheit, die Stüt reaktion auch am Menschen zu beobachten, und zwar besonde klassisch bei einem 12jährigen Jungen mit klinisch schwerer Klei hirnschädigung. Eine andere Beobachtung von nur halbseitig au tretenden Stützreaktionen, wie sie sich in einem Fall von einseitige Kleinhirnbrückenwinkeltumor fanden, läßt im Falle von Häufung äh licher Befunde an eine lokalisatorische, praktische Bedeutung dies Zeichen denken. Eine Besonderheit letzteren Falles ließ Verfass ferner zu der Annahme kommen, daß die Gelenkreflexe (Lérisch Reflex und Marie-Foixscher Handgriff) als Muskeldehnungsrefle wie die St. R. und mit diesen als identisch betrachtet werden könne Die negative Phase der St. R. wäre somit (Handgelenksbeugereflex hohem Prozentsatz bei Gesunden positiv) als normaler Reflex zu b zeichnen. Den Mayerschen Fingergrundgelenkreflex glaubt Ve fasser in die durch Fingerstreckerdehnung verursachten Reflexe ei reihen zu dürfen. Eine Revision der Auffassung über die Musk atonie bei Zerebellarläsionen muß als notwendig angesehen werde denn es ist bewiesen, daß bei Ruhelage eine Atonie der der Klei hirnschädigung homolateralen Körperseite vorhanden ist, unt statischer Beanspruchung aber eine starke Hypertonie bestehen kan

Ueber die Aufhebung der Amnesien bei pathologischen Rausc zuständen und anderen transitorischen Bewußtseinsstörungen dur Hypnose oder Schlafmittelhypnose. In 11 von 20 Fällen path logischer Rauschzustände mit einerseits qualitativer, anderersei quantitativer Alkoholintoleranz gelang es Verfasser, durch zum T ganz oberflächliche Hypnose Gedächtnislücken wieder zu erhelle In 5 von diesen 20 Fällen erwies sich dazu eine Fortsetzung d Hypnose unter Darreichung von Medinal- oder Paraldehydgab notwendig. Nur in 4 Fällen kam er nicht zum Ziel, doch nimmt auch bei diesen an, daß er durch stärkere Schlafmittelverabreichu in einen tiefen hypnotischen Rapport gekommen wäre. Wenn d entsprechende Rapport hergestellt war, wurde überraschend schn das amnestische Erlebnis berichtet, im Gegensatz zu den Erfahru gen bei Amnesien nach epileptischen Dämmerzuständen. Abkling wie Entstehung des vorhergegangenen Dämmerzustandes schein dabei nicht unwichtig zu sein. Daß beim pathologischen Raus organische Faktoren mitspielen, ist zweifellos. Das Gedächtn material geht aber offenbar nicht zugrunde, sondern es werden n Verdrängungsmechanismen, die sonst für ein Vergessen nicht g nügend stark gewesen wären, wirksam (Suizidtendenzen). Proze satz der aufgehellten Amnesien nach pathologischem Rausch ist ka verschieden von dem der Amnesien Hysterischer. Aus einig Fällen geht hervor, daß weder das eindringliche Examen allein, no die enthemmende Wirkung des Paraldehyds Amnesien völlig a hellen konnte. Forensisch wird man die Amnesie des path logischen Rausches nach diesem Resultat nicht anders auffass dürfen als die Amnesie des hysterischen Ausnahmezustandes.

H a n s K n o s p e, Berlin.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 32, 6. August 1927.

Beitrag zur Kenntnis der Parotitis im Wochenbett. Nach kurzem Ueberblick über die einschlägige Literatur folgt die Besprechung mehrerer im letzten Jahr in der Königsberger Frauenklinik beobachteter Fälle von Parotitis im Wochenbett, einer sonst anscheinend wenig beobachteten Wochenbettskomplikation. Bezüglich der Aetiologie kommt sowohl die hämatogene Infektion wie die aszendierende Infektion von der Mundhöhle her durch den Ductus stenonianus in Betracht; ferner muß man auch an eine rein traumatische Schädigung der Ohrspeicheldrüse durch den Druck der Finger des Narkotiseurs denken, falls eine geburtshilfliche Operation stattgefunden hat. Die Wochenbettsparotitis wird sodann mit der postoperativen und der reinen epidemischen Parotitis verglichen, wobei Verf. zu dem Schluß kommt, daß die Aetiologie keine einheitliche und in vielen Fällen ein Zusammentreffen mehrerer Ursachen zu beobachten ist. Prognostisch ist die Wochenbettsparotitis günstiger als die postoperative, die immer als ernste Krankheit einer Operation anzusehen ist. Zur Behandlung kommen neben hydropathischen Umschlägen oder warmen Packungen bei allen schweren Fällen die frühzeitige Inzision in Betracht, daneben die neuerdings empfohlene Röntgenbestrahlung, von der Verf. in einem Fall einen schönen Erfolg gesehen hat.

Nr. 33, 13. August 1927.

Wiederholte Schwangerschaft bei Amenorrhoe nach Röntgenbestrahlung der Ovarien. Nach Ablauf einer temporären Röntgenkastration kann bei noch fortbestehender Amenorrhoe eine Konzeption eintreten, was bei einem vom Verf. beobachteten Fall zweimal vorkam. Die Arbeit ist gleichzeitig ein Beitrag zur Frage der Schädigung der Nachkommenschaft durch Röntgen-Ovarialbestrahlung. Die beiden Kinder, die aus Spätkonzeptionen, d. h. Konzeptionen nach einer 2¼ Jahre bestehenden Röntgenmenorrhoe und Röntgensterilität stammten, wurden im Abstand von 10½ Monaten von ein und derselben Frau geboren. Beide Kinder zeigten bei der Geburt keine phänischen Röntgenschädigungen. Das erste Kind, das wahrscheinlich der ersten Ovulation nach Ablauf der Röntgensterilität entstammte, ist vollkommen ausgetragen, sehr kräftig entwickelt, ohne Mißbildungen, kam jedoch tot zur Welt, allem Anschein nach infolge des engen Beckens und der Kunsthilfe während der Geburt (Forceps). Das zweite Kind, das nach Einleitung der Frühgeburt, 2—3 Wochen vor dem voraussichtlichen Geburtstermin spontan geboren wurde, zeigt jetzt nach fast zwei Jahren eine normale Entwicklung. Die Frage einer Röntgenschädigung der Nachkommenschaft nach Ovarial-Röntgenbestrahlung wäre also für diesen Fall zu verneinen.

Postklimakterische Blutung und Ovarialkarzinom. Unter dem Einfluß einer Tumorentwicklung im Ovarium kommt es bekanntlich auch in der Mukosa des postklimakterischen Uterus zu bemerkenswerten histologischen Veränderungen, die sich auch klinisch durch pathologische Uterusblutungen manifestieren können. Nicht allein Granulosazelltumoren, auch Tumoren vom Bau des Carcinoma solidum können diese pathologischen Erscheinungen hervorrufen. Falls eine uterine Ursache für die Blutung nicht gefunden werden kann, rät Verf. zur sofortigen Operation, da eine Röntgenbestrahlung nach den bisherigen Erfahrungen keine verwertbaren Resultate ergeben habe, und ein eventuelles Zuwarten, bis etwa ein Tumor des Ovariums getastet werden kann, die Gefahr der Versäumnis des richtigen Operationstermins in sich birgt. Bericht über einen neuerlich beobachteten Fall einer 61jährigen Frau, bei der sich nach einmaliger, kurzdauernder Blutung von geringer Intensität bei kleinem, senil atrophischem Uterus ein eigroßer maligner Ovarialtumor (histologisch: solides Karzinom) vorfand. Zu bemerken ist ferner, daß sich auch bei kleinem Uterus die Uterusschleimhaut in solchen Fällen häufig zum Bild der Endometritis glandularis hypertrophica umbildet, was bereits 1896 von Geßner festgestellt wurde.

Schwab, Hamburg.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

91, Heft 2, Juli 1927.

Aut laesio intracranialis, aut asphyxia neonatorum? Die Schädelsektion ist ein unerläßlicher Bestandteil der Leichenschau des Neugeborenen. Die vielen Befunde, die zur Diagnose Asphyxie führen, beweisen in ätiologischer Beziehung nichts, wie sich eben aus den Schädelsektionen ergeben hat. So fanden sich bei 283 verwertbaren Fällen 131 Tentoriumrisse; davon 65 bei Beckenendlagen, 28 bei Spontangeburten, 37 bei Zangenentbindungen, 1 bei Kaiserschnitt (schwere Entwicklung infolge zu kleinen Schnittes). Es kann kein Zweifel sein, daß die ärztlichen Handgriffe schuld an diesen Verletzungen sind. Da die meisten Kinder asphyktische Zustände sehr gut vertragen, der Schädel aber außerordentlich empfindlich ist, soll der Arzt zwar „langsam, zart und schonend" arbeiten, aber die seit Jahrzehnten bestehende „Angst" aufgeben vor der Asphyxie, die Verf. in ihrer reinen Form nur 52 Mal gesehen hat. Wenn auch Tentoriumrisse, leptomeningeale und intraventrikuläre Blutungen, eine große Rolle spielen, so bleibt das Absterben jener Kinder noch völlig geheimnisvoll, die bei stehender Blase und beweglichen Kopf weit entfernt von einem Geburtstrauma sind. Verf. gibt am Schlusse seiner umfangreichen Arbeit den Rat, sich in Anstalten viel aktiver, dagegen im Privathaus mehr abwartend zu verhalten. Bei Zangengeburten empfiehlt er, die Extraktion zu kombinieren mit einer intravenösen Injektion von 0,5—0,75 Pituisan.

Eklampsie und Kälteeinbrüche in den Jahren 1908—1922 in Berlin. Verf. kommt auf Grund von eingehenden meteorologischen und statistischen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: Bei den Schwangerschaftsnierenerkrankungen zeigen die Großstädterinnen eine Neigung zur Hypertonie. Aus diesen und sozialen Gründen ist die Eklampsie aus inneren Ursachen eine Großstadtkrankheit. Der Eklampsie gehen Störungen der Durchblutung voraus, so daß damit ein Weg gewiesen ist, der es erlaubt, der Erkrankung manchmal vorzubeugen. Nun ist der Vasomotorius, besonders von Nierenkranken mit Hochdruck, sehr empfindlich gegen Kältereize, und es zeigte sich auch, daß bei Kälteeinbrüchen mehr Eklampsien auftreten als an andern Tagen. Verf. macht Vorschläge, deren Verwirklichung durch Zusammenarbeit mit aeronautischen und meteorologischen Stellen zur weiteren Klärung des Problems und zur Verhütung des Ausbruchs von Eklampsien führen könnte.

Ein Beitrag zur Frage der künstlichen Menopause. Verf hat zur Prüfung der verschiedenen Ansichten über die Kreislaufverhältnisse und Ausfallerscheinungen infolge der künstlichen Menopause 269 Fälle an der II. Wiener Frauenklinik untersucht, und hat dabei, um die verschiedenen therapeutischen Maßnahmen in ihrem Werte gegeneinander abzuwägen, hierbei die röntgen-, der operativkastrierten sowie jenen Fällen gegenübergestellt, bei denen die Gebärmutter allein entfernt oder wenigstens ein Eierstock zurückgelassen wurde. Von 52 röntgenkastrierten Frauen waren 46,1% fast vollständig beschwerdefrei, in den übrigen Fällen, also in fast 54% waren die Ausfallserscheinungen ausgesprochener und haben die Frauen zum Teil recht belästigt. Beim Einsetzen lästiger Beschwerden wurden dieselben durch Bestrahlung der Hypophysengegend beseitigt, ein ausgezeichnetes und nach den bisherigen Erfahrungen völlig unschädliches und nur selten versagendes Mittel. 39 Frauen, denen der Uterus und eventuell ein Ovarium entfernt wurde, bekamen Ausfallserscheinungen, zum großen Teil allerdings erst nach längerer Zeit, sechs Monate bis zu 1½ Jahren nach erfolgter Operation. 113 totalexstirpierte Frauen verhielten sich verschieden je nach ihrem Alter. Je ferner vor der Menopause, je vollkräftiger die Ovarien, um so mehr Beschwerden. Ein Zusammenhang zwischen Beschwerden und höherem

Blutdruck konnte nicht nachgewiesen werden, auch nicht ein ursächlicher Zusammenhang von Hypertonie mit den Eingriffen. Im ganzen zeigte sich, daß die künstliche Kastration häufiger und von stärkeren Beschwerden begleitet ist als das natürliche Erlöschen der Eierstocktätigkeit. Namentlich nach Röntgenbestrahlung, besonders jüngerer Frauen, scheinen die Folgeerscheinungen in einem Teile der Fälle durch längere Zeit, ausnahmsweise sogar bis zu mehreren Jahren, anzuhalten, wenn auch bei mehr als einem Drittel Ausfallserscheinungen entweder fehlen oder nur sehr abgeschwächt auftreten. Aehnlich steht es nach Totalexstirpation. Die Entfernung der Gebärmutter allein wird namentlich von Frauen über 40 Jahre im allgemeinen sehr gut vertragen, mehr als die Hälfte bleibt völlig frei von Folgeerscheinungen. Bei den andern sind diese, mit jener nach operative Kastration verglichen, unbedingt geringer. Bei Frauen unter 40 Jahren treten meist erst nach längerer Zeit, nach 1—1½ Jahren, mehr oder weniger lästige Beschwerden auf. Von Folgeerscheinungen nach röntgen- und operativer Kastration beobachtete Verf. Wallungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Paraesthesien, Schlaflosigkeit, nervöse Reizbarkeit, Fluor, in einer Minderzahl der Fälle auch Gelenkschmerzen, jedoch lebenslängliche und lebensverkürzende Krankheiten, wie sie Aschner angibt, konnten bei keinem der drei erwähnten Eingriffe festgestellt werden. — Im allgemeinen kann man sagen, daß nicht schematisches, sondern individualisierendes Vorgehen je nach den Besonderheiten des Falls, ein gemäßigter Konservatismus, der gegebenenfalls auch vor eingreifenderen Maßnahmen nicht zurückschreckt, somit eine Therapie der „mittleren Linie“ wie so oft auch hier die besten Erfolge zeitigen wird.

Lipoidretention nach Aborten. (Zugleich ein Beitrag zur Symptomatologie des weichen Gaumens.)

Anlaß zu der Untersuchung gab die Beobachtung, daß Fettvermehrung an weichen Gaumen (an der wiederholt beschriebenen Stelle, Grenze zum harten Gaumen) sich sehr häufig bei Frauen vorfindet, in deren Anamnese sich Aborte und Frühgeburten finden. Erkrankungen, in deren Verlauf solche Gaumenveränderungen eintreten, gehen erfahrungsgemäß um irgend eine Zeit mit Lipämie einher. So lag der Schluß nahe, den Verlauf der physiologischen Schwangerschaftslipämie nach Aborten zu untersuchen. Als günstige natürliche Versuchsanlage wurde gewählt der artefizielle Abort bei lungenkranken Frauen. Es zeigte sich, daß dieser Eingriff der Fruchtentfernung nicht in gleicher Weise wie den Schwangerschaftszustand auch eine durch ihn angeregte Stoffwechseländerung, die Lipämie, beseitigt. Diese bleibt durch Wochen über den Zeitpunkt des Abortus hinaus noch erhalten. In der Mehrzahl der Fälle zeigte sich sogar, beobachtet bis in die vierte Woche, ein weiterer Anstieg des Cholesterinspiegels. Diese offenbare Störung im Regulationsmechanismus der Lipoidausscheidung wird mit dem unphysiologischen Akt des Abortus in ursächliche Beziehung gebracht. Als die Folge dieser Störung in der Ausscheidung wird die sichtbare Gaumenveränderung erkannt. Sie entspricht in guter Uebereinstimmung mit den Erfahrungen bei anderen Erkrankungen dem Folge- und Restzustand eines Prozesses, der mit den wichtigen Begleitsymptomen einer unphysiologischen Lipämie einherging.

Dieser durch die Störung im Lipoidstoffwechsel gesetzte unspezifische Krankheitszustand wird als die Ursache von nach Aborten oft beobachteten Störungen des Allgemeinbefindens, in jüngeren Jahren vorwiegend nervöser Natur, in älteren von Hypertensionsbeschwerden in Anrechnung gebracht.

Rudolf Katz, Berlin.

Archiv für Gynäkologie.

130, Heft 3, August 1927.

Zur Frage der Geschlechtscharaktere. Die Beobachtung eines Falles von Pseudohermaphroditismus gibt Verf. Gelegenheit Stellung zu nehmen, zu dem Problem der Beziehung von Keimdrüse und Geschlechtscharakteren. Es handelte sich um einen Fall eines Individuums mit männlichen Keimdrüsen, bei welchem aber sowohl die somatischen als psychischen sekundären Geschlechtscharaktere feminin angelegt und entwickelt waren. Entfernung der Hoden und Implantation eines Ovariums einer gesunden Frau. Als sich Pat. nach 8½ Monaten wieder vorstellte, gibt sie an, daß sie nach der Operation einen völligen Umschwung ihres Gefühlslebens durchgemacht hätte. Sie fühlte sich zu Männern hingezogen, hatte wollüstige Empfindungen und sexuelle Träume und sucht einen sexuellen Verkehr mit Männern. Daraus würde sich leicht der Schluß ableiten lassen, daß der Austausch der Keimdrüsen die Ursache dieser Erscheinung sei. Es ist aber folgendes dabei zu bemerken. Pat. war immer psychisch weiblich orientiert, hatte aber vielfach sexuelle Hemmungen, weil sie wußte, daß sie abnorm veranlagt sei und vermied deshalb den Verkehr mit Männern. Nach der Operation hatte sie das Gefühl, gesund und normal zu sein und die früher wirkenden Hemmungen fielen weg. Sie fühlte sich auch allgemein körperlich viel wohler und hat 6 kg an Gewicht zugenommen. Es sind also die Erscheinungen nicht unbedingt auf eine hormonale Auswirkung des neu implantierten Ovariums zurückzuführen und können zwanglos auch aus dem gebesserten somatischen und psychischen Verhalten erklärt werden. Andererseits wissen wir, daß auch bei normal veranlagten Frauen nach Implantation eines fremden Ovariums eine Steigerung der Sexualität beobachtet wird (Bumm) und es erscheint nicht ausgeschlossen, daß durch die Resorption des implantierten Ovariums Stoffe in den Organismus gelangen, die erotisierend wirken.

Jedenfalls ist die Deutung dieser Phänomene nicht ganz leicht und sie dürfen nicht ohne weiteres als Beweis für eine geschlechtsspezifische Wirkung der Keimdrüsen hingestellt werden.

Zur Physiologie des Wochenbettes. Stillstand der Eireifung, sowie totaler Ausfall der Ovarialfunktion sind mit einer Sympathikotonie verbunden, so das physiologische Vorhandensein oder die Persistenz eines Corpus luteum im Praemenstruum, in der Gravidität, bei Corpus luteum-Cysten, bei Myomen, sowie nach Kastration und im Klimakterium. — Verf. findet die Ursache der Laktationsamenorrhoe, der mangelhaften Follikelreifung in der Stillperiode in der abnormen Einstellung des vegetativen Nervensystems, und zwar im Sinne einer Vagushypertonie. Die Ursache der Vagotonie, die Ursache der geänderten Funktion des vegetativen Nervensystems ist unter anderem die Laktation. Die Laktation verursacht durch ihren Einfluß auf den Stoffwechsel, auf dem Wege des vegetativen Nervensystems die Funktionsänderung an den Eierstöcken und führt so zur Amenorrhoe. — Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen über den Einfluß der Laktation zu folgenden neuen Tatsachen: Durch die Laktation kommt es zu Veränderungen in der morphologischen Zusammensetzung des Blutes. Jeder einzelne Stillakt drückt sich in Schwankungen des weißen Blutbildes aus. In der Mehrzahl der untersuchten Fälle ist während des Stillens die Empfindlichkeit der Vasomotoren gegen Adrenalien relativ herabgesetzt im Sinne einer vasotonischen Blutdruckkurve. Durch Intrakutaninjektionen kleinster Dosen von Adrenosan, Coffein, Morphium und Pituisan läßt sich nachweisen, daß während des Stillens eine raschere Resorption, eine verminderte vasokonstriktorische und vermehrte vasodilatatorische Reaktion in der Haut besteht als außerhalb des Stillens.

Die Glykosuriebereitschaft ist bei nichtstillenden Wöchnerinnen eine größere als bei stillenden.

Bei der Mehrzahl der Wöchnerinnen läßt sich nicht nur eine erhöhte Reizbarkeit des vegetativen Nervensystems im allgemeinen, sondern auch eine Vagotonie im besonderen nachweisen.

Während der Laktationsperiode ist die spezifisch-dynamische Eiweißwirkung auf den Energiestoffwechsel herabgesetzt, was für eine Hypofunktion der Hypophyse in dieser Zeit spricht.

Totale Gangrän des Uterus im Wochenbett. Verf. berichtet über einen Fall einer in den letzten Jahren überhaupt nicht beobachteten Wochenbettkomplikation, einer totalen Gangrän des Uterus, der deshalb besonderes Interesse beansprucht, als er wohl der erste ist, bei dem die vollständige Gangrän des Uterus bei der Laparotomie, also in viva festgestellt und beobachtet werden konnte: Bei einer Erstgebärenden kommt es nach langdauerndem, kompliziertem Geburtsverlauf zu einer septischen Wochenbettserkrankung, die im Sinne einer entzündlichen Affektion der inneren Genitalien und des Becken-Bauchfells aufgefaßt wird. Nach mittelschwerem Verlauf tritt mit Ende der 2. Woche eine fortschreitende Besserung im Befinden der Wöchnerin ein, bis plötzlich am 17. Tage die alarmierenden Symptome einer diffusen, durch vermutliche Ruptur eines Eiterherdes bedingten Peritonitis auftreten, die zur sofortigen Laparotomie zwingen. Bei dieser fand sich nun überraschender Weise eine totale Gangrän des puerperalen Uterus, der gänzlich losgelöst unter der Serosahülle liegt. Offenbar war hier die Ausstoßung des Sequesters unmittelbar bevorstehend, es kam aber aus unbekannter Ursache zur Ruptur der über dem Loch im Uterussequester erhaltenen, ganz verdünnten Serosaschicht und von da ausgehend zur diffusen Peritonitis. Pat. kam am dritten Tage post operationem unter dem Bilde der fortschreitenden Peritonitis ad exitum. —

Als Ursache bei der Entwicklung dieser besonderen Form der sicher septischen Erkrankung nimmt Verf. das zahnradartige ineinandergreifende Zusammenwirken verschiedener Momente an: lokale

Infektion von mächtigen, nässenden Kondylomen ausgehend, begünstigt durch vorzeitigen Blasensprung, Ausbreitung der Infektion durch die schwere Zangenentbindung mit Muttermundsinzisionen und leichten, oberflächlichen Laesionen der Uteruswand. Während der Geburt Hypophysenpräparate, post partum prophylaktisch 2 ccm Claripurin. Durch all diese Mittel mag es nun auf Grund einer wohl anzunehmenden besonderen Disposition der Uterusmuskulatur zu einer primären Ernährungs- und Zirkulationsstörung gekommen sein infolge ungewöhnlicher, abnorm lange wirkender Kontraktionen. Dieses die Widerstandsfähigkeit des Gewebes herabsetzende und schädigende Moment begünstigte den Infektionsprozeß, der aber aus dem gleichen Grunde lokalisiert blieb und in Form einer gleichmäßig sich ausbreitenden phlegmonösen Metritis zur Totalgangrän des Uterus führte. Rudolf Katz, Berlin.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

153., Heft 2, 1927.

Experimenteller Beitrag zur unspezifischen leistungssteigernden Therapie. Durch unspezifische Reizbehandlung konnte der Ablauf in der Haut gesetzter Entzündungsherde nicht deutlich beeinflußt werden, während durch feuchte Verbände ein viel rascherer Rückgang eintrat. Es muß danach vor Ueberschätzung der unspezifischen Reizbehandlung gewarnt werden.

Untersuchung zur Entstehung des Bäckerekzems, zugleich Beitrag zur Frage der Funktionsprüfung der Haut. Klinische und experimentelle Untersuchungen führen zu der Anschauung, daß das Bäckerekzem kein Gewerbeekzem im engeren Sinne ist. Schon die Tatsache, daß es sich in Mühlen nicht findet, spricht dagegen, daß das Mehl als solches dafür verantwortlich ist. Funktionsprüfungen der Haut bei Ekzematikern und anderen Personen ergaben sowohl mit reinem Mehl als auch mit Mehlsorten mit Zusatz, ferner mit den beim Backen verwendeten Zusatzmitteln allein nur in einer sehr geringen Zahl von Fällen Erscheinungen von Ueberempfindlichkeit der Haut. Solche fanden sich in Betracht kommender Zahl erst wenn Teig verwendet wurde; daraus kann man schließen, daß auch bei der Bäckerdermatitis es sich im wesentlichen um chemische Vorgänge handelt, die erst zu stande kommen, wenn die Haut durch Feuchtigkeit maseriert ist.

Abortiv verlaufende Lepraerkrankungen. Im Anschluß an die Besprechung von fünf unzweifelhaften Lepraerkrankungen, die nach leichtem Verlaufe in verhältnismäßig kurzer Zeit zur Ausheilung gekommen sind, wird die Bedeutung der Leprominreaktion (Sterilisierte Lepromsubstanz) erörtert. Diese ist bei manifester Lepra negativ, positiv jedoch bei Fällen, die seit Jahrzehnten keine Erscheinungen mehr gezeigt haben und als geheilt angesehen werden können. Ferner findet sie sich bei Personen, die längere Zeit mit Leprakranken in enger Berührung standen ohne selbst erkrankt zu sein; es handelt sich hier jedenfalls um eine Allergie als Zeichen einer abortiven Leprainfektion.

Pemphigusstudien mittels der Kochsalzquaddel. Eine mittels intrakutaner Einspritzung von 0,2—0,8 einer 4%igen Kochsalzlösung gesetzten Quaddel wird bei gesunden in 60—70 Minuten resorbiert, während die Resorptionszeit bei Oedemkranken infolge Kochsalzdurstes der Gewebe bis auf eine Minute verkürzt ist. Auch bei Pemphigus konnte eine entsprechende Uebereinstimmung der Quaddelresorptionszeit mit dem Krankheitsverlaufe festgestellt werden. Es kann daraus auf eine Oedembereitschaft in der Haut der Pemphiguskranken geschlossen werden.

Das Köbnersche Symptom. (Der isomorphe Reizeffekt.) Das zuerst von Köbner bei Psoriasis beobachtete Symptom des Auftretens von Effloreszenzen bei Reizungen vorher anscheinend gesunder Haut wurde von Kreibich auch bei anderen Dermatosen bestätigt und als isomorpher Reiz bezeichnet. Das Auftreten dieser Erscheinung wird hier weiter bei Lichen ruber acuminatus und planus, Ekzem, Hg-Dermatitis, Urticaria haemorrhagica, Pemphigus vulgaris, Dermatitis herpetiformis, Exanthema toxicum, Erythema multiforme, papulo-nekrotischem Tuberkulid, Erythema nodosum gefunden. Die Reizschwelle ist bei den verschiedenen Dermatosen eine verschiedene, ebenso die Zeitdauer zwischen Reiz und Reizeffekt. Negativ fiel die Reaktion gewöhnlich aus, wenn die Erkrankung den Höhepunkt überschritten oder mindestens erreicht hatte.

Ueber drei weitere Fälle der Bowenschen Krankheit. Die Erkrankung ist wohl nicht so selten wie anfangs angenommen wurde, da ein Teil der Fälle als Pagets disease mit extramamillärer Lokalisation, vielleicht auch als Epitheliome und Pagetoid aufgefaßt worden ist. Die sichere Diagnose ist nur auf Grund des histologischen Befundes möglich. Verdächtig sind unscheinbare, längere Zeit die gleiche Lokalisation eintretende makulöse, papulöse, mit Schuppen und Krusten bedeckte Läsionen.

Die hämoklassische Krise bei Ueberempfindlichkeitserkrankungen der Haut. In mehreren Fällen von Erythem, Urticaria, Dermatitis, Prurigo wurde die Widalsche hämoklasische Krise; besonders durch Anwendung des homologen Agens per os hervorgerufen. Zur Feststellung der hämoklasischen Krise ist die Bestimmung mehrerer Faktoren (Pulszahl, Temperatur, Blutdruck, Refraktion des Serums, Leukozytenzahl, Gerinnungszeit, Komplementgehalt, Blutzucker-, Blutkalkspiegel, Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen, Kolloidlabilität nach Daranyi, Atemzahl) notwendig, da nicht immer dieselben Werte positive Resultate ergeben. Die humoralen Erscheinungen sind nicht, wie Widal annimmt, die primären, vielmehr sind sie und die zellulären koordiniert und entstehen aus denselben Ursachen.

Fieberwirkung bei experimenteller Syphilis. Die Erzeugung eines der Malaria- und Rekurrenzbehandlung des Menschen vergleichbaren Fiebers beim Kaninchen ist nicht leicht, da teils das Fieber zu kurz und unregelmäßig ist, teils das Leben der Tiere zu stark gefährdet wird. Geeignet zur Fiebererzeugung erwies sich der Erreger des Rocky Mountani Spotted Fever, mit dem bei Versuchen an 22 syphilitischen Kaninchen ein Fall sicher, vier Fälle vermutlich geteilt wurden; ferner in einem Falle Depression der syphilitischen Infektion, in 13 Fällen Verschwinden der Syphilome und Nichtsterilisierung latenter Tiere, in zwei Fällen kein Einfluß auf die Syphilome, in einem Fall Provokation der Syphilis. Der Einfluß des Fiebers ist auch hier ein unspezifischer (Temperatursteigerung, zelluläre Reaktionen).

Zur Kinik der Gonorrhoe bei kleinen Mädchen. Die Bereicherung „Vulvovaginitis" entspricht dem Krankheitsbilde mit seinen vielen Komplikationen nicht und solche durch die hier gewählte ersetzt werden. Die Krankheit ist am häufigsten im Alter von 5—9 Jahren, in dem auch die meisten Rezidive vorkommen; diese werden meist durch Mitbeteiligung der Zervix verursacht. Durch Vaginoskopie kann die Zervizitis erkannt werden; sonstige Komplikationen zeigen sich an Urethra, Rektum, Bartholinschen Drüsen; durch die Zervix kann die Erkrankung auf Collum uteri und Adnese übergehen. Für Diagnose und die Feststellung der Heilung ist Provokation mit Vakzine wichtig. Sterilität, Amenorrhoe kann die Folge sein. Bei der Behandlung, die durchschnittlich 3—4 Monate dauern muß, ist Lokalbehandlung mit Vakzinetherapie zu kombinieren.

Zur Malariabehandlung der Syphilis. Zu grunde liegen Beobachtungen von 130 Fällen mit positivem Liquor mit oder ohne klinische Nervenerscheinungen. Die Wirkung der Malariabehandlung wird zum großen Teil auf die starke Gewichtsabnahme bezogen. Die Resultate dieser Behandlung übertreffen die aller sonstigen Verfahren; sie ist mit Salvarsanbehandlung zu kombinieren und bei frühzeitig behandelten Fällen, die die besten Chancen geben, ist chronisch-intermittierende Nachbehandlung anzuschließen.

Ueber den Einfluß der Arsenobenzolpräparate auf die fibrinogenbildende Funktion der Leber. Die Leber ist die Hauptstelle für die Fibrinogenbildung, andererseits lösen die Arsenobenzolpräparate wesentliche histologische Veränderungen in der Leber aus. Da sich nun herausstellte, daß bei 31% der Fälle nach Infusion von Arsenobenzolpräparaten die ursprüngliche Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten herabgesetzt ist, kann man auf eine Verminderung der Fibrinogenmenge schließen.

Die akute Leberatrophie und ihre Beziehung zur Syphilis und Salvarsan und den in der Marine von 1920—1925 beobachteten Fällen. In diesen Jahren wurden bei 2243 neuerkrankten Syphilitikern sechs Fälle von akuter bzw. subakuter Leberatrophie beobachtet, außerdem hatte sich an einen Fall von Salvarsandermatitis eine zum Tode führende Lebererkrankung angeschlossen. Trotz der im ganzen starken Häufung der Gelbsuchtsfälle, muß doch dem Salvarsan ein gewisser Anteil daran beigemessen werden.

Ernst Levin, Berlin.

Zahnärztliche Rundschau.

Nr. 32, 7. August 1927.

Die konservierende Behandlung der chronischen Wurzelhautentzündung und ihrer Folgeerscheinungen. (Zugleich ein Beitrag zur Frage der fokalen Infektion.) Nach den neuen Begriffen über Wesen und Folgeerscheinungen der chronischen Wurzelhauterkrankungen ist eine konservierende Behandlung dieser Erkrankungsformen der Zähne kontraindiziert. Verf. versucht zu beweisen, daß die konservierende Behandlung zu vollkommenen Heilungen führen kann. Granulome stellen chronische, den Knochen destruierende Prozesse dar, die zu allmählich größer werdenden oder latent bleibenden, mit Epithel ausgekleideten Hohlräumen im periapikalen Gewebe werden. Die Behandlung soll zu einer knöchernen Regeneration im Krankheitsherde führen. Die Ausheilung wird in der Hauptsache durch die Epithelien, welche aus den Masses epitheliaux oder bei gefistelten Prozessen auch durch Einwanderung von Mundhöhlenepithel kommen, verhindert. Ein solcher Prozeß stellt einen Reaktionsvorgang von seiten des Organismus, einen Abkapselungsversuch der in den knöchernen Bezirk vorgedrungenen Schädigungen dar. Eine Zerstörung und Entfernung dieser den Knochen systematisch zerstörenden Fungositäten ist die Hauptbedingung für die knöcherne Regeneration. Verf. erreicht dies durch Einspritzungen von Chlorphenolkampfer. Das dabei allmählich frei werdende Chlorphenol zerstört die sich in den Granulomen befindlichen Epithelien und lockert die bindegewebigen Elemente auf; natürlich werden dabei auch die im Wurzelkanal und jenseits des Apex sich befindlichen Mikroorganismen vernichtet. Die wichtigste Folgeerscheinung ist aber die am Knochen und seiner nächsten Umgebung auftretende Hyperämie, wodurch eine verstärkte Ernährungszufuhr zu den knochenbildenden Elementen und dadurch ihr Erwachen aus dem Latenzzustand, ihre Erholung und Ernährung hervorgerufen wird. Für die Unterhaltung des Regenerationsvorganges sorgt dann die durch den Wurzelkanal in den apikalen Bezirk gebrachte Jodoformpaste. Ein weiteres unterstützendes Moment für die fortschreitende knöcherne Regeneration ist zweifellos die funktionelle Inanspruchnahme des betreffenden Zahnes. Die Art der Knochenneubildung geht aus den Röntgenaufnahmen deutlich hervor. Das Wachsen der Spongiosabälkchen ist nach ganz bestimmter Richtung hin zu erkennen. Bei den normal großen, meist vorkommenden periapikalen Defekten ist eine Mindestzeit von drei Jahren notwendig, bis eine völlige Verknöcherung eingetreten ist.

Beitrag zur künstlichen Deformation des Gebisses in Amerika. Von den zwei Haupttypen der Verstümmelungsarten ist das Spitzfeilen sowohl bei den Naturvölkern der tropischen Waldgebiete Südamerikas, als auch bei den vergangenen Kulturen von Chile bis Mexiko zu finden, während der zweite Typus — die durch Einlagen und Auflagen (Gold, Türkis usw.) verzierte Zähne — nur bei den vergangenen Kulturen gefunden wurde.

L. Gordon.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Nr. 28, 14. Juli 1927.

Ueber Meniskusläsionen im Kniegelenk. Die Meniskusläsion tritt auch ohne schwereres Trauma „spontan" auf. Die Diagnose kann oft direkt, in den übrigen Fällen nach Ausschluß folgender Krankheitsbilder gestellt werden: 1. Periostitis traumatica condyli femoris medialis ant. lateralis. Entstehung immer durch direktes Trauma, Beugekontraktur in ca. 170°, Druckpunkt an der Seitenfläche des Kondylus; Gelenkserguß selten. Therapie: Ruhigstellung durch 10 Tage, Dunstumschläge; keine Massage oder Gymnastik. 2. Distorsio genu. Nach indirektem Trauma (meist in Valgusstellung) Schmerzhaftigkeit des Kollateralbandes spontan, bei Bewegung und Druck; besonders Schmerz nach einer Ruhepause. Therapie: relative Schonung, Hyperämie, nach 5 Tagen Bewegungs-Therapie, Massage. 3. Arthritis deformans. Obwohl keine traumatische Erkrankung, treten die Beschwerden oft nach Ueberanstrengung und Erkältung zum ersten Mal auf. Knarren, Reiben, Ergriffensein anderer Gelenke, Steifheit nach der Ruhe sind charakteristisch. Erguß häufig, Druckpunkt an den Bändern der Kondyli. Therapie: Trockene Wärme, Thermalbäder. 4. Büdinger-Ludloff-Laewensche Erkrankung beruht auf Fissuren des kartilaginösen Ueberzugs der Patella, entsteht durch heftige Spannung des Quadriceps femoris aus der Beugestellung (z. B. Stiegensteigen mit schweren Lasten). Streckkontraktur, Druckpunkt über der Patella. Therapie: Strenge Ruhigstellung durch 2—3 Monate in abnehmbarer Hülse, warme Bäder, leichte Massage der Oberschenkelmuskulatur. Wenn kein Erfolg, Operation. 5a. Bursitis traumatica prä- und infrapatellaris. Auf direktes Trauma zurückzuführen (Knien, Anschlagen); häufige Lokalisation an der unteren Hälfte der Patella und am oberen Drittel der Patellasehne; oberflächlicher Schmerz, Krepitieren oder Fluktuation über der schmerzhaften Stelle. 5b. Hygrom der Bursa anserina und subsemimembranosa. Unvermögen völliger Streckung und Vorhandensein eines flachen, druckempfindlichen Tumors zwischen medialem Kollateralband, horizontalem Gelenkspalt und Tuberositas tibiae. Von der medialen Meniskusläsion durch die Lage des Druckpunktes distal vom Meniskusdreieck. Therapie: Extirpation des Schleimbeutels. 6. Hossa-Grzywasche Erkrankung. Entzündliche Veränderungen des Fettlagers unter dem Ligamentum patellae, hervorgehend aus einer chronisch-exsudativen Gonitis (traumatica oder rheumatica oder deformans). Chronisches Leiden, Kontraktur fast in Streckstellung. Schmerz unter der Patellarsehne, Wulstung des sub- und parapatellaren Fettlagers. Therapie: Ruhigstellung durch 6—8 Wochen und folgende Bewegungstherapie; wenn erfolglos, Exzision der entzündlichen Fettzotten. 7. Schlattersche Erkrankung. Schwellung und Druckschmerz der Tuberositas tibiae, verminderte Streckfähigkeit; entstanden durch Insertionsverletzungen des Ligamentum patellae. Therapie: Operation. 8. Freier Gelenkskörper. Plötzliche, sehr schmerzhafte Arretierung des Gelenkes mit wechselnder Lokalisation des Schmerzes. Therapie: Ruhigstellung, eventuell Arthrotomie. 9. Gonitis exsudativa traumatica serosa sive haemorrhagica. Plötzlicher Erguß nach Trauma spricht für Blutung, langsame Gelenkschwellung für serösen Erguß. Die schnelle Beseitigung des Ergusses ist wichtig zur Klarstellung des Krankheitsbildes und zur Verhütung schädlicher Folgen des Ergusses (Erschlaffung des Kapsel- und Bandapparates). Therapie: Bettruhe mit Fixation;

ompression des Gelenkes mittels elastischer Binden. Wenn nach ner Woche kein Erfolg, Punktion. Wenn nach Entleerung die Konaktur nicht schwindet, besteht eine innere Gelenksverletzung. Aussend für eine Meniskusverletzung ist meist ein indirektes Trauma d zwar eine Streckbewegung allein oder in Verbindung mit einer ehung des Unterschenkels. Prädisponierend wirkt die habituelle ockerung des Gelenkes.

Einige differential-diagnostische Erwägungen bei Schmerzen in r Herzgegend. Ein Anfall von Angina pectoris kann ohne irgendein ojektives Herzsymptom einhergehen; das zuverlässigste Zeichen der igina pectoris, die Angst, das Vernichtungsgefühl, kann in Form ner Bewegungshemmung, hochgradigen Schwäche, Unorientiertheit w. auftreten. Deutlich ist häufig eine vollkommene seelische Wandng vom Moment des Anfalles an. Aortalgische Schmerzen sind eist an eine vorhergehende Anstrengung gebunden. Beim Asthma rdiale besteht wirkliche Atemnot, Zyanose, Schwellung der Halsnen; ähnliche Symptome kommen bei Trachealstenose, Embolie r Lungenarterie und akuter Perikarditis vor. Sehr heftige hmerzen können bei Neuralgien auftreten. Dabei kommt es ebenso e bei Angina zu Hauthyperästhesien im linken Arm. Bei Pleuritis aphragmatica bestehen stechende Schmerzen mit Atembehinderung. fferentialdiagnostisch kommen gegenüber Angina pectoris ferner Betracht tabische Krisen, perforierte Magenulcera, Gallenkoliken. ch Ulcus ventriculi ohne Perforation und Magenkarzinom können nliche Schmerzen verursachen. Interkostalneuralgien sind meist rch Druckpunkte erkennbar. Weitere Ursachen für Schmerzen in r linken Brustseite sind Omarthritis, Myalgien, Oesophaguskrämpfe. ese kommen meist bei starken Rauchern vor, zeigen nicht die erungene Ruhe der Angina und sind manchmal röntgenologisch ernnbar. Mit Sicherheit spricht für echte Angina eine im Verlaufe ftretende epistenokardische Perikarditis oder zunehmende Herzuffizienz; zwischen echter und nervöser Angina unterscheidet das ferente psychische Verhalten, ferner die respiratorische Arrhythmie, für Neurose, und das Vagusdruckphänomen, das für organische gina spricht.

Nr. 29, 21. Juli 1927.

Zur Behandlung der durch Karzinommetastasen hervorgerufenen hialgien. Symptomatische Ischialgien kommen am häufigsten beim ktum- und Magenkarzinom vor; beim ersteren meist infolge eines alen Rezidivs, ferner infolge einer Drüsenmetastase im Foramen hiadicum, selten durch Douglasmetastasen (40—50 cm³ einer ¼ bis roz. Novokainlösung) für Wochen beseitigt werden. Die Erfolgigkeit dieser Methode bringt die operative Freilegung des N. ischiaus und seine Auslösung aus dem komprimierenden Tumorgewebe gdauernde Besserungen der Schmerzen.

Ueber Meniskusläsionen im Kniegelenk (Schluß). Die Meniskusation kommt nur mit gleichzeitiger Kontinuitätstrennung (Intionsverletzung oder Fraktur) vor, weshalb eine Restitutio ad inrum nur von einer günstigen Narbe erwartet werden kann. Die sion kann frühestens in 6—8 Wochen verheilt sein. Bei Frühandlung sind die Erfolge besser als bei verschleppter Läsion. gnose: häufig Erguß; Kontraktur in 165°, zuerst nur muskulärstisch, später arthrogen. Der Schmerz ist streng auf den ernkten Meniskus beschränkt; der Schmerzpunkt ist meist deutlich pabel (knapp über dem Rande des Tibiakondyls). Manchmal ist Dislokation oder eine durch die chronisch entzündliche Narbe ingte Resistenz palpabel. Therapie: Völlige Gelenksruhe durch -8 Wochen, nur bei leichten Fällen Versuch einer einwöchigen Beadlung mittels relativer Ruhe und Testudoverband. Erst nach Vochen Massage der Oberschenkelmuskulatur und vorsichtige Begungen. Bei schweren Läsionen partielle oder lokale Extirpation Meniskus. Ernst Pick, Wien.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 27, 2. Juli 1927.

Die Nebenniere als Kontrollorgan für die Blutkonstanz. Die vom Verf. aufgestellte Hypothese lautet: Die Nebenniere ist eines der Kontroll- und Regulationsorgane der Blutkonstanz. Nach Entwicklung und Struktur ist sie ja ein nervöses Organ und deshalb für eine solche Rolle geschaffen. Das Epithel bildet eine ganze Skala von Reagenzkörpern, die auf verschiedene Blutfaktoren abgestimmt sind. Jede Zelle entnimmt durch das dünne Endothel der Kapillaren dem Blut bestimmte Stoffe zur Analyse und meldet das Resultat dem Großhirn, welches dann durch Vermittlung der Viszeralzentren die Körperorgane zu ausgleichenden Maßnahmen veranlaßt. In Analogie zur Leber beteiligt sich die Nebenniere auch an der Regulation der Blutkonstanz, doch tritt diese Funktion gegenüber der Kontrolltätigkeit etwas in den Hintergrund. Ferner ist Inkretbildung (Adrenalin, Cholin) nachgewiesen, aber diese Stoffe werden in so geringer Menge ans Blut abgegeben, daß ihre Bedeutung für den Organismus noch fraglich ist.

Ueber unsere Erfahrungen mit der Bluttransfusion nach Percy in Geburtshilfe und Gynäkologie. Wie aus den hier mitgeteilten 45 Bluttransfusionen in 22 Fällen hervorgeht, ist die Bluttransfusion ein wertvolles Hilfsmittel für die Behandlung einer ganzen Reihe von geburtshilflichen und gynäkologischen Erkrankungen.

Spenderbeschaffung, Auswertung des Blutes mit Hämotest und Transfusionstechnik nach Percy bereiteten keinerlei Schwierigkeit. Transfusionsstörungen waren selten, leicht und rasch vorübergehend, Todesfälle kamen nicht vor. Die Indikation zur Transfusion war gegeben: sechsmal durch Anämie, siebenmal durch Puerperalfieber, zweimal durch Eklampsie, fünfmal durch Karzinom, zweimal durch Inanition. Die Anämien zeigten einen glatten Verlauf und rasche Rekonvaleszenz. Die Puerperalkranken, die früh und wiederholt Blut erhielten, fieberten ab und kamen zur Heilung. Bei den Eklampsiefällen fehlte die eindeutige Einwirkung auf das klinische Bild. Operable Karzinome besserten unter präparatorischen Transfusionen unverkennbar ihre Operabilität. Frühzeitige postoperative Transfusionen sicherten gute Erholung und Primärheilung. Bei den inoperablen Karzinomen erzielt die Transfusion Hebung des Allgemeinzustandes und der Organfunktionen.

Nr. 28, 9. Juli 1927.

Betrachtungen über die „Umstimmungen" durch einige Formen der physikalischen Therapie. Die Mittel der physikalischen Therapie sind durchweg Reizmittel für den Organismus. Der Reizeffekt besteht in einer Kombination und Summation von primären und sekundären Wirkungen. Durch mehrfach wiederholte Reize kann im Organismus eine Umstimmung erreicht werden im Sinne einer Herstellung optimaler oder Wechselbeziehungen zwischen den Organen.

Der Angriffspunkt der physikalischen Therapie ist das vegetative Nervensystem. Diesem liegt die Regulierung der Wechselbeziehungen zwischen den Organen ob. Wärmeprozeduren wirken im Sinne einer Erhöhung des parasympathischen, Kälteprozeduren des sympathischen Tonus. Bei dem jetzigen Stand der Frage nach den Verrichtungen der beiden Antagonisten im vegetativen Nervensystem kann man sich vorstellen, daß erkrankte Organe durch dauerndes Vorwiegen des Sympathikotonus oder eines solchen des Parasympathicotonus beherrscht werden. Das Ziel unserer Behandlung ist Wiederherstellung des Gleichgewichts im vegetativen Nervensystem.

Bei der physikalischen Therapie darf das psychische Moment nicht vernachlässigt werden, da gegenseitige Beeinflussung von Psyche und vegetativem Nervensystem sichergestellte Tatsache ist.

Ein prinzipieller Unterschied in der Wirkung zwischen den Mitteln der physikalischen Therapie und der Pharmakotherapie besteht nicht. Die physikalischen Agentien erzeugen im menschlichen Körper physikalisch-chemische, Ionen- und Kolloidveränderungen. Diese wirken wie die Pharmaka, je nach ihrer Stärke, organotrop und ätiotrop. Held.

Geneeskundige Bladen.

25., Nr. 5.

Pathologisch-anatomische und klinische Studie über das Carcinoma corporis uteri. Während man bis vor wenigen Jahren allgemein der Meinung zugetan war, daß die Prognose des Carcinoma corporis uteri eine günstige sei, haben die Erfahrungen von verschiedenen Autoren in der letzten Zeit etwas anderes gelehrt. Verf. berichtet über 46 Fälle. Im Gegensatz zum Krebs des Gebärmutterhalses ist das Carcinoma corporis uteri eine relativ seltene Krankheit (3 : 1). Es zeigt sich am meisten bei Frauen, die nicht geboren haben, von 45 bis 60 Jahren. Pathologisch-anatomisch betrachtet gibt es eine Reihe von weniger bösartigen Formen (Adenoma malignum), bösartigen (Adeno. carcinoma) und sehr malignen Formen (Carcinoma alveolare). Für Prognose und Behandlung ist eine Trennung dieser Formen wichtig. Der Kliniker bedarf daher der Hilfe des Anatomen. Es ist also jedenfalls eine Kürettage unumgänglich. Die Prognose des operierten Adenoma malignum ist gut. Verf. sah kein Rezidiv (6 Fälle). Die Behandlung des Adeno-Karzinoms und des alveolären Karzinoms sei, womöglich, eine operative (abdominelle Uterusexstirpation). Die Operation verbürgt aber nicht immer definitive Heilung. Rezidiv ist gar kein seltenes Vorkommnis. Verf. behandelte 26 Fälle, von denen 8 ein Rezidiv bekamen. Der Tumor kann auch inoperabel sein, sowohl infolge lokaler, als infolge allgemeiner Ursachen. Im ersten Falle kann man eine Bestrahlung anwenden (Radium, Röntgen). Im zweiten Falle, und auch wenn man in Zweifel verkehrt über die Malignität, ist die chemische Uterusexstirpation mittels Chlorzink angebracht. Strahlenbehandlung nach der Operation nützt vielleicht bei Adenocarcinom und bei Carcinoma alveolare; unnötig ist sie dagegen bei Adenoma malignum.

R. Roelofs, Groningen.

Orvosi Hetilap.

71., Nr. 25, 19. Juni 1927.

Das Synthalin in der Diabetesbehandlung. Zwei große Vorteile besitzt dieses Mittel dem Insulin gegenüber: es ist per os darreichbar und billig; seine Nachteile bestehen aber in einer geringeren Wirkung und in unangenehmen Nebenerscheinungen, welche sich bei manchen empfindlichen Individuen melden. Seine Indikationen sind: 1. wenn den Kranken von hoher Toleranz die Quantität der Nahrung nicht befriedigt; 2. bei niedriger Toleranz der allgemeine Kraftzustand zufriedenstellend und die Anwendung des Insulins nicht unbedingt notwendig ist; 3. bei chirurgischen Eingriffen eine Vor- und Nachbehandlung für notwendig erscheint; 4. falls aus irgendeinem Grund die Entziehung des Insulins empfehlenswert ist; 5. endlich bei sogenannten insulinrefraktären Fällen. Kontraindiziert ist die Synthalinbehandlung in denjenigen Fällen, in denen der Erfolg dringend erwünscht ist; im allgemeinen, wenn das Synthalin kontraindiziert ist, besteht eine absolute Indikation für Insulin und umgekehrt. Nebenerscheinungen sind recht häufig, machten sogar in 30% der Fälle des Verf. die Behandlung unmöglich. Sie melden sich meist seitens des Intestinaltraktes, sind auf eine zentrale, tetanigene Wirkung zurückzuführen und können mit gleichzeitiger Calciumdarreichung gewissermaßen eliminiert werden. Zuweilen tritt auch Albuminurie auf.

Im Gefolge einer akuten Mittelohrentzündung auftretender psychotischer Zustand. Verf. findet bei solchen Psychosen neben der Toxinwirkung oft auch pathologisch-anatomische Veränderungen und macht darauf aufmerksam, daß die Symptome des Hirnabszesses auch durch einfaches Gehirnödem hervorgerufen werden können, in welchem Falle die Trepanation des Mastoideus zur Heilung genügt und eine Hirnpunktion überflüssig macht.

Nierenfunktionsprüfungen mit Carbamid. Zur Beurteilung der Funktion der einzelnen Nieren wird während fünfstündigem Durstzustand zwei Stunden vor der Ureterkatheterisation 15 g Carbamid per os verabreicht und in den separierten Urinmengen die Quantität des ausgeschiedenen C bestimmt. Die Konzentrationswerte sind nicht nur im Vergleich zueinander, sondern auch in ihrer absoluten Höhe von diagnostischer Bedeutung und ergänzen nützlich die bekannten Prüfungsmethoden. Das Sinken der Konzentrierungsfähigkeit betreffs des Ureums verrät schon zeitlich eine Läsion der Nierenfunktion.

71., Nr. 26, 26. Juni 1927.

Das Blutbild der Malaria. Ist sehr verschieden, je nachdem, i[n] welcher Periode des Anfalles die Untersuchung stattfand. Im Anfan[g] der Anfälle und in den Intervallen wird eine mäßige Leukozytos[e] vorgefunden; das qualitative Bild weist keine charakteristische[n] Züge auf, da der Monozytose und Lymphozytose hervorrufende[n] Wirkung der Plasmodien während des Anfalles, die Zersetzung, da[s] hohe Fieber und der Toxineinfluß das Gegengewicht halten. In d[er] Fieberperiode herrschen eher Leukopenie, im qualitativen Bild Reiz[-]formen, dabei Lympho- und Monozytose, welche letztere um s[o] ausgesprochener wird, je öfter die Anfälle sich wiederholen un[d] charakteristischerweise auch in der Rekonvaleszenz eine abgelaufen[e] Erkrankung verraten kann. Zu einer sicheren Diagnose kann u[ns] das Blutbild allein nicht verhelfen, in jedem verdächtigen Fall[e] müssen die Erheber im Blut nachgewiesen werden.

71., Nr. 27, 3. Juli 1927.

Die die Erythrozytenresistenz beeinflussenden alimentären Faktore[n]. Auf Grund seiner Untersuchungen findet Verf., daß die Widerstand[s]fähigkeit der roten Blutkörperchen bei Abmagerung steigt, bei Fet[t]sucht im Gegenteil sinkt. Die Nahrungsaufnahme bewirkt aber auc[h] momentane Veränderungen: nach derselben steigt die Resistenz, u[m] nach gewisser Zeit auf die Norm zurückzusinken, das ist die positiv[e] Phase, welche 14 Stunden lang währt. Im Falle weiterer Nahrung[s]karenz mobilisiert der Organismus die eigenen Reserven, das Mili[eu] der Erythrozyten erleidet infolge der eigenen kreisenden Stoffe ein[e] ähnliche Aenderung, als nach der Aufnahme körperfremder Nahrung[s]bestandteile und die Resistenz fängt wieder an zu steigen; die[se] Vorgänge bezeichnet Verf. als negative Periode. Von den ve[r]schiedenen Nahrungsmitteln üben die intensivste Wirkung d[ie] Proteinkörper, ferner die Kombination der Proteinkörper und Fet[te] aus.

71., Nr. 28, 10. Juli 1927.

Das Mojon-Gabastonsche Anschwellen des Mutterkuchens. D[as] Verfahren wurde an der Scipiades-Klinik seit 1920 in jedem reine[n] fieberfreien, mit Blutung nicht komplizierten Falle in Angriff g[e]nommen. Als Instrumentar genügte eine Rekordspritze von 200 cc[m], deren halbstumpfes Ende in die Nabelvene hineingeführt und d[ie] Nabelschnur am Spritzenende mit den Fingern fixiert wurde. A[ls] Flüssigkeit wandte Verf. eine physiologische Salzlösung von Zimme[r]temperatur an, welche langsam, behutsam in den Mutterkuchen b[e]fördert wurde, bis ein empirischer, maximaler Widerstand si[ch] meldete, was gewöhnlich nach der Einspritzung von 3—400 ccm d[er] Fall war. Er sah von dem Eingriff in 25% Erfolge. Seines Erachte[ns] ist das Verfahren, falls sich nach zweistündiger Plazentaretention d[ie] Chinin, Glanduitrin für wirkungslos erweist, vor dem Credésch[en] Handgriff anzuwenden, da es oft die Lösung des Mutterkuchens b[e]wirkt, ohne daß die Kranke der Infektionsgefahr der Lösung n[it] bloßer Hand preisgegeben wird. Zu verwerfen ist das Mojo[n-] Gabastonsche Schwellen — an der Klinik und in der Praxis gleic[h]falls —, wenn sich in der Form von starken Blutungen, Fieber us[w.] Komplikationen melden, und überhaupt in jedem Falle, wenn d[as] Interesse der Mutter die schnelle Beendung der Geburt fordert.

Zur Aetiologie und Therapie des Pemphigus. Seitdem Kreibi[ch] und andere Autoren bei dieser Erkrankung eine Salzretention u[nd] Oedembereitschaft feststellen konnten, werden als Ursache d[er] Blasenbildung Stoffwechselstörungen, insbesondere pathologisc[he] Veränderungen des Salz- und Proteinhaushaltes betrachtet. D[er] enge Zusammenhang zwischen dem Stoffwechsel und den inne[r]sekretorischen Drüsen bringt den Gedanken nahe, daß die Veränd[e-]

ungen des endokrinen Apparates in gewissen Fällen des Pemphigus ulgaris und vegetans aus ätiologischem Standpunkte besondere chtung verdienen. Die Annahme scheint begründet zu sein, daß ei diesen pathologischen Prozessen das vegetative Nervensystem, velches die Bahnen der trophischen Funktionen darstellt, durch ysfunktion der endokrinen Drüsen beeinflußt wird. Diese Hypothese unterstützt ein interessanter Fall des Verfassers: bei einem jährigen pemphigus-vulgaris-kranken Mann wurde Röntgenbestrahlung vorgenommen, welche eine bedeutende, ausgesprochene esserung der Symptome und des Allgemeinzustandes herbeigeführt at, so daß heute nur hier und da sich eine Blase meldet. Die mit %igem Organextrakt vollführte Korrelationsprüfung (Ninhydrinreaktion) deutete auf die Funktionsstörung mehrerer innersekretorischen Drüsen hin. Orosz.

British medical Journal.

3468. 25. Juni.

Einige Erfahrungen in der Bronchoskopie und Oesophaguskopie. Herbert Tilley.
Normale Cholezystographie. Francis Davies.
Zwei Fälle von Thromboangiitis obliterans bei Frauen. E. D. Telford und J. S. B. Stopford.
Elektrische und histologische Veränderungen bei der thyreotoxischen Myokarditis. J. Strickland Goodall und Lambert Rogers.
Verschluß von abdominellen Inzisionswunden. F. Strong Haney.
Nephritis nach Influenza. Archibald S. Cook.
Grammophonnadeln als Ursache therapeutisch unbeeinflußbarer Hautabszesse. Robert E. Hadden.

Einige Erfahrungen in der Bronchoskopie und Oesophaguskopie. Sobald Anamnese, Symptome oder die röntgenologische Untersuchung die Diagnose eines Fremdkörpers in den Luftwegen oder in der Speiseröhre mit Sicherheit oder mit großer Wahrscheinlichkeit stellen lassen, muß unverzüglich eingegriffen werden. Jeder Aufschub bedingt große Gefahren und therapeutische Schwierigkeit. Zunächst kann sich während des Abwartens die Lage des Fremdkörpers wesentlich verändern. Er kann während eines heftigen Hustenanfalles in den Larynx oder in die Nähe der Glottis geschleudert werden und durch Spasmus innerhalb weniger Minuten zum Tode führen. Nadeln oder Nägel wandern häufig mit dem Kopfende voran bei der mit heftigem Husten verbundenen tiefen Inspiration immer tiefer, so daß sich die Entfernung mit dem Festsetzen in den feineren Verzweigungen des Bronchialbaumes stets schwieriger gestaltet. Gelegentlich wird ein in den unteren Luftwegen festgestellter Fremdkörper ausgehustet und sofort wieder verschluckt oder von einem Bronchus in den anderen geworfen, so daß das lange Warten eine unnötig lange oder völlig ergebnislose Untersuchung mit dem Bronchoskop zur Folge hat. Häufig genug vollzieht sich bei den in die Speiseröhre gelangten Fremdkörpern der Abgang per vias naturales ohne Störung. Wenn eine Nadel in den Magen gefallen ist, so ergibt sich oft die Frage, ob eine Laparotomie notwendig ist oder ob ruhig — trotz der Perforationsgefahr — das Abwärtswandern der Nadel abgewartet werden kann. Selbst mit Unterstützung eines erfahrenen Röntgenologen ist es so schwierig, die genaue Lage einer solchen Nadel im Dünndarm zu bestimmen, daß es sich empfiehlt, erst dann einzuschreiten, wenn bei der täglich vorzunehmenden Röntgenuntersuchung keine weitere Bewegung feststellbar ist. In den schwierigsten und gefährlichsten Fremdkörpern innerhalb der Luftwege gehören solche, die rasch quellen und erweichen, wie Bohnen, Nußkerne, Erbsen u. a. m. Jede Verzögerung fördert die Mazeration. Selbst bei einwandfreier Technik können kleine Partikel sich der endoskopischen Entfernung entziehen und zu diffusen, rasch tödlich endenden bronchopneumonischen Herden führen. Ebenso gefährlich ist die Aspiration und das längere Verweilen septischer Zähne oder von Zahnfüllungen, die sehr bald eitrige Einschmelzung herbeiführen. Auch die rasche Ausbildung einer starken entzündlichen Reaktion in der Umgebung derart irritierender Fremdkörper macht ihre Erkennung und Entfernung äußerst schwierig. Bei der Einkeilung spitzer Fremdkörper im Oesophagus bedeutet jeder Tag Verzögerung unmittelbare Lebensgefährdung, da eine eitrige Mediastinitis stets zu befürchten ist. Mit der Verabreichung von Brotkrusten oder dem Schluckenlassen von Gazestücken ist keine Zeit zu verlieren. Jeder Versuch, dem Fremdkörper mit einem Bougie in den Magen zu stoßen oder ihn mit irgendeinem „Münzenfänger" empor zu befördern, muß als verbrecherisch bezeichnet werden. Sachgemäß ist einzig die rasche Entfernung der im Bronchiallumen oder in der Speiseröhre liegenden Fremdkörper unter Kontrolle des Auges nach vorheriger Röntgenuntersuchung. Bei plötzlichem Laryngospasmus oder schwerstem Stridor mit Erstickungsgefahr ist die Tracheotomia inferior vorzunehmen, sofern die Endoskopie nicht sofort vorgenommen werden kann. Bei der Tracheotomie wird gelegentlich das Corpus alienum ausgehustet, ebenfalls erleichtert dieser Eingriff die spätere Bronchoskopie außerordentlich.

Klinisch bedeutungsvoll ist das plötzliche Auftreten heftigen Hustens bei sonst gesunden Menschen, besonders bei Kindern, die aus Furcht vor Strafe oder Unkenntnis nichts von dem Unfall erzählen. Besonders bei dem Auftreten von Infiltrationserscheinungen in einem Lungenunterlappen ist bei negativem Tuberkelbazillenbefund der Möglichkeit einer Fremdkörperaspiration Rechnung zu tragen (Röntgenuntersuchung, Bronchoskopie bei negativem Ausfall). Häufig schwinden die ersten Reizerscheinungen (Husten, Auswurf, Atemnot) nach kurzer Zeit, sobald sich die Schleimhaut an den Fremdkörper gewöhnt hat. Diese Ruheperiode kann selbst monateund jahrelang andauern. Sie wirkt sich verhängnisvoll aus, da doch zu einem Zeitpunkt ernstere Symptome auftreten und die nach so langer Zeit auszuführende direkte Endoskopie großen Schwierigkeiten begegnet. (Bildung gefäßreicher, ödematöser Granulationen um den Fremdkörper mit Gefahr der profusen Blutung, Entwicklung einer Bronchialstruktur.)

In jedem Fall, wo ein Fremdkörper nachgewiesen ist oder vermutet wird, ist ein erfahrener Röntgenologe zu Rate zu ziehen. Eine oberflächliche Röntgenuntersuchung führt häufig genug zu einem monatelangen Aufschub der Endoskopie. Unmittelbar vor dem operativen Eingriff muß eine Röntgenaufnahme angefertigt werden, da sich der Fremdkörper verlagert haben kann. Auch bei den strahlendurchlässigen Fremdkörpern ist das Röntgenbild von großem Nutzen. Wenn es auch den Fremdkörper selbst nicht sichtbar machen kann, gibt es indirekt wichtige Anhaltspunkte für seine Lage. So ergeben sich charakteristische Bilder bei vollständigem Verschluß eines großen oder mit deren Bronchus mit nachfolgender Atelektase oder bei Ventilverschluß mit Obturationsemphysem (Momentaufnahme bei tiefer Inspiration und vollständiger Expiration). Bei kleineren strahlendurchlässigen Körpern, die ungehindert den Luftstrom an sich vorbeilassen, ermöglicht die Lipiodolfüllung gelegentlich die sichere Lokalisierung. Kleinere Fremdkörper im Oesophagus werden bisweilen nach dem Schlucken einer Wismutkapsel sichtbar, oder sie halten mit Wismut getränkte Wollflocken an bestimmter Stelle auf.

Cholezystographie beim Normalen. Größe, Lage, Gestalt und Dichte des Gallenblasenschattens verhalten sich bei den einzelnen Individuen sehr verschieden. Von gewissem Einfluß ist die Körperkonstitution. Die Länge des Gallenblasenschattens ist zwar nicht mit einem körperlichen Habitus in Beziehung zu setzen. Bei dem hypersthemischen und sthemischen Typus ist der Gallenblasenschatten im Durchschnitt breiter, Gallenblasennacken und Fundus liegen höher und weiter von der Mittellinie entfernt und die respiratorische Verschieblichkeit ist größer als bei dem hypo- und asthenischen Körperformen. Genau so wie Magentonus und Motilität bei den „kräftigeren" Typen gesteigert erscheinen, entleert sich auch die Gallenblase bei ihnen schneller als bei den Asthenikern.

Bemerkenswerterweise ergaben diese mit der oralen Darstellungsmethode an 100 Gesunden ausgeführten Untersuchungen, daß eine ganze Anzahl von Normalen zunächst einen normalen Gallenblasenschatten aufwies, während die nach mehreren Wochen durchgeführte Kontrolluntersuchung ergebnislos blieb. Auch das Umgekehrte — zunächst kein Schatten sichtbar, mehrere Wochen später positiver Befund — kam bei gleichbleibender einwandfreier Technik vor. Die Faktoren, die bei der Entstehung des Gallenblasenschattens mitwirken, sind sehr vielgestaltig und im einzelnen nicht genau analysierbar. Wesentlich bei der oralen Darstellungsmethode ist eine gewisse Resorptionsgeschwindigkeit des Farbstoffes aus dem Verdauungskanal, wofür deren Beurteilung die quantitative Bestimmung der Farbstoffausscheidung im Urin nur einen geringen Anhalt bietet. Der Farbstoff gelangt zum größten Teil im Darm zur Ausscheidung und wirkt als leichtes Laxans. Abführende Wirkung und Dichte des Gallenblasenschattens zeigen keinen Zusammenhang. Das spezifische Ausscheidungsvermögen der Leber kann an dem Verhalten dieses Organs gegenüber Farbstoffen ähnlichen chemischer Konstitution (Rosenthalsche Probe) überprüft werden. Doch ist es nicht bekannt, ein wie großer Teil der sezernierten Galle direkt aus der Leber in das Duodenum gelangt, ohne durch die Gallenblase zu wandern. Die Füllung der Blase mit farbstoffbeladener Galle hängt von dem Widerstand ab, der dem Gallenstrom an der Papilla Vateri begegnet, und der wahrscheinlich große physiologische Schwankungen erfährt. Die aus der Leber abgesonderte, Farbstoff enthaltende Galle ist weiterhin nicht konzentriert genug, um röntgenologisch einen Schatten zu ergeben. Die Eindickung in der Blase setzt zwar eine gesunde Gallenblasenwand voraus, sie dürfte jedoch noch allgemein von dem Wassergehalt der übrigen Organe abhängen. Die Vielgestaltigkeit dieser Faktoren, die für die Entstehung des Gallenblasenschattens entscheidend sind, läßt es unangebracht erscheinen, das Fehlen eines solchen Schattens als pathologische Veränderung zu werten. Ein negatives Cholezystogramm — ohne klinische Kennzeichen einer Gallensystemerkrankung — ist diagnostisch daher viel geringer einzuschätzen als ein sicheres röntgenpositives

Krankheitszeichen. Ebenso darf der verminderten Schattendichte keine allzu große Bedeutung zuerkannt werden, da auch die Dichtigkeit von dem Zusammenspiel vieler, physiologisch sehr wechselnder Bedingungen abhängig ist. Biberfeld.

The Lancet.

213., Nr. 2, 9. Juli 1927.

Neue Auffassungen über die Pathogenese der Ischias. In der Mehrzahl der Fälle ist Ischias nur ein Symptom von Krankheiten, die außerhalb des Nerven liegen. Es gibt echte neuritische Formen (Alkoholismus, Diabetes, Syphilis, Bleiintoxikation); in anderen Fällen ist die Ursache lokal (Kompression oder Reizung des Nervenstammes durch Tuberkulose, Syphilis, Wirbeltumoren, Becken- und andere Tumoren, Frakturen). Die gewöhnlichste Form ist die sog. essentielle Ischias. Auf Grund eines langjährigen Studiums an seinem großen Material in Bologna, besonders röntgenologischer Untersuchungen, ist Verf. zu der Ueberzeugung gelangt, daß diese Form der Ischias durch pathologische Veränderungen der Foramina intervertebralia und besonders der Wirbelgelenke veranlaßt ist, daß sie also ein Symptom der sog. Sicardschen „Neurodocitis“ und Lumbarthritis ist. Die Ausdrücke „rheumatische und idiopathische“ Ischias müssen demnach durch die passenderen „arthritische oder vertebrale“ Ischias ersetzt werden. Das typische hintere Gelenk der Lumbalgegend hat Gelenkflächen, die in der Sagittalebene liegen; nur die Gelenkflächen zwischen 5. Lendenwirbel und os sacrum liegen in der Frontalebene gleich denen der Brustwirbel. Individuelle Abweichungen sind jedoch sehr häufig; so wird, am häufigsten zwischen 5 Lenden- und 1. Sakralwirbel das eine Gelenk in der Sagittalebene, das der anderen Seite in der Frontalebene angetroffen. Solche Anomalien können die Form des Foramen intervertebrale ändern, aber auch durch Aenderung in der Mechanik der Wirbelsäule eine lokale Arthritis herbeiführen, die ihrerseits den Nervenstamm reizen kann. Röntgenbilder zeigen, daß die Foramina intervertebralia der Lendenwirbel nicht alle von gleicher Größe sind; sie nehmen von unten nach oben an Größe zu, und umgekehrt verhalten sich die Nervenwurzeln, so daß das Foramen zwischen 5. Lendenwirbel und Steißbein das kleinste und die 5. Nervenwurzel die größte ist. Es kommt dazu, daß 4. und 5. Lendenwirbel durch ihre Lage in der Wirbelsäule mehr als alle anderen Wirbel dem Druck und Zug ausgesetzt und daher der Lieblingssitz arthritischer Prozesse sind. Alle hier vorkommenden Veränderungen können am besten durch Röntgenuntersuchung erkannt werden. In einigen Fällen, aber viel seltener als man bisher angenommen hat, kann eine solche Sakralisation des 5. Lendenwirbels Ischias verursachen, ebenso arthritische Formen der Wirbelkörper, die sich im Röntgenbilde durch mehr oder weniger die Wirbelkörper vereinigende Knochenbrücken ausdrücken (Ankylosen, Arthritis deformans u. a.). Doch sind solche Veränderungen im Wirbelkörper von viel geringerer Bedeutung für die Pathogenese der Ischias als die in den Gelenken. Um Form, Größe, Beziehungen und Struktur der Foramina und der Gelenke sichtbar zu machen, dazu gehören neben einem sehr leistungsfähigen Röntgenapparat seitliche Aufnahmen, stereoskopische Bilder und ein erfahrener Untersucher. Von den Gelenkfazetten bekommt man ohne Stereogramme keine genauen Bilder. In einer Anzahl von Diagrammen zeigt Verf. das normale Bild der proc. articulares und Abweichungen von der Norm, die er als „Anomalien des artikulären Tropismus“ bezeichnet; er zeigt ferner die Folgen entzündlicher Gelenkprozesse (unebene, ausgezackte Gelenkflächen, lokalisierte Ankylosen), ja ein Bild, in dem die Gelenkspalten aller Lendenwirbel verschwunden sind. Nächst den Schmerzen ist das Hauptsymptom der Ischias die Starre der Wirbelsäule. Der lumbale Spasmus ist kein spezifisches Symptom der Ischias, er kommt bei allen Reizzuständen der Lendenwirbelsäule vor, er fehlt bei der Nervenwurzel-Ischias und bei allen sekundären Formen, ist aber fast stets bei der arthritischen Form vorhanden. Die Kontraktur der Muskeln ist ein Abwehrreflex, dazu bestimmt, durch Immobilisierung das Gelenk vor Schmerzen zu schützen, kommt bei allen schmerzhaften Gelenken zustande. Diese Kontraktur zum Schutz der Wirbelgelenke tritt als Skoliose in Erscheinung. Die gewöhnlichste Form, die kontralaterale Skoliose, führt zu einer Trennung der Gelenkflächen auf der schmerzhaften Seite und zu Erweiterung der intervertebralen Kanäle; die homolaterale Skoliose erschlafft die Gelenke und die Nervenstränge auf der schmerzhaften Seite. Bei alternierender Skoliose fand Verf. stets eine doppelseitige Arthritis zwischen 5. Lendenwirbel un[d] Steißbein. Die Folgerung aus diesen Untersuchungen für die Be[-]handlung der Ischias ist die Behandlung der Arthritis; also aktiv[e] Hyperämie und Immobilisierung. Im akuten Stadium absolute Bet[t-]ruhe und heiße Luftbäder mit dem Bierschen Apparat (täglic[h] 30—40 Minuten, beginnend mit 90°, steigend bis etwa 125°, gefol[gt] von allgemeiner Massage); meistens folgt einer anfänglichen Z[u-]nahme der Schmerzen bald eine entschiedene Besserung. Immobil[i-]sierung mit Gipskorsett, das Rumpf und Becken fixieren muß, ab[er] wohlgemerkt ohne die Stellung zu korrigieren. Die Kontrakt[ur] muß später spontan verschwinden. Das Korsett wird anfangs n[ur] für kurze Zeit, täglich etwas länger getragen, bis nach einer Woc[he] vollkommene Toleranz eingetreten ist. Meistens genügen 18—[...] heiße Luftbäder; in leichten Fällen genügt es, etwa 6 Monate da[s] Gips- bzw. später ein Celluloidkorsett tragen zu lassen. Die gut[en] Resultate dieser Ischiasbehandlung sind ein Beweis dafür, daß d[ie] Erklärung der Pathogenese folgerichtig ist. Verf. hat nur eine[n] einzigen Fall von 30 Jahre lang bestehender arthritischer Ischia[s] gesehen, welcher der konservativen Behandlung trotzte, und [in] welchem er mit vollem Erfolge nicht nur zur einfachen Laminektom[ie] schritt, sondern die hinteren Gelenke zwischen 4. und 5. bzw. 5. Lendenwirbel und Steißbein resezierte und die 4. und 5. Lumba[l-]nerven beiderseits freilegte.

Milchsäuremilch als methodische Säuglingsnahrung. 50 Kind[er] im Alter von einem Tage bis zu 6 Monaten wurden mit Milchsäur[e-]milch ernährt, und die Resultate ließen sich den besten, mit den ge[-]wöhnlichen Ernährungsmethoden erreichten Erfolgen an die Sei[te] stellen. Die Vorteile dieser Milchart sind ihre leichte Bereitung [—] Herstellung des 24stündigen Bedarfs auf einmal und ohne kompl[i-]zierte Berechnungen—, ihre relative Sterilität — langes Freibleib[en] von schädlichen Organismen —, ihre leichte Verdaulichkeit — weg[en] ihres geringen Pufferwertes, während die gewöhnliche süße Ku[h-] der hohe Kalorienwert. Die Milchsäuremilch läßt sich bei Kran[k-]heitszuständen in geeigneter Weise verändern, durch Zusatz ve[r-]schiedener Zuckerarten, durch Abrahmen bei Intoleranz gegen Fe[tt] mit reichlichen seifigen Stühlen und Gewichtsstillstand u. a. Kontr[a-]indiziert ist die Milchsäuremilch in Fällen anhydrämischer Azidos[e,] solange dieselbe nicht überwunden ist. Bei genügender Vorsicht u[nd] Verhütung von Ueberfütterung steht nichts einer Verwendung dies[er] Milch schon im frühesten Kindesalter entgegen.

Rontal.

The biochemical Journal.

21., März 1927.

— — — — — VII. Die Wirkung des Fluorbenzens auf den Schwefelstoffwechsel. H. J. Coombs.
Die Reduktion des Hämotins und Methämoglobins. R. Hull und H. F. Holden.
* Die physiologische Rolle des Vitamins B. III. Vitamin-B-Mangel bei Tauben. H. S. Kon und J. C. Drummond.
— — — — — IV. Die Beziehung einzelner Nährfaktoren in der Hefe auf das Wachstum von Ratten bei eiweißreicher Kost. A. Hassan und J. C. Drummond.
Eine Leitfähigkeitsmethode zur Bestimmung von Kohlensäure. L. E. Bagliss.
Die mögliche Bedeutung von Hexosephosphorestern bei der Verknöcherung. VII. Die Knochenphosphatase. M. Martland und R. Robison.
Die Chemie der Hexosediphosphorsäuren. I. Die a- und b-Methylhexosediphosphorsäuren. W. T. J. Morgan.
Die antiskorbutische Fraktion des Zitronensaftes. S. S. Zilva.
* Ueber die zusammengesetzte Beschaffenheit des wasserlöslichen B-Vitamins. H. Chick und M. H. Roscoe.
Die Wirkung der Eintrocknung auf den Nährwert des Eiereiweißes. M. A. Boas.
Ueber den Vitamin-D-Gehalt des Magenöls des australischen Sturmvogels (Aestralata Lessoni). J. L. Leigh-Clare.
Die Synthese des antiskorbutischen Faktors (Torulin) durch Hefe. F. Hawking.
Ueber Ovomukoid. J. Needham.
Eine quantitative Untersuchung über Bernsteinsäure im Muskel. II. Die Umwandlungsbeziehungen zwischen Bernstein-, Malon- und Brenztraubensäure. D. M. Needham.
Quantitative Untersuchungen über die Nitroprassidreaktion im normalen Gewebe und in Tumoren. E. L. Kennaway und J. Hicyer.
Beobachtungen über die Nierenschwelle für Glukose. R. L. Mackay.

Photooxydation des Adrenalins. Verschiedene Präparate verhalten sich different gegenüber der Oxydation. Ultraviolette Strahlen verursachen eine Beschleunigung der Oxydation auch in starken Verdünnungen des Adrenalins. Besonders empfindlich ist reines Adrenalin in destilliertem Wasser, salzsaure Lösungen oxydieren viel schwerer. Auch gewöhnliches Tageslicht oxydiert Adrenalin, allerdings viel schwächer. Die rosarote Verfärbung des Adrenalins bei der Belichtung beruht auf Oxydation. Adrenalintabletten (P a r k e, D a v i s) sind auch lichtempfindlich. Oxydierte Präparate verhalten sich inaktiv.

Vitaminmangel bei Tauben. Verf. fanden, daß bei allen bisherigen Untersuchungen über Ernährung mit vitamin-B-freier Kost dem Umstand nicht genügend Rechnung getragen wurde, daß die so ernährten Tiere wegen Widerwillens gegen diese Kost überhaupt nur ungenügend Nahrung zu sich nehmen. Sie mutmaßten, daß ein großer Teil der auf Vitamin-B-Mangel geschobenen Symptome einfache Hungerfolgen sind. Zur Bestätigung dieser Vermutung wurden acht Tauben mit vitamin-B-freier Kost ernährt, acht weitere Tauben von gleichem Gewicht mit der jeweils gleich großen Nahrungsmenge zuzüglich von Vitamin-B. Zwei weitere Versuchsreihen unter zwangsweiser Zuführung von Nahrung mißlangen, da die vitamin-B-frei ernährten Tiere die Nahrung teilweise wieder erbrachen. Es zeigte sich nun, daß die beiden ersten Reihen Tauben in gleicher Weise Symptome zeigten, die sonst auf Vitaminmangel zurückgeführt wurden und die sich somit als nur durch den Hunger bedingt erwiesen, d. i. Abnahme des Körpergewichts, Ausnützung der Nahrung, grüne Faecesbeschaffenheit, Kräuselung der Federn, Hyperglykämie, Abfall der Körpertemperatur usw. Charakteristisch für den Vitamin-B-Mangel ist vor allem der Mangel an Appetit für die vitaminfreie Nahrung und das Auftreten nervöser Symptome wie Opisthotonus, Emprosthotonus, Krampfhaltungen. Gliederschwäche dagegen ist nicht charakteristisch, auch nicht degenerative Vorgänge in den Nerven. Die Beobachtung, daß Tiere bei völligem Hunger, wenn sie genügend Wasser erhalten, keine Krämpfe zeigen, sowie daß Gewebsextrakte von an Beri-Beri gestorbenen Tieren heilende Wirkung auf Tauben mit Krämpfen haben, legen die Annahme nahe, daß im Körper Vitamin-B gespeichert ist, das durch Hunger sowie Krämpfe in Freiheit gesetzt wird. Hierdurch würde einmal erklärt, daß ein Teil der Tauben aus der Versuchsreihe I von selbst wieder nach den ersten Krämpfen sich erholen, dann aber auch vielleicht die geringe Nahrungsaufnahme, die einem Freisetzen von Vitamin dienen würde.

Die zusammengesetzte Beschaffenheit des wasserlöslichen B-Vitamin. Aehnlich den Versuchen von G o l d b e r g e r aus Amerika suchen Verff. den Beweis zu führen, daß der von Mc. C o l l u m definierte wasserlösliche Vitamin-B-Faktor zwei verschieden wirksame Substanzen enthält. Die erste ist identisch mit dem 1897 von E i y k m a n entdeckten antineuritischen Stoff, der die Beri-Berikrankheit zu verhindern vermag. Das eigentliche Vitamin-B dagegen verhütet Pellagra. Sein Fehlen führt bei jungen Ratten zu Marasmus und schweren Hautkrankheiten.

Beide Vitamine sind in vielen Nahrungsstoffen gemeinsam enthalten und sind für Wachstum und Gesundheit erforderlich. Hefe ist reich an beiden Vitaminen, Weizenkeimlinge enthalten viel antineuritisches Vitamin, sind aber relativ arm an eigentlichem Vitamin B. Milch, Fleisch, grüne Blätter und Rüben verhalten sich umgekehrt. Beide Vitamine unterscheiden sich durch ihre Löslichkeit in Alkohol und Aceton und Adsorbierbarkeit an Tierkohle. Eigentliches Vitamin B ist hitzebeständiger und kann aus Hefe durch Erhitzen im Autokladen bei 120° in 4—5 Stunden vom antineuritischen Vitamin befreit werden.

Dr. Fritz M ü l l e r, Neukölln.

La Riforma medica.

43., Nr. 24, 13. Juni 1927.

Plastische oder hämmerbare Milz bei der Banti-Griesingerschen Krankheit. G. Castronuovo.
Der erste Fall von Darm-Bilharziosis in der Cyrenaika. C. Rizzo.
Anastomose zwischen dem kleinen und großen Blutkreislauf. Ch. Trunecek.
Vorkommen langjähriger symptomenloser Intervalle bei chirurgischen Nierenleiden. M. Sorrentino.

43., Nr. 25, 20. Juni 1927.

Ueber die Behandlung des Tetanus. A. Martiri.
Eine neue Pinzette zur provisorischen Blutstillung der großen tiefen Gefäße. P. Leone.
Ueber die Diagnose des Gehirnabszesses otitischen Ursprungs. P. Russi.
Sammelreferat über Xerostomie.
* Behandlung eines schweren Nierenleidens infolge Sublimatvergiftung mit hypertonischen Glukoselösungen. V. Schifani.

Behandlung einer schweren Nierenerkrankung infolge von Sublimatvergiftung mit hypertonischen Glukoselösungen. Im Anschluß an einen schweren Fall von Vergiftung mit 5 g-Sublimat betont Verf. die gute Wirkung intravenöser hypertonischer Glukoseinjektionen (25 %) auf die Anurie und die entzündlichen Störungen der Niere. Die Injektionen müssen spätestens innerhalb der ersten 48 Stunden begonnen und täglich bis zur vollständigen Wiederherstellung der Nierensekretion in der Dosis von 0,5 g Glukose pro Kilo Körpergewicht fortgesetzt werden. Ist es gelungen, wie im beschriebenen Falle, der Nierenstörungen Herr zu werden, so müssen die therapeutischen Anstrengungen gegen die gefährlichen Ulzerationen des Dickdarms gerichtet werden. Diese kommen durch teilweise Ausscheidung des Sublimats seitens des Dickdarms zustande und sind nicht mit den direkten Kontakterosionen in Magen und Dünndarm zu verwechseln. Auf den hämorrhagischen Ulzerationen wird der ständige Bewohner des Dickdarms, das B. coli, virulent, und es entsteht leicht eine tödlich verlaufende Koli-Septikämie.

43., Nr. 26, 27. Juni 1927.

* Die experimentelle Syphilis beim Lama. R. Stanziale.
Ueber die Septikämie durch M. melitensis Bruce oder B. abortus Bang. G. Lonero.
* Die Abderhaldensche Reaktion bei hautempfindlichen Personen. G. Melli.
Phrenikotomie und Phrenikektomie vom chirurgisch-anatomischen Standpunkt aus. G. Riccinti.
Störungen der Harnwege nach Genuß von Igelfleisch. G. de Roma.

Die experimentelle Syphilis beim Lama. Die Nachprüfung der Untersuchungen von Jauregni und Lancelotti an einer Anzahl von Lamas ergab ein vollkommen negatives Resultat. Eine Uebertragung der Syphilis auf das Lama war weder durch Impfungen mit menschlichem syphilitischem Material noch mit Kulturen der Sp. pallida möglich. Bei einem jungen Tier mit negativer WaR. entwickelte sich nach wiederholten Impfungen mit Spirochätenkulturen eine positive Reaktion. Die Schlußfolgerung, daß auch ohne Haftung der Syphilis sich unter dem Einfluß der Spirochäten geringfügige zelluläre Veränderungen entwickeln, die im Blute spezifisch oder aspezifisch wirkende Substanzen erzeugen, ist nicht berechtigt, weil auch bei einem weiblichen nie geimpften und mit keinem der geimpften Tiere in Berührung gekommenen Lama die WaR. positiv ausfiel. Die Behandlung mit Lamaserum zeigte sich bei primärer und sekundärer Syphilis des Menschen absolut unwirksam und bisweilen sogar schädlich. Im tertiären Stadium wurden vereinzelt Besserungen des Allgemeinzustandes festgestellt, die jedoch auf eine einfache, auch mit andern Sera erzielbare Wirkung aspezifischer Proteintherapie zurückgeführt werden konnten.

Die Abderhaldensche Reaktion bei hautempfindlichen Personen. Das Serum von gegen Pollen hautempfindlichen Personen gibt mit dem entsprechenden Pollen die Abderhaldensche Reaktion, und zwar ist diese Reaktion bis zu einem gewissen Grade spezifisch. Es scheinen jedoch keine festen Beziehungen zwischen Intensität der Hautreaktion, Schwere des Krankheitsprozesses und Intensität der Abderhaldenschen Reaktion zu bestehen. Sera mit positiver Reaktion können durch längere Erwärmung (von 60 bis 90 Minuten Dauer) bei 58 bis 59° inaktiviert, aber nicht mehr durch Hinzufügen neuen Komplements reaktiviert werden. Sera von gegen Drogen empfindlichen Personen geben mit den entsprechenden Drogen keinerlei Reaktion.

R o n t a l.

Il Policlinico, Sez. prat.

34., Nr. 27, 4. Juli 1927.

Intravenöse Injektionen von kolloidalem Eisenoxydhydrat in der Behandlung sekundärer postoperativer Anämien. Das kolloidale Eisenoxydhydrat wird nach subkutaner Injektion vom Bindegewebe fixiert und nur äußerst langsam resorbiert, so daß die Wirkung auf den Organismus sehr geringfügig ist. Ganz anders liegen die Verhältnisse bei der intravenösen Injektion, die zu Fixierung in Leber, Milz und Knochenmark führt. Der intravenöse Weg ist vollkommen gefahrlos, die Injektionen werden sehr gut vertragen. Bei langsamer Injektion kommt es weder zu Reaktionen an der Injektionsstelle noch zu irgendwelchen anderen unangenehmen Nebenwirkungen. Die Dosis beträgt 10 ccm der 1 ‰ metallisches Eisen enthaltenden Lösung. Nach 20 Tagen kann eine Wiederholung der Injektion in gleicher Dosis erfolgen. Die schnelle Vermehrung des Hb, die Besserung des Allgemeinzustandes und der Blutbildung sind überraschend. Gleich gute Resultate bei den Formen chirurgischer Tuberkulose, bei sekundären Anämien im Anschluß an innere Blutungen, bei der Chloro-Anämie und selbst erfreuliche Besserungen bei der Anämie maligner Tumoren.

34., Nr. 28, 11. Juli 1927.

Wiederbelebung des Herzens durch intrakardiale Injektion. Der erste Fall von Wiederbelebung des Herzens durch intrakardiale Injektion bei Tod infolge Vergiftung. Der 18jährige Mann hatte in selbstmörderischer Absicht 65 Chinintabletten = 13 g Chinin verschluckt. Alle erdenklichen Mittel wurden erfolglos angewandt, nach 4 Stunden waren Puls, Atmung, Herzschlag, Kornealreflex verschwunden. Eine sofort erfolgte Injektion von 1 ccm Adrenalin im 4. Interkostalraum am oberen Rande der 5. Rippe 3 bis 4 cm vom Sternalrand mit 6 bis 7 cm langer, feiner Nadel rief nach 40 Sekunden die ersten schwachen und seltenen Herzschläge zurück. Mit weiteren Koffein- und Kampherspritzen war es möglich, den Kranken am Leben zu erhalten. Eine auftretende vollkommene Ameurose ging innerhalb von 24 Stunden zurück.

34., Nr. 29, 18. Juli 1927.

Fieber bei kongenitaler Syphilis. Das Auftreten von Fieber bei sekundärer und Spätsyphilis ist seit langer Zeit bekannt, über das Vorkommen von Fieber bei kongenitaler Syphilis weiß die Literatur nur sehr wenig zu berichten. Verf. bringt die ausführlichen Krankengeschichten von 10 derartigen Fällen. Das Fieber kam in jedem Lebensalter vor, der kontinuierlich remittierende und der intermittierende Fiebertypus waren gleich häufig, das Fieber bestand, als es in seiner Bedeutung erkannt wurde, bereits 1 Monat bis 3 Jahre; in der Mehrzahl der Fälle wurden gleichzeitig organische Erkrankungen verschiedener Schwere gefunden, der negative Befund in einigen wenigen Fällen (essentielles syphilitisches Fieber) schließt nicht das Bestehen eines aktiven Herdes aus. Die Rückwirkung des syphilitischen Fiebers auf den Allgemeinzustand hängt weniger von der Höhe der Temperatur oder dem Typus des Fiebers ab, als von der Bedeutung der Organerkrankung. In verschiedenen Fällen war das Fieber irrtümlich auf Tuberkulose, Malaria, Maltafieber, Darminfektion zurückgeführt. Zweimal trat es im Anschluß an eine überstandene Influenza bzw. im Puerperium auf. Es wich stets der Behandlung mit Hg oder mit Salvarsan. Von den Hypothesen für die Entstehung dieses Fiebers ist die wahrscheinlichste, daß es sich um aktive Herde in irgendwelchem Organe handelt, von denen toxische, auf die wärmeregulierenden Zentren wirkende Substanzen ihren Ausgang nehmen.

34., Nr. 30, 25. Juli 1927.

Die Milz als regulierendes Organ für die Zahl der roten und weißen Blutkörperchen im Kreislauf. Die neuen Arbeiten von Barcroft und von Binet haben gezeigt, daß die Milz neben den anderen bekannten Funktionen als ein Reservoir für die roten Blutkörperchen zu betrachten ist, welche sie vermöge ihrer Kontraktilität je nach Bedarf in den Blutkreislauf sendet. Sie zeigten, daß Muskelarbeit, ebenso wie CO-Intoxikation oder eine akute Asphyxie eine Kontraktion der Milz mit folgender Hyperglobulie auslöst, und daß diese Hyperglobulie bei splenektomierten Tieren ausbleibt. Verf. wies nach, daß auch bei Fliegern und Alpinisten eine vorübergehende, bei Hochgebirgsbewohnern eine dauernde Hyperglobulie zustande kommt. Er konnte eine solche al schnelle und vorübergehende Reaktion gegen atmosphärische Luftdruckverminderung auch experimentell erzeugen; bei der Schnelligkeit des Erscheinens und Verschwindens war ein Einfluß der blutbildenden Organe ausgeschlossen. Ein Meerschweinchen hatte, nachdem es 20 Minuten einem Luftdruck von 420 mm Hg ausgesetzt war, eine Vermehrung der roten Zellen im Herzblut von 3,7 auf 5 Millionen, ein Hund nach 30 Minuten unter 350 mm Hg eine Vermehrung von 4,8 auf 6,4 Millionen. Diese nicht nur periphere sondern auch zentrale Hyperglobulie blieb bei entmilzten Tieren aus. Manipulation oder Massage der Milz beim Hunde erzeugte keine Veränderungen in der Zahl der Blutkörperchen, wohl aber trat nach einer 15 bis 30 Minuten währenden elektrischen Reizung eine starke, lange andauernde Verringerung der Leukozyten bis zu 50 % ein. Somit ist die Milz nicht nur ein Reservoir für rote Zellen, sondern ein Organ, welches einen regulierenden Einfluß auf alle Blutkörperchen, rote wie weiße, ausübt. Wahrscheinlich ist der Grund ein mechanischer, in dem Sinne, daß die kleineren und elastischeren roten Zellen passieren, die leichter den Gefäßwänden anhaftenden Leukozyten zurückgehalten werden.

Therapie des Magenulkus. Verf. empfiehlt bei Gastralgien, in Fällen, wo man eventuell ein beginnendes Magenulkus annehmen kann, bei Darmblutungen verschiedenen Ursprungs heiße Salzwasserklistiere (40° und mehr). Bei Magenulzera, in denen eine langdauernde Nahrungsenthaltung indiziert war, sah er sehr gute Erfolge von einfachen Nährklistieren aus lauwarmer Milch mit 1 Teelöffel Pepton und 1 Eßlöffel Zucker (dreimal täglich 50 mittels elastischen Katheters). Dieselben reizen gewöhnlich die Darmschleimhaut nicht, werden sehr lange Zeit gut vertragen und gut resorbiert. In einem Falle einer erfolgreichen, 24tägigen Nährklistier-Behandlung wurden täglich 200 bis 300 ccm Harn mit 8 bis 10 g Harnstoff und 4 g Chloriden ausgeschieden und alle drei bis vier Tage geformte Stühle durch Klysma entleert. Rontal.

Il Policlinico, Sez. med.

34., Nr. 7, 1. Juli 1927.

Untersuchungen über Duodenaldivertikel und über besondere mit ihnen verknüpfte Symptome. Nach der anatomischen Statistik ist die Häufigkeit der Duodenaldivertikel 3%, nach der klinisch-röntgenologischen zwischen 0,1 bis 1,2%. Verf. bringt zwei Fälle mit Serienröntgenbildern, die einmal die sichere Diagnose eines wahren Divertikels im horizontalen Teil des Duodenum mit komplizierender Cholezystitis, das zweite Mal die Diagnose eines falschen, wahrscheinlich eines Fraktionsdivertikels im ersten Teil des Duodenum bei wahrscheinlich metastatischem Leberkarzinom gestatteten. Im ersten Fall zeigt das Röntgenbild ein so typisches und scharfes rundes Duodenaldivertikel mit Stiel und einer kleinen Luftblase über dem Bariuminhalt, wie man es nur selten zu sehen bekommt. Die Serienbilder geben das Duodenum in verschiedenen Phasen seiner kontraktilen Tätigkeit wieder, ohne daß der Sack sich in Form, Sitz oder Füllung ändert. Mit leicht laxierenden, cholagogen und antispasmodischen Mitteln und Diät wurde die Kranke seit einigen Jahren bei wenig Beschwerden und gutem Befinden erhalten. Der zweite Patient ging bald zugrunde. Im Anschluß an die beiden Fälle und an Hand der Literatur wird das Krankheitsbild in sehr umfassender Weise erörtert, die Pathogenese (kongenitale Mißbildung und erworbene Fraktions- und Pulsionsdivertikel), die Symptomatologie, die fast ausschließlich retrospektiv sein kann; denn es gibt keine pathognomonischen Symptome, bald sind es die Symptome eines Magen- oder Duodenalulkus, bald die einer Leberkrankheit, bald fehlen alle Symptome. Der röntgenologische Befund allein ist maßgebend, und die von verschiedenen Autoren empfohlene Technik wird beschrieben und kritisiert. Wichtiger ist die Deutung der Bilder und die Kenntnis der möglichen Irrtümer, auf welche eingegangen wird. Bedeutungsvoll ist die Luftblase im Divertikelsack. Die letztere kann, wie im ersten Fall des Verf., den Magenschatten so dicht begrenzen, daß eine Verwechslung mit einem Magendivertikel möglich werden kann. Rontal.

Il Policlinico, Sez. chir.

34., Nr. 7, 15. Juli 1927.

Zugangswege zum Thoraxteil des Oesophagus. Nur wenige Kranke, die an Krebs des Thoraxteils des Oesophagus — 69% aller Oesophaguskrebse, die etwa 5—6% aller Krebse ausmachen — operiert werden, überleben die Operation. Unter den Zugangswegen sind der vordere, von Sauerbach vorgeschlagene und der hintere Weg zu unterscheiden. Der erstere ist zu gefährlich und gibt nur einen beschränkten Zugang, über den letzteren gehen die Meinungen noch sehr auseinander, ob man rechts oder links, mit oder ohne Schonung der Pleura vorgehen soll. Studien an der Leiche ließen Verf. keinen Zweifel darüber, daß der rechte Weg vorzuziehen sei, da links die Aorta und oben der Aortenbogen ein großes Hindernis bieten. Um einen möglichst breiten Zugang und Erleichterung in der Ablösung der Pleura zu haben, empfiehlt Verf. das folgende Verfahren. Bildung eines Muskelhautlappens mit Scharnier im Niveau der hinteren Achsellinie, ausgehend von einer Linie längs der Dornfortsätze. Subperiostale Rippenresektion bis zur Gelenkverbindung mit den Wirbelkörpern, Desartikulation ohne Verletzung der Querfortsätze. Es ist ratsam, die Befreiung des letzten Teils der Rippen mit dem Periostmesser zu beginnen, sodann gegen die seitlichen und vorderen Teile der Wirbelsäule nur mit dem Raspatorium vorzugehen. Durch leichten Druck mit mäßigen Torsionsbewegungen lassen sich die Rippen von ihrer Gelenkfläche und der Pleura lösen. Nach wenigen Schnitten auf die gemeinsame Bedeckung der Wirbel erschlafft die Pleura und läßt sich stumpf zusammen mit dem Symphatikus und unter Obacht auf die kleinen interkostalen Gefäße ablösen, wodurch die ganze vordere Wirbelsäulenfläche frei wird. Die Vena azygos wird sichtbar und unterbunden (wegen eventueller Gefahr von Blutung und Luftembolie). Nach Kompression der Pleura und leichtem Zug nach auswärts mit einem breiten, stumpfen Haken tritt der Oesophagus in Erscheinung; das perioesophageale lockere Bindegewebe läßt sich leicht stumpf bei Seite schieben. Aufsuchung der Vagi und sorgsame Isolierung zur Verhütung gefährlicher Zerrungen. Durch Resektion der 6. bis 8. Rippe zugleich mit einer kurzen Inzision des Zwerchfells kann man zu dem Kardiateil, durch Resektion der 5. bis 7. Rippe zu dem mittleren Thoraxteil und durch Resektion der 3. bis 5. Rippe nach Seitwärtsziehen des Schulterblattes zu dem oberen Thoraxteil des Oesophagus Zugang finden. Resektion von 5 bis 7. Rippe gibt den besten Ueberblick über das obere Mediastinum und den thorakalen Oesophagus.

Latente Nephrolithiasis unter dem Bilde eines reflektorischen Magendarmleidens. An drei Beispielen von schweren Magendarmstörungen bei vollständigem Fehlen subjektiver und objektiver Symptome seitens der Niere wird gezeigt, wie dieses Krankheitbild auf reflektorischem Wege im wahren Sinne des Wortes oder durch einen von der Niere ausgehenden toxischen Prozeß zustande kommen kann, wie eine sichere Diagnose durch röntgenologische und chemische Untersuchungen des Magendarmkanals mit negativem Ergebnis und einem positiven Röntgenbefund von Steinschatten in der Nierengegend möglich ist. Eine Statistik der in mehreren Jahren beobachteten Nierensteinerkrankungen ergab das Vorkommen von 3—4% solcher latenten Formen.

Rontal.

La Pediatria.

35., Heft 14, 15. Juli 1927.

Serodiagnostische Untersuchungen bei der kindlichen Leishmaniose. Wenn auch Agglutinationsversuche bei der kindlichen Leishmaniose stets negative Resultate ergeben, gelingt es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, einen spezifischen Ambozeptor nachzuweisen. Die Komplementablenkungsreaktion mit frischen Parasitenkulturen gelingt fast immer und kann infolgedessen als diagnostischer Behelf besonders bei Fällen dienen, wo durch Knochenmark- oder Milzpunktion der Erreger nicht nachgewiesen werden konnte.

Der Opsoninindex bei Neugeborenen und Säuglingen unter dem Einfluß von Vakzinetherapie. Von zehn Säuglingen im Alter von 20 Tagen bis 13 Monaten wurden je zwei mit Staphylokokken-, Micrococcus melitensis-, Diphtheriebazillen-, Typhusbazillen- und Streptokokkenvakzine behandelt. Der opsoninische Index wurde gegen alle fünf Keime vor der Behandlung und nach drei intramuskulären Injektionen am 10. bis 12. Tage nach der ersten Injektion bestimmt. Der opsoninische Index im Blutserum erhöhte sich mit einer Ausnahme in allen Fällen am stärksten gegen den Keim, mit dem vakziniert wurde, wenn auch eine leichte Erhöhung gegen die anderen vier Keime zu beobachten war. Die Versuche beweisen, daß der Säuglingsorganismus ebenso Antikörper bildet, wie der des Erwachsenen.

Ueber einen Fall von chronischer Lymphadenose. Beschreibung eines Krankheitsfalles bei einem 6 Jahre alten Knaben. Das Kind erkrankt im Oktober an hohem Fieber und Drüsenschwellungen und gelangt anfangs Dezember zur Aufnahme. Nebst mäßiger Vergrößerung der Halslymphdrüsen wird über starke Vergrößerung der Leber und Milz berichtet. Der Blutbefund ergibt 51 % Hb. (Sahli) 3,26 M rote und 4,800 weiße Bk. und 110 000 Plättchen. Blutausstrich: 13,5 % Neutrophile, 9 % Eosinophile, 3 % „Uebergangsformen“, 9,5 % Promyelozyten, 0,5 % Metamyelozyten, 1,5 % Riederzellen, 4 % Lymphoblasten (Der Rest wohl Lymphozyten? Der Ref.), Anisozytose, Polychromasie, zahlreichere retikulofilamentöse Formen unter den roten Blutkörperchen 2 : 100 Erythroblasten. Die Knochenmarkspunktion aus der Tibia ergibt hauptsächlich lymphatische Zellen. Während der zweiten Beobachtung bleibt die Temperatur acht Wochen lang subfebril, der Blutbefund ziemlich unverändert und die Zahl der Lymphozyten steigt auf 89 %. Nachher erfolgt eine vierwöchentliche Röntgenbehandlung, zu deren Ende nach hohem Fieber der Hb.-Gehalt auf 22 %, Zahl der roten Bk. auf 1,4 M, der Plättchen auf 50 000 sinkt, die der weißen Bk. auf 26 000 steigt. Der Blutbefund ergibt nun 1 % Eosinophile, 30 % große und 54 % kleine Lymphozyten, 8 % Lymphoblasten, 2,5 % Riederzellen, keine Polychromasie, keine Erythroblasten. Es erfolgen nun Hautblutungen und unter zunehmender Anämie stirbt das Kind Anfangs März. Letzter Blutbefund 10 % Hb., 1,04 M rote, 2,200 weiße Bk. und 12 000 Plättchen. Im Ausstrich 3 % Neutrophile, 0,5 % „Uebergangsformen“, 2 % Monozyten, 10 % große, 71 % kleine Lymphozyten und 13,5 % Metamyelozyten. — Ueber einen pathologisch-histologischen Befund wird nichts berichtet. Die Auffassung des Autors, der den Fall als chronische Lymphadenose bezeichnet, ist nach Erachten des Referenten nicht gerechtfertigt. Dem Verlaufe und dem klinischen Befunde nach handelt es sich vielmehr um eine nicht allzu seltene oft beschriebene akute lymphatische Leukämie. Autor macht darauf aufmerksam, daß der konstitutionelle Faktor (Status thymico lymphaticus) zur lymphatischen Leukämie prädisponieren dürfte.

Le Scalpel.

Nr. 21., 21. Mai 1927.

Nr. 22., 28. Mai 1927.

Ein Fall von Lobektomie wegen Lungenabszeß. Die Lobektomie ist die einzig logische Operation der nicht generalisierten Bronchiektasie. Sie ist in wirkungsvoller Weise auch für andere Formen der Bronchialdilatation anwendbar, wenn andere Methoden der Behandlung versagt haben. Hier ersetzt sie vor allem die Thorakoplastik, die nur in Ausnahmefällen indiziert sein soll. Schließlich ist die Lobektomie die Operation der Wahl bei allen chronischen Lungeneiterungen, Abszessen, lokalisierter Gangrän, Neoplasmen.

Für den Patienten selbst ist der Eingriff wenig schmerzhaft; bei guter Technik beträgt die Mortalität kaum 20%, und auch dieser Prozentsatz kann weiter sinken, wenn die Pat. zur Operation gelangen, bevor die ganze Lunge mitergriffen ist.

Die wandständige Wundöffnung kann lange Zeit brauchen, bis sie sich schließt und kann kleine Interventionen zum Verschluß der Bronchien notwendig machen, die nicht von selbst obliterieren. Aber die Fistel ist insofern wenig störend, als sie — nach Aufhören der Eiterung — nur Schleim, ähnlich dem Nasenschleim, absondert.

Nr. 23., 4. Juni 1927.

Nr. 24., 11. Juni 1927.

Nr. 25., 18. Juni 1927.

* Pathogenie und Behandlung des Bronchialasthmas. A. Haibe.

Nr. 26., 25. Juni 1927.

Das sympathische Syndrom, seine Anwendung auf das Ganglion sphenopalatinum. Delie.
* Pathogenie und Behandlung des Asthma bronchiale. A. Haibe.

Pathogenie und Behandlung des Asthma bronchiale. Bei 80% aller Asthmatiker findet man im Auswurf den Streptococcus haemolyticus. Die Interadermo-Injektion ist ein wertvoller Indikator zur Bestimmung der antigenen Rolle isolierter Keime. Wiederholte Vakzine-Injektionen auf die gleiche Stelle appliziert, schaffen einen zunächst örtlich begrenzten Refraktärzustand, der an Ausbreitung gewinnt, wenn man bei jeder folgenden Injektion ein neues Hautgebiet wählt. Die Vakzineinjektionen bewirken, zum mindesten im Beginn, ein beträchtliches Hinströmen von weißen, polynukleären Blutkörperchen zu den erkrankten Lungenpartien; das Blutbild weist eine neutrophile Polynukleose auf.

Die Auto-Vakzinetherapie verfolgt den Zweck, den antigenen Streptokokken Einhalt zu tun und somit die bronchialen Symptome zu unterdrücken. Nach einer Beobachtungszeit von 10 Jahren glaubt Verf. versichern zu können, daß die mit diesem Antigen hergestellten Autovakzine bei 80% der unglücklichen Asthmatiker gute Resultate zeitigten. Held.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 50, 22. Juni 1927.

Die mediastinale Adenopathie ist die erste Lokalisation der Tuberkulose. A. Jousset.
Das neue Quecksilber-Diuretikum „440 B" des Instituts Pasteur. L. Pellissier, S. und Jean Schmidt.

Nr. 51, 25. Juni 1927.

Das Méthyl-Antigen bei der Behandlung der tuberkulölen Adenopathien. L. Bernard, L. Baron und J. Valtis.
Ueber die Allgemeinreaktionen bei Pyelitiden. Lévy-Solal und Misrachi.
* Epilepsie, Absenzen und Schwindel bei Dyspepitikern; Beitrag zur Pathogenese der Reflexepilepsie. R. A. Guthmann.
Ueber Sanocrysin. M. Jaquerod.
* Die karamelisierten Kohlehydrate im Regime der Diabeter. J. Mouzon.

Epilepsie, Absenzen und Schwindel bei Dyspeptikern. Die Reflexepilepsie tritt auf bei paroxysmaler Brachykardie, die bei zahlreichen Instestinalerkrankungen beobachtet wird. Untersuchungen bei akuter und chronischer Appendizitis lösen vielfach Anfälle aus, Kolitiden sind begleitet von Migräne und Bewußtseinsverlust bei starker Pulsverlangsamung. Bei den vom Verf. beobachteten Fällen war der okulo-kardiale Reflex ausnahmslos positiv als deutliches Zeichen der Störung im vegetativen System.

Die karamelisierten Kohlehydrate im Regime der Diabetiker. Verfasser stützt sich im wesentlichen auf die Arbeiten der deutschen Autoren über Karamel, von denen als erster Grafe-Rostock 1912 praktische Erfolge erzielte mit dem Präparat „Caramose", dem bald andere folgten, die praktisch alle ungefähr dieselben Resultate ergaben. Das jetzt meist benutzte ist das Tetraglucosan von Merck „Salabrose", das als Ergänzung oder Ersatz der Kohlehydratration mit und ohne Insulin gegeben wird, aber letzteres nicht ersetzen kann.

Haber.

Revue de Medecine.

44. Jahrg., 1927, Nr. 2.

Dauer und Entwicklungsursachen der Krebse. M. Rénaud.
* Die chronische intestinale Autoinfektion. P. Desgeorges.

Die chronische intestinale Autoinfektion. Die chronische intestinale Autoinfektion kommt durch das sich wiederholende Eindringen von wenig giftigen Darmkeimen in den Blutstrom zustande und zwar meistens des Bacillus coli, seltener des Enterokokkus, manchmal beider. Der Nachweis geschieht im Urin. Die Wirkungen sind vierfach: auf den Darm, auf die Nieren, auf die Leber und auf die Nerven. Die Deutung der so verschiedenartigen Symptomenkomplexe, bzw. ihre Zurückführung auf die eigentliche, oft kaum erkennbare Ursache ist nicht immer leicht, aber sehr wichtig wegen der Einleitung einer kausalen Behandlung. Lanke, Engelsdorf.

Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph.

Nr. 6, Juni 1927.

Zur Vorstellung der tuberkulösen Adenitis. Louste, Cahen, Vanbockstael.
Zur Mitteilung von Chatellier. M. Civatte.
* Bemerkenswerte Wirkung der Wismutbehandlung in 2 Fällen von Lupus er matosus. Sézary, Benoist.
Lichen atrophicus. Hudelom, Cailliau, Mornet.
* Glossitis mit leukoplakieähnlichen Plaques und mikrobieller Epidermitis im Ge bei 2 heredosyphilitischen Brüdern. Hudelom, Mornet, Cailliau.
Hyperkeratotische Psoriasis. Hudelo, Garnier, Cailliau.
Großes Epitheliom der Haut. Milian, Lenormand.
* Früher vorgestellter Kranker mit vesikulös-ödematöser Erythrodermie seit Monaten, geheilt durch chirurgische Exstirpation des intraglutealen Wi knoten. Milian, Lenormand.
Elephantiasis vulvae. Milian, Delarue.
* Tuberkulöser Schanker bei einem Säugling. Milian, Delarue.
Leukoplazie und melanotische Flecke gemeinsam auf der Mundschleimhaut. M Lenormand.
Ausgedehntes Angiom als Tumor des Arms bei einem Neugeborenen. Lotte.
* Hämorrhagien der Uterus- und Nasenschleimhaut als Folge von 3 Injektionen schwachen Novarsenobenzoldosis. Louste, Cahen, Vanbockstael.
Purpura simplex. Louste, Cahen, Vanbockstael.
* Lupus tuberculosus. Louste, Dupuys-Dutemps, Thibaut.
Erythema anulare centrifugum. Jeanselme, Burnier.
* Lichen nitidus. Burnier, Reijsek.
* Schwere Erythrodermie nach einer einzigen Injektion von Jod-Chinin-Wi Sézary, Benoist.
Lokalanästhesie bei Kurettage des gonorrhoischen Uterus. Audry, Vieu.
Lokale Herxheimersche Reaktion in einem Falle von Vitiligo. Kitchvak. Be lung der Pityriasis versicolor. Audry.
Eruption von Hidradenomen. Danel.

Bemerkungswerte Wirkung der Wismutbehandlung in 2 Fällen von Lupus erythematodes. Die Natur des Lupus ery matodes wird zur Zeit lebhaft diskutiert. Für diejenigen Auto die der Syphilis als Entstehungsursache dieser Affektion einen bre Raum geben wollen, ist stets der Erfolg der spezifisch-antisyp tischen Probebehandlung wichtig gewesen. Seit einigen Jahren handelt man daher mit Antisyphilitizis, vor allem mit Novars benzol und erzielte gute Enderfolge. Dies spricht für eine Bet gung der Lues bei dieser Krankheit und in der Tat ist die besonders wenn sie mit erhöhten Serummengen ausgeführt w in einer hohen Prozentzahl positiv.

Nun kann man einwenden, daß das Arsen überhaupt bazil Hautläsionen heilen kann und daß die Wa. R. nicht spezifisch Würde auch mit Wismut eine Heilung gelingen, dann wäre der Einwand hinfällig. Tatsächlich existieren schon diesbezügliche teilungen, denen nun die Autoren zwei neue hinzufügen. In be Fällen konnte die akquirierte Lues bestimmt, die angeborene ganz bisher ausgeschlossen werden. Eine intensive Behandlung Wismuthydroxyd, 26 cgr Wismutmetall zweimal pro Woche. beiden Fällen begann nach der zweiten Spritze die Besserung, ebenso rasch, wie wenn es sich um ein Syphilid gehandelt hätte. völlige Resolution der Plaques dauerte aber länger. Bemerkens ist es, daß die Wirkung früher einsetzte als bei Arsenobenzolther mit der andere Autoren erst nach der vierten oder fünften W eine Wirkung bemerkten. Diese Verschiedenheit in der Wirl könnte aber auch als Einwand gegen die syphilitische Natur Leidens angesehen werden, denn es ist nicht die Regel, daß syphilitischen Hautaffektionen das Wismut dem Arsen an Schne keit der Wirkung überlegen ist.

Die Autoren rühmen die gute Verträglichkeit des Wis während das Arsen lange nicht so gut von den Erythemato kranken vertragen werde. Sie wollen von jetzt ab alle Fälle Wismutbehandlung unterziehen, gleichgültig, ob es sich um gl zeitig bestehende Lues handelt oder nicht.

Hudelo macht in der Diskussion auf Rezidive nach Wismu handlung aufmerksam. Lortat-Jacob hält gute Erfolge für die nahme.

Glossitis mit leukoplazieähnlichen Plaques und mikrobieller dermitis im Gesicht bei zwei heredosyphilitischen Brüdern. Kr heitsparallelismus. Bei zwei Brüdern von 14½ und 13½ Ja zeigten sich obenstehende Affektionen in fast identischer Weise, daß bei dem Aelteren sämtliche Erscheinungen hochgradiger wa Es bestand eine Schädelmißbildung, Zahnanomalien, Hodenatro geistige Zurückgebliebenheit, schwach positiver Wa. An der Z hatten beide Brüder eine fibröse Entzündung ohne Gummen und ganze war bedeckt mit weißen, an Leukoplazie erinnernden Mac von unregelmäßiger Begrenzung. Histologisch waren die Befu bei beiden ebenso übereinstimmend wie klinisch. Außerdem bes bei beiden Brüdern eine Haut-Unterhautentzündung mikrobi Natur, so daß man hier von einem ganz besonderen „Tropism hervorgerufen durch die Aehnlichkeit des Terrains sprechen kann.

Jeanselme erinnert an eine Mutter mit akquirierter Syph deren heredosyphilitisches Kind mit ihr eine Perforation des Gaum gemeinsam hatte. Ebenso fand sich in der Literatur das Bei

eines Ulcus syphiliticum des Rachens bei Vater und Sohn an gleicher Stelle.

Früher vorgestellter Kranker mit vesikulös-ödematöser Erythrodermie seit acht Monaten, geheilt durch chirurgische Exstirpation der intraglutealen Wismutknoten. Eine allgemeine Erythrodermie nach einer Muthanolkur. Im Röntgenbild zeigten sich opake Depots in der Fossa iliaca externa. Alle äußeren Behandlungsmethoden waren erfolglos. Man schritt zur chirurgischen Entfernung der Wismutmengen und wiederholte damit ein Verfahren, das man bei Hg-Stomatitis, wie sie früher nach grauem Oel häufig war, zu üben pflegte.

10 Tage nach der Operation war die Erythrodermie fast verschwunden. Die andere Seite wurde später operiert, worauf der Kranke ganz genas. Man wird in den seltenen Fällen, die besonders schwere Folgen von Wismutkuren davontragen, zur Operation des Kranken schreiten und ihn von den Wismutdepots befreien.

Tuberkulöser Schanker bei einem Säugling. Bei dem sieben Monate alten Kinde fand sich an der oberen Partie des Helix eine 1 cm breite und ½ cm lange Hautläsion von Kupferfarbe, bedeckt mit feinen weißen Schuppen und leicht infiltriert. Eine Drüse vor dem Ohr ist bis zu Haselnußgröße geschwollen und von glatter rosa bis violett verfärbter Haut überdeckt. Die Affektion besteht knapp fünf Monate und vergrößerte sich während der ersten vier Wochen bis zu der jetzigen Konfiguration. Im übrigen ist das Kind vollständig gesund und zeigt auch im Röntgenbild keine Abweichungen. Die Eltern sind gesund.

Bei der Biopsie erwies sich die Drüse als eine fungokaseöse Tuberkulose, das Ulkus war histologisch nicht typisch tuberkulös. Inokulation des Drüseninhalt ergab bei einem Meerschweinchen nach 25 Tagen eine Drüsentuberkulose. Demnach handelt es sich um ein Ulcus tuberculosum. Es handelt sich offenbar um eine Primärinfektion bei einem bisher gesunden Individuum. Vermutlich ist das Kind von den Kunden seines Vaters, die die Gewohnheit hatten es zu küssen, infiziert worden. Zwei dieser Personen sind kürzlich an Lungentuberkulose gestorben.

Hämorrhagien der Uterus- und Nasenschleimhaut als Folge von drei Injektionen einer schwachen Novarsenobenzoldosis. Daß eine Salvarsankur bei prädisponierten Personen zu multiplen Blutungen führen kann, ist allgemein bekannt. Erstrecken sich diese Purpurasymptome dagegen nur auf wenige Schleimhäute, so können diese Zustände leicht verkannt werden, sie werden für banal gehalten oder auf andere Ursachen zurückgeführt. Derartige Irrtümer können sich schwer rächen, denn sie führen zu den ärgsten Erkankungen.

Bei der vorgestellten Kranken kam es zu intensiven Uterusblutungen, die bisher normale Regel dauerte viel länger und war stärker, dem Blut waren große Gerinnsel beigemengt. Dieser Zustand verschlimmerte sich so, daß die Kranke drei Wochen hindurch fortwährend blutete. Ohne Ursache während eines Spazierganges im Garten der Klinik trat zum ersten Mal heftiges Nasenbluten auf, daß sich noch mehrfach wiederholte. Bei der Untersuchung zeigte sich keine bestimmte Stelle der Mukosa, die geblutet hätte, sondern die ganze Schleimhaut blutete. Die Blutungszeit war 5 Minuten, die Gerinnungszeit 25 Minuten. Das Gerinnsel retrahierte sich nur unvollständig.

Die Kranke wurde nun mit Kalziumchlorid, mit Opotherapie und mit Insulin behandelt. Bal hörten die Blutungen auf und eine neue Untersuchung zeigte eine Verminderung der Blutungs- und Gerinnungzeit.

Lupus tuberculosus des linken oberen Augenlides und der Augenbraungegend erfolgreich behandelt mit chirurgischer Exstirpation und Transplantation. Man soll die chirurgische Behandlung des Lupus tuberculosus stets in Erwägung ziehen, denn sie ist von größter Einfachheit und Wirksamkeit. Ein seit 15 Jahren bestehender Lupus in der Lid- und Augenbrauengegend war bereits mit Röntgen, Kohlensäureschnee usw. behandelt worden, wegen der Erfolglosigkeit entschloß sich der Kranke für die chirurgische Operation, die in zwei Zeiten ausgeführt wurde. Ein Haut-Unterhautlappen wurde aus dem Oberschenkel des Kranken entnommen und überpflanzt. Das Transplantat heilte völlig an. Jetzt besteht die ganze ehemals kranke Gegend aus weißer Haut, nirgends ist Retraktion. Seit einem Jahr kein Rezidiv. Im allgemeinen scheinen Transplantate, selbst wenn sie in völlig lupöses Gewebe überpflanzt werden, nicht infiziert zu werden. Das kosmetische Resultat ist nach den Bildern vorzüglich.

Lichen Nitidus. Miliare runde, gut begrenzte, glänzende Papelchen am Penisschaft, den Unterarmen und der linken Hüftgegend bei einem 24 jährigen Manne. Intradermoreaktion mit Tuberkulin ist positiv, WaR. negativ, histologisch erweist sich die Läsion als einwandfrei tuberkuloid: verdünnte Epidermis, hypertrophisches Stratum corneum, das Infiltrat zeigt Epitheloidzellen im Zentrum und Lymphozyten in der Peripherie, im Zentrum ferner Riesenzellen.

Der Kranke erhielt Tuberkulin und Natrium Cacodylicum, die Läsionen blaßten ab, ohne völlig zu verschwinden. Röntgentherapie brachte Heilung.

Der Lichen Nitidus soll wegen seiner klinischen Merkmale, (kleinere Papeln als beim Lichen Planus, weniger rot-violett gefärbt, keine glänzenden Streifen, Fehlen jeder Affektion im Munde) und wegen seiner histologischen Eigenschaften (tuberkuloides Knötchen mit Riesenzellen) vom Lichen Planus abgetrennt werden, gehört zur Gruppe der Tuberkulide.

Schwere Erythrodermie nach einer einzigen Injektion von Jod-Chinin-Wismut. Eine 74 jährige Frau mit positiver WaR. und einem Ulkus am linken Unterschenkel soll anti-syphilitisch behandelt werden, da ein gleiches Ulkus vor 4 Jahren auf Neo-Salvarsan gut reagierte. Die Kranke ist sonst ganz gesund und erhält ihres hohen Alters wegen ein Wismutpräparat, das besonders arm an Wismutmetall ist, nämlich Jod-Chinin-Wismut. 4 Tage später nach dieser ersten und einzigen Spritze tritt eine allgemeine Pruritus und eine erythematöse Eruption auf dem Torax auf. Die Behandlung wird abgebrochen, aber 4 Tage später dehnt sich die Eruption aus, der scharlachrot, ödematös und vesikulös ist. Heftige Gliederschmerzen starkes Hautjucken, Eiweiß im Urin, vervollständigen das Bild. Nach 4 weiteren Tagen beginnt eine starke Abschuppung, die Kranke beginnt zu husten und endigt an einer Broncho-Pneumonie.

Kurt Heymann, Berlin.

The American Journal of the Medical Sciences.

173., Nr. 6, Juni 1927.

Sichelzellenanämie. Die hauptsächlichsten klinischen Fakten bei der Sichelzellenanämie sind ihr Vorkommen bei Negern, ihre augenscheinliche Erblichkeit, das Blutbild, Dyspnoe, Bauchschmerzen, Gelbsucht, Fieber, Gelenk- und Muskelschmerzen, Herzerweiterung, Fehlen des Milztumors, generelle Lymphadenopathie und Beingeschwüre. Der Wassermann im Blute ist beständig negativ. Der Urin enthält oft Eiweiß. Gallensteine wurden in einigen Fällen gefunden.

Bei einem an Duodenalgeschwüren in der aktiven Phase der Sichelzellenanämie Verstorbenen fand sich hochgradige Milzatrophie und allgemeine Zeichen gesteigerter Hämolyse.

Magenkrebs. Die Feststellungen der Verfasser basieren auf 1000 Fällen von Magenkrebs. Aziditätsänderungen und Entleerungsstörungen sind im Frühstadium inkonstant. Die Röntgenuntersuchung gibt meistens unfehlbaren Aufschluß und sollte stets angewandt werden. Wenn nicht offensichtlich Metastasen vorhanden sind, ist die Operation indiziert; zum mindesten wurde in der Hälfte der Fälle eine Probeexploration vorgenommen und in wiederum der Hälfte dieser Fälle wurde die Geschwulst entfernt. Schwangerschaft, Anämie, rapider Gewichtsverlust und Jugendlichkeit des Patienten erhöhen das Risiko der Operation und vermindern die Heilungschancen. Großzügige Zufuhr von fester und flüssiger Nahrung bei Bettruhe und intravenöse Applikation von Kochsalz und Traubenzucker vor der Operation vermindern das Risiko und versprechen gute Resultate. Lokalanästhesie genügt für die Inzision und Exploration, doch ist die Vollnarkose notwendig für eine schwierige Resektion, besonders bei empfindlichen Patienten. Nach Besprechung der verschiedenen Resektionsarten geben die Verfasser den Vorzug der gastro-jejunalen-Anastonose, die bei kleinem Magenrest an der Vorderseite ausgeführt werden soll. Die Operation soll immer mit Jejunostomie verbunden werden. In den ersten Tagen nach der Operation soll keinerlei Nahrung verabreicht werden, und selbst Flüssigkeiten nur auf extraoralem Wege. Magenspülung ist selbst in den ersten Tagen empfehlenswert. Die Mortalität hängt weitgehend von der präoperativen Behandlung und von der Zusammenarbeit mit dem Internisten ab. Eine Serie von Fällen

erläutert diese Forderung statistisch aufs beste. Schließlich werden die Gesamtresultate der 1000 Fälle einheitlich besprochen. Wenn die Lymphdrüsen nicht erkrankt waren, konnten 52% der Patienten über drei Jahre am Leben gehalten werden, andernfalls lebten nur 19% so lange.

Migräne, ihre Behandlung mit Pepton und ihre familiären Beziehungen zu allergischen Krankheiten. In 20 Fällen wurde die Migräne mit Armours 5prozentigem Pepton behandelt, in 10 Fällen ohne Erfolg, in 7 Fällen mit merklicher Besserung und in 3 Fällen mit Heilung. Dies sind in Prozenten 50%, 35% und 15%. 1000 Familiengeschichten sind unausgewählt auf das Vorkommen von Migräne und ihre Verbindung mit Asthma, Heufieber, Urtikaria, Epilepsie und Ekzem untersucht worden.

Vorhofsflimmern, verbunden mit Hyperthyreoidismus. In Fällen von Vorhofsflimmern in Verbindung mit Hyperthyreoidismus, bei welchen die erstere Bedingung in einem frischen Stadium beobachtet wurde, konnte die Herzaktion gewöhnlich nach Thyreoidektomie regelmäßig gestaltet werden, oder, wenn nicht, genügte gewöhnlich die Verabreichung von Chinin, um den normalen Rhythmus wieder herzustellen. In Fällen, bei welchen veraltetes Vorhofsflimmern mit frisch aufgetretenem Hyperthyreoidismus verbunden war, ist die Thyreoidektomie wohl angebracht, doch wird die Herzaktion selten zu einem normalen Rhythmus zurückgeführt. Deshalb kann die Herzarbeit mit Digitalis so beeinflußt werden, daß der Patient weitgehend gebessert ist. Fälle von Hyperthyreoidismus, bei welchen ein schwerer Herzfehler besteht und die Verordnung absoluter Ruhe, von Digitalis und Lugolscher Lösung nicht zur Hebung des Herzzustandes genügen, sind immer mit schwerem Risiko verbunden und eine beträchtlichere Mortalität ist unvermeidlich. Doch ist in diesen Fällen die Prognose ohne Operation so hoffnungslos, daß die Operation beim geringsten Hoffnungsschimmer auf Erfolg vorgenommen werden sollte. In allen Fällen von Hyperthyreoidismus ist die präoperative Anwendung von Digitalis und Lugol für mindestens eine Woche vor der Operation notwendig. In allen Fällen von Hyperthyreoidismus ist es von besonderer Wichtigkeit, die Operation vorzunehmen, bevor Vorhofsflimmern oder ein Herzfehler auftritt.

Behandlung der chronischen Verstopfung. Es wird eine Methode der Behandlung der chronischen, spastischen Obstipation angegeben, die darin besteht, daß die unteren Darmabschnitte mittels eines Sigmoidoskops gedehnt werden. In mehr als 100 Fällen erwies sich die Methode als erfolgreich, bis auf 2 oder 3 Fälle, wo es unmöglich war, das Rektoskop auf die notwendige Entfernung einzuführen. Die Behandlung soll allerdings nur in solchen Fällen vorgenommen werden, in denen die Anwendung der Diät, von Mineralölen und Oelklystieren sich als unwirksam erwiesen hat. Es ist ferner notwendig, einen organischen Verschluß durch die Röntgenuntersuchung auszuschließen.

Der polymorphonukleäre Leukozyt im Blutbild Tuberkulöser. Der eine der Autoren wies kürzlich auf die wichtige Rolle des polymorphonukleären Leukozyten im klinischen Blutbild von Tuberkulösen während des Verkäsungsprozesses hin. Man gewinnt den Eindruck, daß ein Anstieg der Neutrophilen bei der Tuberkulose ein Zeichen fortschreitender Verkäsung und somit ein Signum mali ominis ist. Gesamtzählungen und Differentialzählungen der weißen Blutkörperchen sind von klinischer Bedeutung bei der Tuberkulose und sollten häufiger und sorgfältiger ausgeführt werden.

Der systolische Hochdruck, seine Beziehungen zur Arteriosklerose der Aorta und der größeren Arterien. Patienten mit erhöhtem systolischen Blutdruck und relativ geringem diagnostischen Druck bilden eine Gruppe für sich, die klinisch durch ihr relativ vorgeschrittenes Alter, durch verhältnismäßig seltene Klagen auf Grund direkter Beziehungen zum Hochdruck, durch allgemeine Arteriosklerose mit besonderer Beteiligung der Aorta, durch mäßige Herzhypertrophie in der Hälfte der Fälle und durch das Vorhandensein systolischer Geräusche über der Mitralis oder Aortenklappe oder über beiden gekennzeichnet wird. Im allgemeinen nimmt die Erkrankung einen gutartigen und recht langsamen Verlauf.

Bei der Autopsie sieht man verhältnismäßig geringe Herzhypertrophie, einige degenerative Veränderungen am Herzmuskel, Arteriosklerose der Aorta und Kranzarterien, Nieren, die makroskopisch fein granuliert erscheinen mit breiten Narben und die mikroskopisch Arteriosklerose zeigen, und generalisierte Arteriosklerose des gesamten Gefäßsystems. Die Aetiologie dieses Typs von Hypertension ist bis jetzt noch nicht geklärt, doch kann die Sklerose der Aorta und der größeren Gefäße wahrscheinlich ein Hauptfaktor sein. Diese Fälle haben einen Verlauf und eine Prognose, die wohl unterschieden werden muß von der diastolischen Hypertension, in Verbindung mit dem Vorhandensein bestimmter klinischer und pathologischer Erscheinungen deshalb differenziert und bezeichnet werden sollten als Fälle von „systolischem Hochdruck".

Präeklamptische Toxikämie. Der Blutdruck wurde in der Regel wesentlich erhöht gefunden. Wenn die Patienten bei gewöhnlicher Diät im Hause Bettruhe hielten, wurde der Blutdruck nicht beeinflußt. Das Gegenteil trat ein, wenn die Patienten auf salzfreie Diät gesetzt wurden. Das Blut wurde hinsichtlich des Reststickstoffes, der Harnsäure und des Kreatins normal gefunden, im Gegensatz zur Nephritis, wo toxische Stickstoffendprodukte retiniert werden. Die Untersuchungen der Blutchloride erwiesen sich für die Diagnose ohne Wert. Sie wurden immer in normalen Grenzen gefunden, einerlei wie schwer die Symptome und wie stark die Oedeme waren. Der Chloridgehalt im Sammelurin von 24 Stunden dient jedoch als Kriterium für die Behandlung, insofern als die Behandlung davon abhängt, die Chloridausscheidung im Harn nicht über 1 mg ansteigen zu lassen. Die genaue Urinanalyse der Patientinnen zeigte, daß Eiweiß und Formelemente, Hyaline, granulierte oder beide anwesend waren. Unter salzfreier Diät zeigten die Patienten eine Besserung bis zum völligen Verschwinden des Eiweißes. Fernerhin zeigte die Urinuntersuchung eine rapide Abnahme der Zylinder. Der Blutzucker, die Phenolphthaleinexkretion, die modifizierte Mosenthalsche Probe und der Augenhintergrund wurden regelmäßig untersucht, waren jedoch von keinerlei klinischem Wert. Ein nicht bedeutungsloses Vorkommnis ist der Gewichtsverlust dieser Kranken unter der salzfreien Diät. Dieser ist lediglich auf vermehrte Flüssigkeitsausscheidung aus den Geweben zurückzuführen.

Mißerfolge der Lumbalpunktion. Die gewöhnliche Lumbalpunktion bei Syphilitikern ist eine verhältnismäßig ungefährliche Prozedur. Es wurde in der Klinik des Verfassers eine Mortalität von weniger als 1 auf 13000 errechnet. Von den 2 Todesfällen ist nur einer wirklich auf die Lumbalpunktion zurückzuführen. (Eitrige Meningitis.) Außer strenger Asepsis ist auf die nötigen Vorsichtsmaßregeln zu achten, wie z. B. auf strenge Bettruhe und Hochstellung des Fußendes des Bettes nach der Punktion. Der beschriebene Fall zeigt das Vorkommen eines enormen Abflusses von Spinalflüssigkeit nach der Punktion. Jedoch ist die Frage nach dem Zusammenhang des Todes des Patienten mit diesem Flüssigkeitsverlust nicht erwiesen, da auch syphilitische Veränderungen des Zentralnervensystems und ein Status thymico lymphaticus bei der Obduktion gefunden wurde. Arnold Hirsch, Berlin.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

40., Heft 6, Juni 1927.

* Nervöse Komplikationen von Variola, Varizellen und Vakzination (mit Schilderung von Fällen). R. E. Wilson und F. E. Ford.
Einteilung der zur Gruppe der Gliome gehörenden Geschwülste. Percival Bailey.
Morphologische Gallenblasenstudien; Entwicklung und mikroskopische Struktur der normalen menschlichen Gallenblase. Béla Halpert.
* Ernährungsweise vor Ausbruch der Erkrankung bei der perniziösen Anämie. Beaumont S. Cornel.

Nervöse Komplikationen von Variola, Varizellen und der Vakzination. In Anbetracht der engen biologischen Verwandtschaft zwischen Variola und Varizellen sowie der klinischen Aehnlichkeit zwischen leichter Variola und den Windpocken ist es nicht erstaunlich, daß beide Erkrankungen in der Art ihrer Einwirkung auf das Nervensystem weitgehende Uebereinstimmung erkennen lassen. Während die nervösen Symptome bei den meisten der kindlichen Infektionskrankheiten als Folge der Schädigung des Herz-Gefäßsystems aufzufassen sind, rufen Variola, Varizellen und die Vakzination spezifische Schädigungen des Rückenmarks und des Hirnstammes hervor.

Bei der Variola werden eine Fülle nervöser Ausfalls- und Reizerscheinungen (Delirium, Psychosen, Neuritis, Polyneuritis, Hemiplegie und Aphasie) gar nicht so selten beobachtet, die als Folge jeder schweren Infektion auftreten können und auf Intoxikationsvorgänge oder auf das sekundäre Eindringen von Erregern in die Blutbahn zurückzuführen sind. Ungleich seltener sind die Krankheitssymptome bedingt durch das Eindringen des Variolavirus in die nervöse Substanz. Im klinischen Bilde überwiegen Zeichen der Rückenmarksschädigung (schlaffe oder spastische Paraplegia inferior ohne stärkere Sensibilitätsstörungen), wenn auch gelegentlich Symptome von Seiten des Hirnstammes und selbst der Stammganglien vorkommen. Diese nervösen Komplikationen entwickeln sich innerhalb der ersten acht Tage nach Krankheitsbeginn, bisweilen schon vor Ausbruch des Exanthems.

In den Jahren 25 und 26 wurden aus Holland, Prag, der Schweiz, England und den Vereinigten Staaten über 50 Fälle beschrieben, in denen kurz nach der Pockenimpfung Symptome diffuser Enzephalitis oder Enzephalomyelitis sich zeigten. Da die Erkrankungen in weit voneinander entfernten Bezirken vorkamen und die verwendete Lymphe aus verschiedenen Quellen stammte, können

iese Erscheinungen nicht durch Einwirkung eines bestimmten Viusstammes bedingt sein. Die Symptome treten plötzlich zwischen em vierten und 15. Tag nach der Impfung unter schweren Allemeinerscheinungen ein wie sehr hohem Fieber, Schläfrigkeit, Errechen und Kopfschmerzen. Bisweilen kommt es zu allgemeinen der begrenzt auftretenden Krämpfen. Ausgesprochene Lähmungen on Hirnnerven sind selten. Die schwersten Veränderungen finden ich im Rüchenmark (schlaffe oder spastische Extremitätenlähmung it Verlust der Sehnenreflexe, positivem Babinski). Nackensteifigeit mit positivem Kernigschem Symptom, Störungen der Pupilleninervation sowie Strabismus sind fast immer anzutreffen, wenn uch gelegentlich die Rückenmarksymptome im Vordergrund des linischen Bildes stehen. Zu Schwierigkeiten der Diagnostik gibt icht selten ein sehr deutlicher Trismus Anlaß. In der Hälfte der älle erfolgt der Tod. Das akute Krankheitsstadium dauert 1 bis Wochen, ohne daß bei den Genesenden stärkere Ausfallserscheiungen zurückbleiben. Im Liquor findet sich häufig eine leichte 'leozythose ohne Eiweißvermehrung. Die Goldsobieaktion ergibt einen Ausschlag. Es ist gelungen, durch positive Hautreaktionen den achweis zu erbringen, daß in dem Nervensystem solcher Enzehalitiskranker Vakzinevirus vorhanden ist.

In Anbetracht der Häufigkeit der Varizellen sind die Fälle exrem selten, in denen das Nervensystem in Mitleidenschaft gezogen vird. Auch hier handelt es sich um Erscheinungen von seiten des lirnstammes und des Rückenmarkes (Opthalmophlegien, Nystagus, Tremor, choreiforme Bewegungen, spastische Schwäche in den einen und Störungen der Sphinkterfunktion), die am Ende der rsten oder in der zweiten Krankheitswoche sich einstellen und nmer vollständig sich zurückbilden.

Histologisch unterscheiden sich die Erkrankungsherde im ervensystem bei der Enzephalomyelitis im Gefolge der Variola nd der Vakzination in charakteristischer Weise von den bei andern icht eitrigen Encephalitisformen nachweisbaren Veränderungen. 'on der Polymyelitis abzugrenzen sind sie durch das Fehlen von rweichungsherden in der grauen Vorderhornsubstanz, durch die eltenen Nekrosen von Nervenzellen und die Anwesenheit extradventitieller Zellinfiltration mit perivaskulären Zonen der Myelinerstörung. Gegenüber der Encephalitis epidemica, die vor allem ie Stammganglien befällt, ist besonders die Lokalisation der Haupteränderungen im Ponsgebiet sowie im Lumbalabschnitt des ückenmarks zu betonen, da die histologischen Veränderungen allein ein sicheres Unterscheidungsmerkmal abgeben (Zellinfiltration bei er Enzephalitis überwiegend in der Adventitia, Fehlen der Herde on Myelinzerstörung).

Ernährungsweise vor Ausbruch der Erkrankung bei der perniziösen Anämie. Auf Grund der in letzter Zeit bei der Biermerschen nämie mit diätetischer Behandlung erzielten Erfolge wurden einehende Untersuchungen über die Ernährungsweise solcher Kranker or Beginn der Krankheitssymptome angestellt. Es ließ sich nicht eweisen, daß irgendwelche Abweichungen von der durchschnittchen Ernährungsart (Ueberschuß oder Mangel gewisser Bestandeile) ätiologisch von Bedeutung sind. Die Ernährungsweise der ranken unterschied sich in keiner Weise von der ihrer Anehörigen, die von der Krankheit verschont blieben.

Biberfeld.

The Journal of general physiology.

10., 20. Juli 1927.

Dr. Fritz Müller, Neukölln.

Endocrinology.

11., Nr. 1, Januar/Februar 1927.

Parathyreoidin und Beinbrüche. Der Verfasser, der im 85. Lebensjahr steht, verunglückte auf der Straße derart, daß er beide Beine brach. Nach Ansicht der ihn behandelnden Aerzte habe er mit einem mindestens halbjährigen Heilungsverlauf zu rechnen gehabt. Eingedenk der Nebenschilddrüseneinwirkung auf den Kalkstoffwechsel nahm der Verfasser täglich 3 mal $^1/_{10}$ g Parathyreoidea mit dem überraschenden Erfolg, daß er bereits nach 6 Wochen laufen konnte. Der Verfasser berichtet dann weiter über eine im selben Alter stehende Dame, deren Schenkelhalsfraktur unter Parathyreoidea-Behandlung trotz komplizierender hypostatischer Bronchopneumonie in 6 Wochen heilte, so daß die Patientin völlig gehfähig wurde.

Walter Goldstein, Berlin.

Buchbesprechungen.

Dr. Rud. Th. von Jaschke, o. ö. Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie, Direktor der Universitätsfrauenklinik in Gießen: **Physiologie, Pflege und Ernährung des Neugeborenen** einschließlich der Ernährungsstörungen der Brustkinder in der Neugeburtszeit. Zweite, verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 115 zum Teil farbigen Abbildungen im Text und 4 Tafeln. München, 1927. Verlag von J. F. Bergmann. VII, 522 Seiten. Preis 39 M., geb. 41,25 M. — Das Buch v. Jaschkes, im Jahre 1917 als dritter Band der von Opitz herausgegebenen „Deutschen Frauenheilkunde" erschienen und von der gesamten Fachpresse warm aufgenommen, ist seit nunmehr 4 Jahren vergriffen. Die zweite Auflage, verbessert, um zirka 50 Seiten vermehrt und vom Verlag in würdiger Weise ausgestattet, wird von Geburtshelfer wie Pädiater gleichmäßig begrüßt werden. Neben wertvollen Darstellungen desselben Gebietes von v. Reuß und v. Pfaundler kann es einmal, weil von einem Gynäkologen geschrieben, leichter sich Eingang in den Kreis der Frauenärzte verschaffen, bei denen selbst im klinischen Betrieb der Neugeborene allzu oft vernachlässigt wird. Aber auch der Kinderarzt kann reichen Gewinn schöpfen aus den langjährigen Erfahrungen des Verf., da Kinderkliniken ein so großes Neugeborenenmaterial naturgemäß nicht zur Verfügung steht. Gerade die Neugeborenenperiode verlangt heute, wo es gelungen ist, die Todesfälle an Ernährungsstörungen weitgehend herabzumindern, vom sozialhygienischen Standpunkt besonderes Augenmerk, da in diese Zeit die höchste und bisher ziemlich unbeeinflußte Säuglingssterblichkeit fällt. Hier sind nun Geburtshelfer wie Kinderarzt in gleicher Weise berufen, in wechselseitiger Unterstützung helfend einzugreifen. Beim Durchlesen des außerordentlich flüssig geschriebenen Werkes, dem man keinen trockenen Handbuchcharakter anmerkt, wird der Kinderarzt allerdings mit einem mit leiser Wehmut gepaartem Stolze feststellen müssen, daß weitaus die meiste Arbeit auf diesem Gebiete bisher von der Pädiatrie geleistet worden ist. Gerade v. Jaschke gebührt aber das nicht hoch genug einzuschätzende Verdienst, an seiner Klinik auch dem Kinde besondere Aufmerksamkeit zugewendet zu haben. Fast jedes Kapitel des Buches durchziehen die Beobachtungen und Erfahrungen des Verf., die weiterhin fruchtbare Grundlagen für wertvolle wissenschaftliche Arbeiten seiner Schüler bildeten. Auch zu sonst nur in pädiatrischen Kreisen diskutierten Fragen wie transitorisches Fieber und Gelbsucht der Neugeborenen nimmt er eingehend Stellung. Die meisterhafte Darstellung der Pflege des Neugeborenen von der Abnabelung an, die aus reichster Erfahrung heraus geschriebenen Kapitel über Voraussehungen und Technik der natürlichen Ernährung in den ersten Lebenstagen sind unübertroffen. Daneben fallen andere Kapitel etwas ab wie das über die Physiologie der Verdauung, in dem durch einseitige Verwertung der vorhandenen Literatur Unklarheit geschaffen wird, sowie das über die künstliche Ernährung, wo Verf., wie er es selbst gesteht, eigene größere Erfahrungen fehlen. Aus der Fülle des im Buche Gebotenen sei die Stellungnahme des Verf. zu einigen Fragen kurz referiert. Die Albuminurie des Neugeborenen, die an eigenem Material am dritten Lebenstag in 100 % der Fälle nachgewiesen werden konnte, wird als physiologische Erscheinung und direkte notwendige Folge des Geburtstraumas aufgefaßt. Der Harnsäureinfarkt hat keine Beziehungen zur Albuminurie. Daß die Brustmilchdrüse fast immer zerfahren, grün und schleimig sind, der goldgelbe salbige Stuhl eine Ausnahme

bildet, werden die meisten Beobachter bestätigen, wenn sie auch nicht wie Verf. die Ursache in dem hohen Fettgehalt der Frauenmilch erblicken. Für die Erklärung des Ikterus neonatorum, den Verf. in 80 % der Fälle feststellen konnte, wird nach eingehender Auseinandersetzung mit der vorliegenden Literatur im wesentlichen die Theorie von Yllpö angenommen. Die Gewichtskurve des Neugeborenen wird ausführlich besprochen und reichliches, gut beobachtetes Material beigebracht. Transitorisches Fieber fand Verf. nur in 3 % seiner Fälle, was auf das in seiner Klinik übliche frühzeitige Anlegen an die Brust zurückgeführt wird. Die Ursachen des Fiebers sind noch nicht restlos geklärt. Für die Säuglingssterblichkeit sind die Zahlen in dem Buch nur bis 1923 angegeben, seitdem ist erfreulicherweise die Ziffer noch wesentlich heruntergegangen. Auch dürfte es heute nicht mehr zutreffen, wie Verf. schreibt, daß die überwiegende Zahl der Todesfälle auf Magendarmstörungen beruhen, seitdem wir einen Wintergipfel der Säuglingssterblichkeit an Pneumonien kennen gelernt haben. Bei Eklampsie der Mutter rät Verf., auch im Interesse des Kindes den Säugling erst mehrere Tage nach Verschwinden der Krankheitssymptome anzulegen, da die Gefahr der Uebertragung toxischer Substanzen bestehe. Für geburtshilfliche Kliniken wird dringend räumliche Trennung der Neugeborenen von den Müttern gefordert. Die Zahl und Zeit der Mahlzeiten darf nicht schematisch geregelt werden, bei Schwerergiebigkeit der Brust kann Steigerung der Mahlzeiten auf 6 bis 8 die Tagestrinkmenge wesentlich vermehren. Als Stillhindernis seitens des Kindes unterscheidet Verf. neben den mechanischen Schwierigkeiten, die er einschließlich des Wolfsrachens gering einschätzt, Trinkschwäche, Trinkfaulheit, Saugungeschick, Brustscheu und freiwilliges Hungern, die alle eine eigene Therapie erfordern. Bei der Technik der Zwiemilchernährung entscheidet Verf. sich für das Verfahren der jedesmaligen Nachfütterung. Die Empfehlung von Milchzucker als übliche Kohlehydratanreicherung bei künstlicher Ernährung dürfte nach pädiatrischer Ansicht wohl unnötig sein, da gewöhnlicher Zucker meist dieselben Dienste leistet. Ein Literaturverzeichnis von ca. 50 Seiten beschließt das Buch. Alles in allem hat Verf. der deutschen medizinischen Literatur ein Standardwerk geschenkt, das in der Bibliothek jeder Frauen- und Kinderklinik einen Ehrenplatz einnehmen wird, dessen eingehendes Studium aber auch insbesondere den Frauenärzten dringend empfohlen sei.

Dr. med. Fritz Müller, Berlin-Neukölln.

Die nervöse Erkrankung als sinnvolle Erscheinung unseres gegenwärtigen Kulturzeitraums. Eine Untersuchung über die Störungen des heutigen Soziallebens, von Dr. Folkert Wilken, Priv.-Doz. a. d. Univ. Freiburg i. B. Verl. Bergmann, München 1927. 4,20 M. — In dem Buche, das zur Reihe der Schriften der Internationalen Gesellschaft für Individualpsychologie gehört, versucht Verf., die nervöse Erkrankung als ein spezielles Kriterium der Jetztzeit und zwar als Symptom der Wiedergewinnung neuer geistiger Lebensgründe im Sinne neuer Gemeinschaftsformen hinzustellen, sie also als positiven Ausdruck einer Aufstiegstendenz zu werten. Nichtkennern der Adlerschen Terminologie werden die Begriffe des dämonistischen Minderwertigkeitserlebnisses, der wahrhaft geistigen Kräfte der Materialität und Dämonie zunächst etwas unklar erscheinen, und es ist nicht ganz leicht, die Schlüsse, die Verf. aus seinen Untersuchungen zieht, als logische Notwendigkeit zu empfinden. Aufgabe der Therapie muß es sein, die Entmutigung und den Negativismus, die Hauptzüge des nervösen Charakters, zu beheben, sie in Lebensmut und Lebensfreude umzuwandeln und ihn so zum Verzicht auf feindselige und asoziale Spaltungen zu bringen. Dazu braucht er die Führung eines Menschen, der den entsprechenden Weg kennt, ohne ihn für seine Person zu gebrauchen.

Haber.

Prof. Dr. G. Marañon (Madrid): **Prädiabetische Zustände.** Heft 5 der Abhandlungen aus den Grenzgebieten der inneren Sekretion. Herausg.: Dr. L. Szondi (Budapest). Wissenschaftliche Verlagsbuchhandlung Rudolf Novak & Co. Budapest und Leipzig 1927. Preis 2,60 M. — In den meisten Fällen von Erwachsenen- bzw. Alters-Diabetes ist eine Periode der Latenz zu beobachten. Dieses Latenzstadium ist konstitutionell bedingt und in vielen Fällen erblich. Klinisch ist dies prädiabetische Stadium kenntlich an folgenden Symptomen: Blutdrucksteigerung vom Typus der essentiellen Hypertonie, im Alter von 40 Jahren auftretend, oft von Fettsucht begleitet und gelegentlich von einem oder mehreren charakteristischen diabetischen Merkmalen wie Pruritus, Dermatididen, Neuralgien, Star usw. Der genannte Typus des prädiabetischen Syndroms ist jedoch nicht immer die Regel: Die Hypertension oder die Adipositas kann fehlen; es kann auch eines der genannten Zeichen nur allein in Erscheinung treten und schließlich sind alle möglichen Kombinationen denkbar.

Gesichert wird die Diagnose der Prädiabetes

1. durch den Befund einer inmittierenden, alimentären Glykosuri[e]
2. durch die Provokation einer derartigen Harnzuckerausscheidu[ng] durch entsprechende orale Kohlehydratgaben;
3. endlich durch den Nachweis einer bestehenden Nüchtern-Glykäm[ie] (Werte über 1,4 ‰) bezw. den Nachweis einer „verschleppte[n] glykämischen Cura nach Einnahme von 25 g Traubenzucker.

Jahr.

Merkel-Kallius: **Die Anatomie des Menschen.** 2. Au[fl.] I. Abteilung: Einleitung, allgemeine Gewebelehre, Grundzüge d[er] Entwicklungslehre. München, J. F. Bergmann. 1927. 28 Seiten m[it] 295 Abbildungen. 21 M. — Mit besonderem Vergnügen mac[ht] Ref. auf die Anatomie von Merkel-Kallius aufmerksam. Ei[ne] einfache, klare Darstellung, schöner Druck und wundervolle Bild[er] machen das Lesen zu einem Genuß. Den im vorliegenden Bande e[nt]haltenen Kapiteln schenken die angehenden Mediziner häufig n[ur] geringes Interesse: die wohlausgebildeten, greifbaren Organe dräng[en] sich mehr auf. Allein für die biologische Würdigung eben dies[er] Organe ist ihre Entwicklung ebenso wichtig, wie die geschichtlic[he] Entwicklung für das Verständnis eines Volkes. Die Kenntnis d[er] gemeinsamen Wurzel der Organe baut dem späteren Arzt g[...] manchmal die Brücke zum Verständnis konsensueller, „sympathische[r]" Störungen. Hervorragendes Lob verdienen die Bilder: die schem[a]tischen sind instruktiv gewählt, die mikroskopischen zwingen, w[eil] nicht koloriert (ein Vorzug!) zu schärferem Betrachten, die embry[o]logischen muten geradezu plastisch an.

Buttersack, Göttingen.

Prof. Dr. Sigmund Freud: **Drei Abhandlungen zur Sexu[al]theorie.** 6. durchgesehene Auflage. Leipzig und Wien. 19[..] Franz Deuticke. Pr. 3 M. — Die „Drei Abhandlungen zur Sexu[al]theorie" von Freud, die gewissermaßen die Quintessenz sein[er] gesamten Lehre darstellen, liegen nun in 6. durchgesehener Aufla[ge] vor. Aufs neue ist man von der Prägnanz und Knappheit überrasc[ht,] mit der hier Fundamentales und Elementares geschaffen und au[s]gesprochen wird; man brauchte beinahe nichts als dieses Büchl[ein] von 119 Seiten zu lesen, um das gesamte psychische Geschehen, d[as] normale sowohl wie das pathologische, klar und unerbittlich logis[ch] sich erschließen und ablaufen zu sehen. Wie das Kind des Mann[es] Vater werden muß, wie die Entwicklung entweder normal ble[ibt] oder wie und wo sie nur zu leicht eine Abknickung, eine Hemmu[ng] oder eine Repression erfahren kann, das zeigt Freud so überzeuge[nd,] daß es fast nicht nur für den Analytiker, sondern auch für d[en] Psychiater und Pädiater klassischer Schulung die wichtigste Fu[nd]grube und Quelle für die Störungen auf dem Gebiete der Tri[eb]entwicklung und der Charakterbildung wird. Gegen die vorlet[zte] Auflage vom Jahre 1922 unterscheidet sich die neue, abgesehen v[om] deutlicheren Druck, im wesentlichen durch Zusätze in den ebenfa[lls] sehr wichtigen Fußnoten, die sich hauptsächlich auf Arbeiten d[er] letzten Jahre aus seinem Schülerkreis, wie Abraham, Rank, Feren[czi] und auf eigene beziehen.

Haber.

Priv.-Doz. Dr. H. v. Hayek, Innsbruck: **Freie Arztwahl u[nd] Sozialversicherung.** 1927. Verlag der Aerztlichen Rundschau. O[tto] Gmelin, München NO. — Gegen bürokratisch-schematisierten är[zt]lichen Massenbetrieb! Die freie Wahl des Arztes eine Lebensfra[ge] für gute ärztliche Arbeit und für das Schicksal der Kranken. [So] lautet die Aufschrift der Bauchbinde, sie gibt den Inhalt d[er] Broschüre an. Wir kennen eine große Anzahl Arbeiten gleic[hen] Inhalts, so daß es wohl an der Zeit ist, die Flut zu dämmen. [Sie] sind sicher gut gemeint und mit Ueberzeugung und interessant [ge]schrieben — wie die vorliegende —, aber wesentlich Neues gibt a[uch] Hayeks Arbeit nicht. Wer indes eine Arbeit aus diesem Gebi[et] sucht, dem sei diese wohl empfohlen, da sie das Material, gut v[er]arbeitet, in flüssiger Form bietet. Leider ist aber wohl mit Re[cht] zu sagen — gerade in dieser Arbeit ist es mir besonders aufgefal[len,] daß der Arzt der freien Praxis hier eine Idealgestalt ist, wie [sie] wohl auch in der guten alten Zeit nur höchst selten angetrof[fen] wurde. Desto mehr Schatten erhält der fixierte Kassenarzt; a[ber] hier muß man sagen, daß derartige minderwertige Existenzen glü[ck]licherweise selten sind. Eine derartige Verächtlichmachung [von] Standesangehörigen findet man nur in unserem Stande. „Gönnt a[uch] dem Aermsten den Arzt seines Vertrauens" ist ein schönes W[ort,] das aber auch die Führer im Kampfe um die freie Arztwahl ni[cht] befolgen. Der Arzt ist eben ein Kind seiner Zeit, die Krankenkas[se] ein notwendiges Uebel.

Dr. Michaelis, Bitterfel[d].

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

erlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854

UMMER 36 BERLIN, DEN 9. SEPTEMBER 1927 45. JAHRGANG

Originalien.

Ueber Evolution und Konstitutionsforschung.

Von

Dr. FELIX v. SZONTAGH,

o. ö. Professor an der Universität Debrecen (Ungarn).

Da die Errungenschaften moderner Konstitutionsforschung und e Resultate der praktischen aber auch der theoretischen Erblich-itslehre nicht nur für die Kliniker, speziell für die Paediater, aber ich für die praktischen Aerzte von Tag zu Tag an Wichtigkeit nehmen, ist es angebracht zu untersuchen, welchen Standpunkt r im alltäglichen Leben seinen Beruf erfüllende Arzt diesen Er-ngenschaften gegenüber einnehmen soll, bzw. inwieweit er ge-vungen wird, zu prüfen, ob all diese Lehren mit den Erfahrungs-tsachen, die auf empirischem Wege gewonnen werden können, Einklang stehen oder nicht.

Im ganzen und großen genommen, kann man mit dem Gefühle ner Zufriedenheit feststellen, daß die Lehren, bzw. die von der onstitutionsforschung zutage geförderten Tatsachen und die hlüsse, welche aus diesen gezogen werden können, in die Klinik n Tag zu Tag mehr Einlaß finden. Hieraus ergibt sich dann die atsache, daß so manches von dem, was als unumstößliches Dogma sher verkündet worden, ins Wanken gerät. Der praktische Arzt hlte sich mit einem Schlag den schwierigsten Problemen in unserer issenschaft gegenüber. Z. B., was soll unter genotypischer d was soll unter phänotypischer Konstituion verstan-n werden? Auf einmal fühlt der praktische Arzt, daß er eigent-h mit den Grundlagen der biologischen Konstitutionslehre (Gün-her) vertraut sein müßte. Durchaus keine leichte Aufgabe!

Abderhalden (Lehrbuch der Physiologie, I. Teil) schreibt lgendes: „Niemals kann die Konstitutionsforschung etwas für sich estehendes sein! Sie kann nur einen Teil der Vererbungsforschung arstellen, soll sie sich nicht vom Boden der exakten Forschung ent-rnen." Ich will bemerken, daß in dieser Auffassung sehr viel Wahr-it steckt, trotzdem kann ich mich ihr nicht restlos anschließen. uldigen doch auch Brugsch und Lewy (Die Biologie der Per-n) der Ansicht, daß die Konstitutionsforschung aus den Fesseln erb-ologischer Betrachtungsweise befreit werden müsse. Doch wollen ir uns in dieses schwierige Problem nicht tiefer einlassen. Aber bderhalden hat vollkommen darin recht, wenn er weiter nten aussagt, daß der Stand der ganzen Erforschung des Werdens er einzelnen Organismen uns in jedem Einzelfalle zu klaren und indeutigen Fragestellungen zwingt, und daß jeder einzelne Arzt orscher sein muß und kann, da er doch durch Sammlung guter eobachtungen die Forschungsgebiete in vieler Hinsicht fördern ann. Um damit aber der Arzt diesen Anforderungen zu entsprechen nstande sei, muß er unbedingt mit dem Meritum der Lehren der odernen Konstitutionsforschung, bzw. mit denen der praktischen nd theoretischen Vererbungslehre, wenigstens bis zu einem ge-issen Grade vertraut sein.

In diesem Aufsatz soll der Versuch vorgenommen werden, zu rüfen, inwieweit all dies, was unter Evolution verstanden und elehrt wird, mit den Lehren moderner Konstitutions- und atürlich auch Vererbungsforschung in Einklang gebracht erden kann? Es dürfte vielleicht Befremden hervorrufen, daß ein liniker zu diesen schwierigen und hochwichtigen Problemen schein-ar rein theoretischer Natur sich heranwagt. Aber was lehrt die rfahrung? Nun die Antwort lautet einfach folgendermaßen: auch ein jeder praktische Arzt kann imstande sein, unsere Wissenschaft mit wertvollen Gaben zu bereichern. Ich erwähne z. B. Häberlin, dessen Arbeiten, speziell sein Buch „Lebensgesetze und Krankheit" hohes Lob verdienen.

In meinen Jugendjahren war ich ein eifriger Verehrer der Lehren Darwins. Heute, nach vielen Jahren, besonders unter dem Einfluß Kants, Puys, Carl Camillo Schneiders, August Ludowicis, Drieschs, Machs, aber auch Muchs und vieler anderer, bin ich anderer Meinung. Ich bin Anhänger des genetischen Prinzips, wie es besonders Ludovici in scharfer Prägung vertritt.

Kant weist in der „Kritik der reinen Vernunft" darauf hin, daß die Annahme einer „kontinuierlichen Stufenleiter der Geschöpfe" aus einem Interesse der Vernunft, doch nie und nimmer aus der Beobachtung hervorgehe. „Die Sprossen einer solchen Leiter, so wie sie uns Erfahrung angeben kann, stehen viel zu weit auseinander und unsere vermeintlich kleinen Unterschiede sind gemeiniglich in der Natur selbst so weite Klüfte, daß auf solche Beobachtungen (vornehmlich bei einer großen Mannigfaltigkeit von Dingen, da es immer leicht sein muß, gewisse Annäherungen und Aehnlichkeiten zu finden), als Absichten der Natur gar nicht zu rechnen ist."

Diese warnenden Worte des großen Philosophen fanden weder bei Darwin, noch aber seinen Verehrern und Nachkommen (z. B. Haeckel) Gehör. Im Sinne der Darwinschen Theorie erschien und erscheint auch heute noch vielen das Entstehen von den Arten in der Organismenwelt als gelöst. Auch huldigen Physiologen (z. B. Verzár) der Auffassung, daß es zwar nicht bewiesen, aber auch nicht geleugnet werden kann, daß z. B. in den Tiefen der Meere Leben entstehen können. Solche Gedanken stammen eigentlich von Sir Sharpey Schafer, wie er sie im Jahre 1912 in der British Medical Association auseinandergesetzt hat. Diesen Gedankengängen ist auch Rhumbler nicht abhold, der es nicht für hoffnungslos erachtet, daß das Problem der Generatio aequivoca gelöst werden könne.

Wir brauchen uns mit dem Problem des Entstehens des Lebens nicht zu befassen, denn wir huldigen der Virchowschen Lehre: omnis cellula e cellula, demnach der Auffassung, die auch viele Biologen teilen, daß das Leben ewig sei (A. Ludowici, Bolk, Häberlin, Schleich usw.).

Anders steht es mit der Evolutionshypothese. Mit dieser müssen wir uns aus dem Grunde auseinandersetzen, weil diese Hypothese einen integrierenden Bestandteil der Vererbungs-, aber auch hiermit der Konstitutionslehre ausmacht.

Spengler ist der Meinung, daß die Lebensform des Menschen, wie jede andere, ihren Ursprung einer plötzlichen Wandlung verdankt, die ein undurchdringliches Geheimnis bleibt. „Alle Funde zeigen nicht die geringste Spur einer Entwickelung zu einer zweckmäßiger gebauten Rasse." Ich glaube, daß hierin Spengler vollkommen Recht hat.

Und was im allgemeinen die Darwinsche Theorie betrifft, so ist Spengler, im Gegensatz zu der allgemein gangbaren Auffassung, der aufs wärmste zu begrüßenden Meinung, daß es keine bündigere Widerlegung Darwins geben kann, als die Ergebnisse der Palaeontologie. Merkwürdig ist demgegenüber, daß die Verfechter der Darwinschen Theorie eben in den palaeontologischen Befunden wertvolle Argumente erblicken glauben zu können. Nun, man kann schließlich eine Stufenleiter in der Organismenwelt feststellen. Aber ist es damit bewiesen, daß die Organismen sich im Sinne dieser

Stufenleiter auch die facto entwickelt haben? Spengler schreibt: „Wir finden vollkommen feststehende, unveränderte Formen durch lange Zeiträume hin, keineswegs Uebergänge; Formen, die sich nicht zweckmäßig herausgebildet haben, sondern plötzlich in einer endgültigen Gestalt erscheinen."

So lehrt auch die Mutationstheorie de Vries, daß die Grundformen der Pflanzen- und Tierwelt sich nicht entwickeln, sondern plötzlich da sind.

Wenn ich mich gut erinnere, so war es Mach, der den folgenden Satz ausgesprochen hat: „Als Naturforscher sage ich, die Organismen sind gegeben, als Mensch sage ich, sie sind geschaffen."

Auch in dem von Häckel als biogenetisch formulierten Grundgesetz, in dessem Sinne der menschliche Organismus im Mutterleibe während seiner Ontogenese die Stadien der Phylogenese rekapitulieren würde, kann ich keine Stütze für die Richtigkeit der Evolutionshypothese erblicken.

Sehr zu beherzigen ist, was Chamberlain (Kant, 2. Aufl.) sagt: „Fortschritt und Entartung können nur von einem Individuellen, niemals von einem Allgemeinen ausgesagt werden." Und hier soll ein Forscher erwähnt werden, der der Wissenschaft durch frühen Tod entrissen wurde, dessen wissenschaftliche Arbeiten aber auch heute noch die größte Aufmerksamkeit verdienen, um so mehr, da ich der Meinung bin, daß eine spätere Zeit ihm vollauf gerecht werden wird. Ich meine Dr. August Pauly, a. o. Professor der angewandten Zoologie in München, dessen im Jahre 1905 erschienenes Buch „Darwinismus und Lamarckismus", mit dem Nebentitel: „Entwurf einer psychophysischen Teleologie" auf mich einen tiefen Eindruck seinerzeit machte. Merkwürdig hat dieses Buch wenig Anklang gefunden. Ich habe wenigstens nur bei Bleuler vom Psycholamarckismus Paulys gelesen.

Es kann nicht Aufgabe dieser Zeilen sein, den Inhalt des Buches von Pauly zu reproduzieren. Es soll nur gleichsam fragmentarisch angedeutet werden, welche Kritik der Darwinsche Gedanke durch Pauly sich gefallen lassen muß.

„Damit war der seltsame Wunsch, welcher nicht bloß naiv Wahrheit suchte und nach Lösung strebte, sondern vorschrieb, wie sie ausfallen solle, anscheinend befriedigt und das Uhrwerk der Welt verstanden; aber verstanden in einer höchst merkwürdigen Weise: Leben verstanden ohne seinen Begriff, seine Erscheinung erklärt ohne Erforschung seines Wesens, ja sogar ohne Verwendung der allgemeinsten und zugleich tiefsten Vorstellungen, welche die Forschung vordem aus aller Mannigfaltigkeit der Lebenserscheinungen abstrahiert und uns in Begriffen, wie Beseelung, Sensibilität und Irritabilität hinterlassen hatte, die, wenn sie auch nicht das Wesen des Lebens erfaßten, doch zentrale Eigenschaften desselben bezeichneten, ohne welche es unmöglich schien, Leben als Leistung theoretisch zu begreifen." (!) So Pauly, der Zoologe!

Daß die Lebensprozesse im Organismus, im Individuum, das nicht Summe, sondern Ganzheit ist, und zwar nicht nur unter „normalen", sondern auch „anomalen" Verhältnissen — auch Krankheit ist Leben — nur vom teleologischen Standpunkt aus verstanden werden können, darüber kann es keine Zweifel geben.

Im Organismus, in diesem organisierten und sich selbst organisierenden Wesen, geschieht nichts sinn- und zwecklos. Ein guter Arzt zu sein, heißt, ein treuer Diener der Natur zu sein. Pauly hat vollkommen recht, wenn er schreibt: „Ein leeres Theorem füllte die Stelle aus, wo vorher die große Frage stand, schuf einen Stillstand der Gedanken, wo vorher philosophische und naturwissenschaftliche Bestrebungen um prinzipielle Klarheit in der großen Frage der Teleologie gerungen hatten."

An die Stelle des ausgesprochen psychologischen Begriffes vom Zweck — auch heute wird der Ausdruck „Zweck" von vielen perhorresziert — treten zwei gewichtslose Begriffe: Kampf ums Dasein und natürliche Zuchtwahl („Auslese"). Man übersieht, daß das Leben seine eigene Gesetzmäßigkeit hat und daß die Gesetze des Lebens nicht vom reinen Zufall diktiert werden.

Einzig und allein schon durch die Tatsache, daß man dem Obwalten des Zufalles eine ihm bei weitem nicht gebührende Rolle in der Selektionstheorie zuerkannt hat, wird diese Theorie inexakt. Hier soll nebenbei bemerkt werden, daß man auch in der Medizin einen großen Fehler begeht, wenn man dem Zufall eine ihm nicht zukommende Herrschaft zugesteht. Das Entstehen von Krankheiten im Organismus und das Entstehen von Seuchen und Pandemien (z. B. Grippe) hat wahrlich wenig mit dem Zufall zu tun. In diesem schwierigen und dunklen Problem handelt es sich um Gesetzmäßi keiten, deren Wesen wir heute nicht kennen, bloß ahnen.

Pauly bemerkt ganz richtig, daß die Konstruktion der Sele tionstheorie — handele es sich in der Darwinschen als Zuchtwa der Individuen, in der Weismannschen als Zuchtwahl der Keime, der Rouxschen als Zuchtwahl der Zellen und Moleküle, einerlei eine mathematische, ausgesprochen nichtphysiologische genan werden muß.

„Die unermeßliche Menge von Zweckmäßigkeiten, welche dur die beiden organischen Reiche repräsentiert wird und eine noch w größere Menge in den untergegangenen Formen voraussehen lä diese, jeder Messung und Schätzung sich entziehende Menge v Treffern würde, durch Zufall erworben, mathematisch unendlic Zeit voraussetzen, gegen welche die Länge geologischer Zeiten ve schwindet. Es fehlt also der Theorie die erste Bedingung für ih Mechanik, die Zeit."

Wenn wir aber in der Deszendenztheorie dem reinen Zufa keinen selektierenden Wert zuzugestehen vermögen, bleibt no immer die Frage bestehen, ob es erlaubt ist, uns überhaupt über d Obwalten bzw. über die Bedeutung des Zufalles im organisch Geschehen hinwegzusetzen?

Wir müssen es zur Kenntnis nehmen, daß im Sinne der Lehr moderner Konstitutionsforschung die vererbungstheoretischen B trachtungen das Konstitutionsproblem in vorteilhafter Weise beei flussen (Günther, s. u.). „Sie erklären einerseits die Vererbu von einigen Merkmalen aus der ungeheuren Gesamtzahl aller d Konstitution anhaftenden Merkmale, andererseits die Variabilit größerer Individuengruppen mit ihrem Schwanken um den konstant Mittelwert, resp. die unstetige Ordnung der Norm."

Günther unterscheidet neben der Erbkonstitution d Wesenskonstitution, und findet, daß das Wesentliche a Konstutionsbegriff die Ordnung sei, die durch Naturgesetze (Fo malprinzipien usw.) bestimmte Bionomie in dem unserer Psyc zugänglichen Bereiche der konkreten Mannigfaltigkeit und die dur das Gesetz der großen Zahlen im Bereiche der diskreten Manni faltigkeit bestimmte Norm.

Nach Günther wäre also die Ordnung die den lebend Organismus darstellende und bestimmende Summe der inner Faktoren.

Im Sinne der modernen Vererbungstheorien ergibt sich im Ei zelfall eine berechenbare Wahrscheinlichkeit für das Eintreffen od Nichteintreffen eines Merkmals, welche lediglich vom Zufall der Art der Chromosomenverteilung abhängt.

Im Buche Günthers kann man eine Variationskurve (ein so Variationspolygon) sehen, welches die Verteilung der Hir gewichte nach einer Statistik von Pearl an 416 schwedischen Mä nern wiedergibt. Hier kann man also von Zufall sprechen, schei bar um so mehr, da wir durch besondere mechanische Konstrukti (z. B. durch den bekannten Galtonschen Zufallsapparat) diese Z fallsanordnungen der Natur nachahmen können. Und wahrlich: d Variationspolygon bei Günther ist auffallend ähnlich dem der Z fallskurve (z. B. nach Johannsen). Wenn man nämlich die ei zelnen Zahlenwerte (Individualmengen) einer durch statistisc Untersuchungen gewonnenen Variationsreihe betrachtet, so fällt auf, daß etwa in der Mitte der fluktuierenden, kontinuierlichen Va ationsreihe der höchste Zahlenwert steht und daß nach beiden Ric tungen die Werte in auffällig ähnlichen Progressionen abnehmen.

Mit dem Begriff und Bedeutung des Zufalls im organischen G schehen befaßt sich eingehend in einer lesenswerten Monograp Dr. Günther Just (Jul. Springer, Berlin, 1925). In dieser Mon graphie wird die Variationskurve der Schwanzflossen-Strahlenza der Fische (Pleuronectae) und der Vergleich der Kurve mit der Z fallskurve (beide nach Johannsen) wiedergegeben. Die Uebe einstimmung ist wirklich eine augenfällige. Jedoch soll gleich hi darauf hingewiesen werden, daß es sich sowie auch bei Günthe um ein Merkmal handelt; hier um Schuppen der Seitenlinie bz Strahlen der Schwanzflosse, dort um Hirngewichte. Übrigens ist bekannt, daß man ein der Zufallskurve auffallend ähnliches Variation polygon erhält, wenn man bei einer größeren Anzahl von Mensch die Körpergrößen feststellt und zur graphischen Gesamtdarstellu bringt (Quetelet).

Im ersten Teile seiner Monographie zieht Günther Just a den Zufallskurven den Schluß, daß in der Möglichkeit der Analy von Massenerscheinungen physikalischer, biologischer und psych logischer Natur geradezu der Beweis für die strenge kausale G

hlossenheit der Welt liegt. „Nur weil jeder Einzelvorgang gesetz-äßig abläuft, läßt sich das Gesamtbild — die „Oberfläche" des anzen — statistisch analysieren."

„Das Individuelle allerdings können wir in seinen Be-ehungen zu dieser Kausalität nicht fixieren, sein So-oder-anders-in läßt sich aus der für das Ganze gültigen statistischen Gesetz-ißigkeit nicht vorhersagen: individuell fehlt die Beziehung m Kausalen."

Ich denke über Kausalität anders, als unser Verfasser. Speziell der Pathologie glaube ich, daß das, was Verworn, Hanse-ann u. a. über das konditionale Denken in der Medizin schrieben haben, beherzigt werden sollte. Doch eingehender uns t diesem hochwichtigen Problem zu befassen, liegt außerhalb des hmens dieses Aufsatzes.

Interessant ist aber immerhin, daß Günther Just, ein über-ugungsvoller Anhänger der Darwinschen Lehren, dem Worte Zu-l noch einen zweiten, einen ganz anderen Sinn glaubt zugestehen müssen. In der Selektionstheorie sollten nämlich zwei ganz rschiedene Arten von Zufall eine Rolle spielen, außer n kausalen auch der finale. Nach Günther Just bliebe Darwins unsterbliches Verdienst, in seiner Selektionstheorie den rsuch zu einer „mechanischen" Erklärung der Entstehung der ganischen Zweckmäßigkeit gemacht zu haben.

Aber hier stoßen wir sofort auf einen Widerspruch. Wenn man n Begriff der organischen Zweckmäßigkeit anerkennt, wie kann n ihn dann „mechanisch" erklären wollen? Günther Just der Meinung, daß man diesem Widerspruch dadurch zu ent-nen imstande ist, daß man sich nicht des Wortes „teleologisch", hl aber des Wortes „final" bedient, da doch im Worte teleo-isch immer etwas wie eine Erklärung „mit anthropomor-stischem Einklang" lauert, während das indifferente Wort final r einen „Tatbestand" umschreiben will. Aber Günther st muß dennoch hinzufügen, daß an der Tatsache der organischen weckmäßigkeit", der Zielgemäßheit organischer Baueigentümlich-iten und Verrichtungen nicht wohl gezweifelt werden kann.

Aber wie die Zielgemäßheit organischen Geschehens im Leben s Einzelindividuums, ebenso können auch die Gesetze der mmesgeschichtlichen Vorgänge nicht bloß durch den Zufall ge-kt werden. Oscar Hertwig hat seinem Werke über „Das erden der Organismen" den Untertitel gegeben: „Zur Widerlegung n Darwins Zufallstheorie durch das Gesetz in der Entwicklung".

Am Ende seiner Monographie, deren tiefwissenschaftliche Be-tung ich durchaus nicht schmälern will, muß auch Günther st zum Schlusse gelangen, daß an die Stelle des Zufalls in mehr er weniger hohem Grade das treten kann, was man Organisation nnen kann. „Und es wäre das eigentliche Können des „Orga-mus", sein Geschehen im hohen Maße dem Zufall entrissen und n zu ‚seinem' Geschehen, zu einem organisierten Geschehen, um-oben zu haben."

Dieser Auffassung können wir uns aufs wärmste anschließen. r werden durch sie an die Lehren Paulys erinnert.

Hier sei nebenbei eingeflochten, daß man nach Fr. Kraus „die samtheit der Organisationsverhältnisse" Konstitution genannt . (Allg. und spez. Pathologie der Person, I. Teil, S. 105.)

Albert Eide-Parr (Adaptiogenese und Phylogenese, ringer, Berlin, 1926) nähert sich ebenfalls den Lehren Paulys, nn er die Ansicht vertritt, daß Adaptiogenese und Phylogenese ei ganz verschiedene Vorgänge sind und daß endlich die positiv timmten Anpassungsverhältnisse, wenn solche gedacht oder nach-viesen werden können, sich viel natürlicher durch die Wahltätig-t der einzelnen Organismen erklären, als durch irgendwelche An-sungstendenz der Phylogenese."

Wir können also ruhigen Gewissens die Zufallstheorie in der re von der Evolution ablehnen.

Der Arzt, der mit den Errungenschaften moderner Konstitutions-schung sich vertraut machen will, muß, wenn auch nur bis zu em gewissen Grade, auch darüber orientiert sein, welche For-ungsresultate die Lehre von der Vererbung bisher aufzuweisen . Ein schwieriges Gebiet, das sehr viel Spezialkenntnisse vor-setzt.

Und hier müssen wir den vornehmen Biologen Goldschmidt, bv. sein Buch: „Physiologische Theorie der Vererbung" (Berlin, J Springer, 1927) erwähnen, an dem wir nicht wortlos vorüber-gen dürfen. Für einen Kliniker ist es keine leichte Aufgabe, seine orie wiederzugeben, geschweige denn sie einer Kritik zu unter-ziehen. Dies solle Berufeneren vorbehalten bleiben. Wir wollen hier nur hervorheben, daß in dem Buche Goldschmidt den Ver-such macht, aus Verknüpfung genetischer und entwicklungsphysio-logischer Analyse eine physiologische Theorie der Vererbung abzu-leiten, die gleichzeitig geeignet ist, auch neues Licht auf Evolutions-probleme zu werfen. Dieses Buch Goldschmidts ist eigentlich als eine Neubearbeitung des I. Abschnittes seiner Schrift „Die quan-titativen Grundlagen von Vererbung und Artbildung" aufzufassen, wie es der Verfasser in der Einleitung seines Buches angibt. Hier stellt unser Autor in Aussicht, daß vielleicht einmal der Zeitpunkt kommen wird für eine Neubearbeitung des anderen, deszendenztheo-retischen Teils jener Arbeit. Wir würden dieses letztere Unterneh-men Goldschmidts mit Freude begrüßen.

Goldschmidt sagt von seiner Theorie, daß sie nicht am grünen Tisch entstanden ist, sondern wurde logisch aus den Er-gebnissen umfangreicher und langwieriger Experimente entwickelt. „Schon dadurch unterscheidet sie sich von dem, was man gewöhnlich als Vererbungstheorien bezeichnet."

Auf Seite 235 seines Buches setzt sich Goldschmidt mit Child, „einem mechanistisch eingestellten Entwicklungsphysio-logen" auseinander, der die Meinung vertritt, daß die Annahme korpuskulärer Erbeinheiten, der Gene, müsse notwendigerweise zum Vitalismus führen. Dem entgegen schreibt Goldschmidt folgendes:

„Wir können von der ablehnenden Haltung Childs gegenüber der Existenz der Gene absehen, die heute nicht mehr aufrecht-zuerhalten ist. Davon abgesehen, muß dem zugestimmt werden, was er über die älteren Vererbungstheorien, die ich oben als rein formalistisch bezeichnete, sagt, und das gilt ebenso für die rein mendelistische Faktorentheorie. Ich glaube aber, daß alle diese Schwierigkeiten in unserer Theorie überwunden sind, und daß ge-rade das erreicht ist, was nach Child für eine Erbtheorie, die mit Genen arbeitet, unmöglich ist, nämlich die Ordnung, Koordonation und Kontrolle in den Entwicklungsvorgängen zu erklären. Daß in einem so geschaffenen System weder ein Bedürfnis nach vita-listischem Entstehen noch nach übergeordneter Ganzheit oder „Bilde-kräfteleib", wie es die Theosophen nennen (s. Poppelbaum), besteht, geht aus allem Bisherigen klar hervor, unsere Theorie ist eine rein mechanistische, soweit sie geht, allerdings keine Maschinen-theorie, sondern eine Theorie von vielphasigen physikalisch-chemischen Systemen."

So der ausgezeichnete Biologe! Doch hier entsteht die große Frage, ob diese rein mechanistische Theorie allgemeine Zustimmung finden wird. Nun, ich als Kliniker erlaube mir die Prognose stellen zu dürfen, daß sie, wenn auch zugestanden werden muß, daß sie sehr viel Bestechendes enthält, nicht durchdringen wird. Ueberhaupt entsteht die Frage, ist es wirklich notwendig, und ist es überhaupt berechtigt, eine rein mechanistische physiologische Theorie der Ent-wicklung, sagen wir es rundwegs, des Lebens aufstellen zu müssen? Es gereicht der Medizin nicht zur Schande, die schönen Errungen-schaften unserer Kenntnisse bezüglich des physiologischen und patho-logischen Geschehens im Organismus erleiden keine meritonische Einbuße, wenn wir annehmen, daß außer den „vielphasigen physi-kalisch-chemischen Systemen" noch Kräfte wallen, die mechanisch nicht zu erfassen sind. Das, was über dem Individuum, über dem Organismus, das, was man Totalität — das aborigene Ganze! — nennt, steht, davon kann man sich auf rein empirischem Wege überzeugen. Daß, was man bei Heilung einer Wunde oder Selbst-heilung einer Krankheit (kruppöse Lunngenentzündung!) sieht, ferner, was man bei den Regenerations- und Regulationsphänomenen — unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen — zu be-obachten vermag, kann mechanisch nicht begriffen und erklärt werden.

In unserer Betrachtungsweise steht das Individuum. Es ist mehr als Summe, es ist Einheit im tiefsten Sinne des Wortes. Das Wesen der Konstitution wird durch seine Keim-, durch seine Bauanlage, durch seinen Genotypus bestimmt; an dieser vermag die Um-welt nicht viel zu ändern (Phaenotypus). Durch den Geno-typus wird das somatische Fatum des Individuums determiniert (Tandler). Greil ist anderer Auffassung; ist er doch ein Gegner der Keimplasmatheorie.

Wir können uns also Nägeli anschließen, der da schreibt, daß „Bau und Funktion der Organismen in den Hauptzügen eine not-wendige Folge von der Substanz innewohnenden Kräften und somit unabhängig von äußeren Einflüssen ist."

Es soll auch Bolk nicht unerwähnt bleiben. „Evolution ist nicht ein Resultat, sondern ein Prinzip, sie ist für die organisierte Natur, als Ganzheit und als Einheit gedacht, dasselbe, was Wachstum für das Individuum ist und gleich wie letzteres dem Einfluß und der Einwirkung äußerer Faktoren unterworfen. Diese können aber niemals schaffend wirken, sondern nur modellierend .... Evolution ist eine Funktion nicht des individuellen, sondern des Gesamtlebens."

Der bereits oben erwähnte Häberlin hat auch ein Büchlein geschrieben, mit dem Titel: „Die Gefüge des Lebendigen" (Karlsruhe, Braun, 1926). Aus diesem sei hier folgendes wiedergegeben:

„Daran scheitert jeder mechanistische Deutungsversuch des Lebendigen, daß seiner Art zu betrachten eben nur die eine Seite des Organischen, gewissermaßen die unseren Sinnen zugekehrte, zugänglich ist; nur die Verwirklichung also, aber nicht das Bewirkende, das Schöpferische, solange es noch nicht Wirklichkeit in der Erscheinungswelt geworden, noch nicht verwirklicht ist. Ebensowenig kann von der Seite eines auf rationalen Elementen aufgebauten Erklärungsversuches, wie der Selektionslehre oder des Lamarckismus oder auch der Phylogenie irgendein Verständnis zum Wesen des Lebens führen."

Kant hat das Leben so definiert: „Ein organisiertes Produkt der Natur ist das, in welchem alles Zweck und wechselseitig auch Mittel ist."

Auch der menschliche Organismus muß als solcher aufgefaßt werden; also als Individuum, als Person und zwar in seiner Ganzheit. Was soll aber unter Konstitution des Individuums verstanden werden? Im Buche von Günther sind die Auffassungen über das Wesen der Konstitution bzw. die verschiedenen Definitionen des Konstitutionsbegriffes, wie solche von vornehmen Konstitutionsforschern formuliert worden sind, angeführt. Der Leser sei demnach auf dieses Buch verwiesen. Ich sehe, wie oben bemerkt, das wesentlichste Moment der Konstitution eines Organismus in dem Genotypus.

Die Lehre von den Diathesen spricht auch dafür, daß die Umweltsfaktoren (Kondition, Konstellation) an der Erbkonstitution zwar ändernd — auch in für das Individuum günstigem Sinne — wirken können, daß aber für gewöhnlich die Erbkonstitution während der ganzen Dauer der Individualitätsphase fortbesteht. Bei einem Individuum können Asthmaanfälle schon im Säuglingsalter, aber auch noch im späten Greisenalter auftreten. Goldschmidt macht die Konstitutionsforscher darauf aufmerksam, daß es durchaus denkbar ist, eine durch pathologischen Chemismus verursachte Erbkrankheit zu heilen, ohne daß dadurch natürlich an ihrer Erblichkeit etwas geändert wird. Auch ist es bekannt, daß viele diathetische Manifestationen eine überaus lange Latenzdauer haben können.

Wir verdanken Günther die Entdeckung, daß das Studium von menschlichen Stammbäumen Generationsrhythmen erkennen läßt. Das Erscheinen von anormalen Individuen einer Filialgeneration innerhalb bestimmter Intervalle ist also zeitlich geregelt. Mit vollem Recht nimmt Günther an, daß hier konstitutionelle Schwankungen des vererbenden Individuums einen Einfluß haben müssen. Auch darin können wir uns ruhig Günther anschließen, wenn er es betont, daß nur gewisse Charakteristika der Konstellation Bestand haben können, andere können verschwinden und wiederkehren, besonders periodische Gesetzmäßigkeiten zeigen.

Schließlich: ich begrüße es mit größter Freude und dem Gefühl innerer Zufriedenheit, wenn Günther, ganz unabhängig von mir, folgendes schreibt:

„Die periodische Wiederkehr eines Krankheitstypus bei ein und demselben Organismus oder von nosologisch übereinstimmenden Pandemien, welche nach Jahren, selbst Jahrhunderten, von neuem erscheinen können, verliert bei dieser Betrachtung ihr mystisches Gewand."

Ganz richtig. In meinem im Jahre 1918 erschienenen Buch: „Ueber Disposition" (Berlin, S. Karger, 1918) habe ich in den Mittelpunkt der Probleme das Individuum gestellt. Ich habe ferner darauf hingewiesen — auch in meinen späteren Arbeiten —, daß man durch die Wiederkehr gewisser Krankheitszustände im Leben des Einzelindividuums, ganz so wie auch durch das Auftreten der En-, Epi- und Pandemien im Leben der Menschheit auf das Obwalten der Periodizitätsphänomene in der organischen Natur ermahnt wird. Erblickt man in gewissen Krankheiten — ein klassisches Beispiel ist hier das azetonämische, „periodische" Erbrechen der Kinder — und in den Epidemien (z. B. Grippe) ihre periodische Natur, so ändert sich mit einem Schlage unsere Auffassung über ihre Genese bzw. Bedeutung. Es kann sich nicht mehr um Zufall hande sondern um Gesetzmäßigkeit, um das Obwalten eines a gemein gültigen phoronomischen, dynamischen G setzes.

Es ist ewig schade, daß die heutige Medizin den scharfen Unt schied zwischen Infektion (im Sinne von Semmelweis) u Ansteckung (Verbreitung einer Krankheit auf aerogenem Wege) a gegeben hat. Man spricht nur von Infektionskrankheiten, und huld der Auffassung, daß man mit dem Beinamen „infektiös" auch d massenhafte Auftreten von Krankheiten, also auch die Genese v Epidemien, erklärt habe.

Ich setze voraus, daß meine Lehren dem Leser bekannt si Nur soviel will ich hier noch einmal wiederholen, daß die Lehr der Bakteriologie sich in der Zukunft eine gründliche Revision g fallen lassen werden müssen. Bei dem, wie es heute steht, kann nicht bleiben. Es muß eine Umänderung, eine Umwandlung v Grund aus, einsetzen. Dann wird es sich auch herausstellen, welc Rolle eigentlich die Mikroorganismen dort spielen, wo sie gese mäßig nachgewiesen werden können. Es kann sich dann viellei das Ergebnis einstellen, daß unsere vermeintlichen Feinde eigentl unsere Freunde sind. Leben wir doch mit den Mikroorganismen Synbiose, in guten Tagen, wenn wir also gesund sind; viellei aber auch in bösen Tagen, wenn wir also krank sind!

Was man Genius epidemicus et loci nennt, wird a sein „mystisches Gewand" verlieren, wenn die moderne Erblichke bzw. Konstitutionsforschung sich mit dem Problem der k stitutionellen Schwankungen eingehender befassen wird.

Laufende medizinische Literatur.

Medizinische Klinik.

Nr. 31, 5. August 1927.

Pathologie und Therapie der Kopfschmerzen. Peritz unt scheidet zwei Gruppen, die sich von vornherein voneinander tren lassen:

1. Organisch bedingte Kopfschmerzen,
2. Die funktionellen Kopfschmerzen, welche durch Myalgien Grundlage bedingt sind.

In diese beiden Gruppen ordnet er nun die verschiede Momente, welche die Ursachen bilden, ein

A. Organisch bedingte Kopfschmerzen.
1. Tumor cerebri,
2. Meningitis,
3. Hydrocephalus,
4. Lues,
5. Hirnschwellung,
6. Der Kopfschmerz nach Gehirnerschütterung.

B. Funktioneller Kopfschmerz, durch Myalgien als Grundl bedingt.
1. Durch Ueberarbeitung und Ermüdung,
2. Anämie,
3. Gicht,
4. Endokrine Funktionsstörungen, vornehmlich spasmopl Natur,
5. Kopfschmerzen bei Fettsucht,
6. Intoxikations-Kopfschmerzen,
7. Reflex-Kopfschmerzen.

Beim Gehirn-Tumor ist es auffallend, daß der Kopfschmerz ni lokalisiert ist, sondern sich über den ganzen Kopf ausbreitet; a das wird sofort einleuchtend, wenn man bedenkt, daß nicht d Tumor an sich den Kopfschmerz macht, sondern daß durch d Wachsen der Geschwulst der Schädel für den vermehrten Inhal z klein wird. Infolgedessen zählt man diesen Kopfschmerz a immer unter die Gehirndrucksymptome. Die Kopfschmerzen di Meningitis entstehen dadurch, daß die in den Meningen befindlic

Nerven gedrückt und gereizt werden. Bei dieser Art von Kopfschmerzen finden wir häufig Nackensteifigkeit und diese Kopfschmerzen setzen meist mit einer ungeheuren Schwere ein. Der Kopfschmerz bei der Hirnschwellung und bei Hydrozephalus ist ebenfalls ganz allgemeiner Natur und nicht lokalisiert. Eine Hirnschwellung zu erkennen, ist außerordentlich schwer, und der Unterschied gegen den Kopfschmerz bei Meningitis wird dadurch gebildet, daß beim Kopfschmerz durch Hirnschwellung die Nackensteifigkeit und das Kernigsche Symptom fehlen. Der Kopfschmerz beim Hydrozephalus wird dadurch hervorgerufen, daß die Hypophyse gedrückt wird und infolgedessen ein allgemeiner Kopfschmerz eintritt. In sehr schweren Fällen kann auch Stauungspapille beobachtet werden. Beim luetischen Kopfschmerz unterscheiden wir zwei Formen; die bekannteste ist die der Dolores osteokopie. Diese Art tritt besonders nachts auf, ist streng lokalisiert und mit einem Kopfschmerz verbunden, der Ausgangspunkt ist Periost und Knochen. Die andere Form ist ein Kopfschmerz allgemeiner Natur, der sich eigentlich von einem gewöhnlichen, funktionellen Kopfschmerz kaum unterscheidet. Ueber den Kopfschmerz nach Comotio cerebri ist zu sagen, daß es keineswegs verwunderlich ist, wenn die Menschen unmittelbar nach schweren Kopfverletzungen, soweit sie nicht bewußtlos sind, über starke Kopfschmerzen klagen und diese bleiben noch bestehen, wenn selbst die akuten Symptome abgeklungen sind. Auffällig ist die Beobachtung, daß die Pat., welche keine Verletzung der Schädelkapsel davontrugen, mehr über Kopfschmerzen klagen als diejenigen, welche eine effektive Fraktur erlitten. Auch hier gilt die Tatsache, daß bei der Fraktur der vermehrte Inhalt einen Ausweg hat. Das ist abermals ein Beweis, daß der Kopfschmerz bei diesen organischen Veränderungen nicht im inneren Gehirn, sondern an der Außenfläche in den Meningen entsteht. Die zweite Gruppe, der funktionelle Kopfschmerz, entsteht nach Peritz weder im Inneren des Gehirns noch in den Meningen, sondern es liegen ihm Myalgien zugrunde. Selbst die Migräne hat stets eine Myalgie als Grundlage. Wir sehen einen Kopfschmerz, der seine Aetiologie in der Ueberarbeitung und Ermüdung findet. Menschen mit guter Konstitution übermüden natürlich dabei später, als solche mit schlechter Konstitution und schlechter Muskulatur. Ferner ist die Anämie eine weitere Ursache des Kopfschmerzes. Infolge des geringen Hämoglobingehaltes des Blutes wird dem Muskel zu wenig Sauerstoff zugeführt und die schon nach geringen Anforderungen im Ueberschuß vorhandene Milchsäure kann infolge der unzureichenden Stauerstoffzufuhr nicht entfernt werden. Auch die Gicht macht Kopfschmerzen. Es kommt häufig vor, daß der erste Gichtanfall nach dem Erscheinen der Kopfschmerzen auftritt, und es ist zweckmäßig in Fällen, wo man aus der Familien-Anamnese eine Gicht annimmt, im Blute die endogene Harnsäure zu bestimmen. Die endokrin bedingten Kopfschmerzen finden wir bei den Fettsüchtigen und ferner bei den Spasmophilen. Bei der ersten Gruppe muß die hypophysäre Fettsucht ausgenommen werden; denn sie ist bedingt durch einen Hypophysen-Tumor oder einen Hydrozephalus. Infolge geringer Keimdrüsentätigkeit, die sich mit einer Fettsucht kombiniert, ist naturgemäß auch im Muskel der Umsatz gestört und dadurch kommt es zum Abbruch von Myalgien. Was nun die Spasmophilen anbelangt, so sind sie Angiospastiker. Die bei diesen Menschen auftretenden Kopfschmerzen entstehen nicht etwa dadurch, daß das Blut nicht genügend Sauerstoff mit sich führt, sondern dadurch, daß die Blutgefäße zu stark kontrahiert sind und infolgedessen dem Muskel nicht genügend Blut und damit Sauerstoff zuführen können. Wendet man Kälte bei diesen Leuten an, so werden die Angiospasmen sicher verstärkt, während gerade Hitze sie verringert. Es hat also infolgedessen keinen Zweck, mit diesen Angiospastikern — Menschen mit kalten Händen und Füßen — Kälte oder Kaltwasser-Prozeduren vorzunehmen. Es soll nicht unerwähnt bleiben, daß die Zahl der Angiospastiker außerordentlich groß ist und daß dieser Typ einen großen Teil derer bildet, welche an Rheumatismus oder an Kopfschmerzen bzw. Migräne leiden.

Die nächste Gruppe wird von den Kopfschmerzen gebildet, welche bei Infektionskrankheiten oder Intoxikationen auftreten, wie z. B. der Alkoholkopfschmerz und der Kopfschmerz bei Grippe.

Kurz erwähnt werden schließlich noch die Reflexkopfschmerzen, wie sie z. B. als Folge von Sehstörungen oder von der Nase aus bei Nebenhöhlen-Katarrhen auftreten.

Auf die Therapie ausführlich noch einzugehen, würde zu weit führen. Bei Kopfschmerzen auf luetischer Basis wird man eine spezifische Kur machen. Daß die Kopfschmerzen bei den verschiedenen Formen der Meningitis ebenso wie beim Tumor nur symptomatisch zu behandeln sind, ist selbstverständlich. Schwieriger ist die Behandlung der Kopfschmerzen als Folge der Comotio cerebri; denn dadurch, daß man die Erkrankten lange Prozesse führen läßt oder sie gar als Simulanten hinstellt, ruiniert man manchmal eine gute Arbeitskraft und bessert sicherlich die Kopfschmerzen nicht. Bei den funktionellen Kopfschmerzen bewährt sich die Massage, Hochfrequenz, Hitze, gewisse Medikamente und endlich Kochsalz-Injektionen in die myalgisch erkrankten Stellen außerordentlich gut. An Medikamenten nimmt man sehr zweckmäßig Gelonida antineuralgica und Eumed, ein sehr bewährtes Mittel sind die Cachets Dolomo, fernerhin ist Luminal in kleinsten Dosen sehr verwendbar. Man hat nun Pyramidon, Coffein, Phenacetin in flüssige Form gebracht unter dem Namen „Tachalgan", und es ist beobachtet worden, daß nach einer intravenösen Injektion die akuten Kopfschmerzen wie weggewischt waren. Ref. selbst hatte öfters Gelegenheit, dieses Mittel anzuwenden und kann nur das günstige Urteil von Peritz in vollem Umfange bestätigen. Verf. geht noch weiterhin auf die Behandlung der Kopfschmerzen auf endokriner Basis ein, wo sich ihm Orgaspasmon sehr bewährt hat. Bei Angiospastikern verwendet er Paratotal. Eine gute Unterstützung ist auch fernerhin die Luftveränderung, nur ist sehr wichtig, genau die Höhe für den betreffenden Patienten auszuwählen oder zu unterscheiden, ob man ihn überhaupt ins Gebirge oder an die See schickt.

Unsere Erfahrungen mit der Chloroformatmung zur Bekämpfung der intrauterinen Asphyxie. Frey hat bei 35 Fällen drohender intrauteriner Asphyxie Chloroform angewendet. Er konnt dadurch in 62,85 % die Asphyxie gänzlich, in 14,28 % teilweise und in 22,87 % überhaupt nicht beeinflussen. Zwei Momente sind für die Herztöneverlangsamung streng zu scheiden. Erstens die Störung der Gewebsatmung des Fötus, das intrauterine Ersticken, zweitens die durch die Erhöhung des Schädelinnendrucks bewirkte Vagusreizung. Beide Ursachen für die Verlangsamung der Herztöne finden wir bei der Nabelschnurumschlingung. Waller hat nun in der Prager Frauenklinik auch nach der Freyschen Methode mit Chloroform atmen lassen. Es ist besonders hervorzuheben, daß keins der Kinder durch die Chloroformatmung oder infolge eines durch diese verzögerten oder unterbliebenen Eingriffe schwer geschädigt wurde oder gar zugrunde gegangen wäre. Die Chloroformatmung ist darum sehr wichtig, weil es möglich ist, bei Fällen, wo sonst ein großer Eingriff notwendig wird, mitunter eine Spontangeburt zu erzielen oder mit einem relativ kleinen Eingriff, wie Beckenmitte- oder Beckenausgangszange auszukommen. Verf. hat über 70 % der drohenden Asphyxien durch Chloroformatmung glatt überwinden lassen. Es soll zum Schluß nicht unerwähnt bleiben, daß die Chloroformatmung für den praktischen Arzt, der im Hause eine Geburt leiten muß, ein ganz wesentliches Hilfsmittel ist; denn es ist schließlich nicht gleichgültig, ob er eine mitunter für Mutter und Kind nicht ungefährliche Operation durchführen muß oder ob es ihm bei richtiger Durchführung der Chloroformatmung gelingt, die Gefahr zu umgehen.

Zur langdauernden Insulinbehandlung schwerer Diabetiker in der Praxis. Seit nahezu 5 Jahren behandeln wir mit Insulin und dementsprechend bringt auch die Literatur seit dieser Zeit die Erfahrungen. Verf. schildert in der vorliegenden Arbeit nun einen Fall, bei dem, wenn man kurz auf die Anamnese zurückgreift, für die Entstehung der Erkrankung bemerkenswert ist, daß der sich als Grippe darbietende Zustand mit seinem klinischen Bild doch wohl schon als diabetisch bezeichnet werden kann. Verf. schildert einen Fall von Diabetes mellitus gravis, in dem es ihm gelungen ist, die Pat. zweimal aus schwerem Koma zu retten, ferner wurde er durch das Insulin mehrerer soporöser und präkomatöser Zustände absolut Herr. Verf. konnte die Pat. sogar, nachdem es möglich gewesen war, sie günstig über die Schwangerschaft hinweggelangen zu lassen, von einem Knaben mit normalem Gewicht trotz vorzeitiger Einleitung der Geburt entbinden. Er zeigt im Anschluß daran dem Praktiker die langdauernde Behandlung schwerer Diabetiker mit Insulin und glaubt die Eichung auf eine Standardkost in der Klinik vornehmen zu lassen, ebenso wie die Einstellung auf Insulin und den Abbau der Insulindosen. Küster will die Injektionen 1 bis 2 mal im Laufe des Tages, morgens und nachmittags gegen 5 Uhr unter Blutzuckerkontrolle ausgeführt wissen. Er erörtert die Frage der Bekämpfung und Ausschaltung der hypoglykämischen Reaktion, ja er zeigt sogar die Möglichkeit, die Insulinspritze gefahrlos in die Hand des Pat. zu geben.

Ueber die Notwendigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung nach Bestrahlung des graviden Uterus. In seiner Strahlentherapie schreibt Pentzoldt, daß, wenn die Konzeption in eine Zeit von 4 Monaten nach dem Strahleneingriff fällt, eine Schädigung des Eies möglich sei und somit die Schwangerschaft zu unterbrechen wäre. Unsere wissenschaftlichen Zeitschriften sind mit Arbeiten über die Berechtigung der Schwangerschaftsunterbrechung reichlich gefüllt. Die eugenische Indikation wurde bis vor kurzer Zeit meist abgelehnt oder doch wenigstens für noch nicht beurteilungsreif zurückgestellt. Sie können sehr segensreich wirken; denn es ist sicherlich niemanden mit der Geburt eines Idioten gedient, weder dem Kind selbst, noch seinen Eltern, noch dem Staate. Der Standpunkt von Pentzoldt ist immerhin sehr einseitig; denn selbst Max Hirsch, der Vorkämpfer der eugenischen Indikation, erkennt als eugenische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung weder Alkohol- noch

Röntgenschädigung. Man muß schließlich zunächst einmal die nach einer Röntgenbestrahlung geborenen Kinder im Leben beobachten, um überhaupt eine Entscheidung treffen zu können. Die Empfehlung der Unterbrechung der Schwangerschaft bei in der Gravidität mit Röntgenstrahlen behandelten Frauen ist heute verfrüht.

Hofbauer, Berlin.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 31, 5. August.

Nr. 32, 12. August.

„Entlastungsödem" der Lungen nach Beseitigung von Luftröhrenstenosen. Der Erfolg der Tracheotomie nach längerem Bestehen der Stenose kann dadurch vereitelt werden, daß organische Veränderungen im Bereich des rechten Herzens, sowie das Lungenemphysem einen normalen Kreislauf und eine normale Atmung erst langsam zustande kommen lassen. Wenn die chronische Dyspnoe zu besonders schweren Schädigungen geführt hat, so kann die Tracheotomie durch plötzliche Entlastung unerwartet lebensbedrohliche Zwischenfälle veranlassen. So werden 4 Beobachtungen von Lungenödem mitgeteilt, das nach Behebung langdauernder Luftröhrenstenosen sich einstellte und zweimal den Tod bedingte. Vermutlich ist dieses plötzlich auftretende Oedem eine Folge der raschen Entlastung des intraalveolären Blutgefäßsystems, das sich der Druckerhöhung während der Stenose leidlich angepaßt hat und wie jedes andere lange Zeit unter erhöhtem Druck arbeitende Gefäßsystem (bei komprimierenden Ergüssen in serösen Höhlen) mit reaktiver Hyperämie und massiger Transsudation antwortet. Die Transsudation wird noch unterstützt durch den hypertrophischen rechten Ventrikel, der für eine Zeitlang noch mit übermäßiger Kraft weiterarbeitet. Es besteht durchaus die Möglichkeit, daß Oedembildung in umschriebenen Lungenteilen — gewöhnlich an Stellen des stärksten Emphysems — die Ursache von Bronchopneumonien darstellt, die hin und wieder nach Behebung einer Kropfstenose sich zeigen. Die geringfügige Oedembildung tritt klinisch nicht hervor, erst die infiltrativen Vorgänge im Lungengewebe verraten sich durch ihre Einwirkung auf das Aussehen, die Herztätigkeit und die Temperatur des Kranken. Die Morphologie und die chemische Zusammensetzung des Auswurfes bieten gewisse Anhaltspunkte für die Erkennung der Entwicklung von Transsudationsherden und des Entstehens zirkumskripter Bronchopneumonien (glasiges dünnflüssiges, zellarmes Sputum innerhalb der ersten 24 Stunden nach Strumektomie, eiweißreicher, viele Leukozyten enthaltender Auswurf nach dieser Frist).

Genaue Beobachtungen einiger ungemein protrahierter Bleivergiftungen. Während die Symptomatologie der Bleiintoxikation — besonders in akuten Stadien — genauestens bekannt ist, sind einwandfreie, über Jahre fortgesetzte Beobachtungen der chronischen Verlaufsform sehr selten. Einzig dastehend ist wohl das medizinische Tagebuch, das über eine jahrelange Vergiftung durch bleiführendes Trinkwasser geführt wurde, die die ganze Familie und die Hausgenossen eines Arztes betraf. Im Vordergrund standen — neb Lähmungserscheinungen und Parästhesien — äußerst heftige Arthra gien, die trotz langer Remissionen immer wieder sich einstellte Ein Bleisaum trat in diesen chronischen Fällen nur einmal ande tungsweise auf. Trotz Fortbestehens schwerer Vergiftungserschе nungen ging auch diese Andeutung völlig zurück. Der diagnostisc Wert dieser Zahnfleischveränderung wird im allgemeinen se überschätzt. Auch bei tadellosem Gebiß kann sich ein Bleisau ausbilden. Als seltenere Symptome wurden bei diesen Fäll Lähmungen an den unteren Extremitäten (M. quadriceps oder iliopsoas), sowie des M. brachioradialis und Glaskörpertrübu beobachtet. Durch Erkrankung an Lungen- und Kehlkopftuberkulo kam es in einem Fall zum Aufflackern einer bereits abgeklungen Bleivergiftung (Arthralgie mit Radialislähmung), ein Beweis für d langsame Ausscheidung der im Körper noch lange zurückbleibend Metalldepots. Durch Jodmedikation (Trink- und Badekur in B Wiessee) wurden — trotz der überaus langen Dauer der Gi einwirkung (16 Jahre) — beachtenswerte Besserungen erzielt.

Wann ist bei offenen Verletzungen die prophylaktische Ei spritzung von Tetanusserum notwendig? Nach den Erfahrungen d Weltkrieges ist es zweifellos notwendig, die vorbeugende Seru injektion bei allen Wunden vorzunehmen, die irgendwie mit Er oder Straßenstaub in Berührung gekommen sein können. (Arbeit verletzungen mit Handwerkzeug, Bisse von Tieren, Fingerquetschu gen an Straßenbahntüren, Holzsplitterverletzungen usw.) Die Unte lassung der Seruminjektion kann dem Arzt zum mindesten d Anklage wegen Fahrlässigkeit zuziehen, weil er nach juristisch Auffassung die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht gelass hat und stets mit ungünstigen Verlaufsmöglichkeiten zu rechnen h Das Tetanusserum ist das beste Vorbeugungsmittel und muß in all verdächtigen Fällen angewendet werden. Wer sich vor Schaden u Strafe schützen will, nehme somit bei jeder verdächtigen Verletzu die Einspritzung vor.

Biberfeld.

Die Medizinische Welt.

Nr. 26, 30. Juli 1927.

Perorale Typhus-Immunisierung. An Hand verschiedener Sta stiken wird gezeigt, daß die Methode der peroralen Immunisieru bei Typhus nach Besredka bzw. mit dem Typhus-Immunoid na Wassermann und Neuberg aussichtsreich genug ist, um zu weiter Anwendungsversuchen zu ermutigen.

Leukanämie. Die Leukanämie wurde erstmals von Leube selbständiges Krankheitsbild beschrieben. Er dachte dabei an ei Mischform von Biermerscher Anämie und myeloischer Leukäm Von den meisten Autoren wird die Existenz eines selbständig leukanämischen Krankheitsbildes abgelehnt. Verfasser hatte Gelege heit, einen Fall zu beobachten, den er als Leukanämie bezeichn möchte. In den Rahmen der perniziösen Anämie paßte die hoc gradige Herabsetzung der Erythrozyten, der erhöhte Färbeind der Subikterus, und die nur geringfügige Vergrößerung der Mi nur mit Vorbehalt war in diesem Sinne die Anisozytose und Poiki zytose mittleren Grades, das sehr spärliche Vorhandensein v polychromatophilen Zellen und Normoblasten und das Fehlen v Megaloblasten zu verwerten. In keiner Weise war aber das leuk zytäre Blutbild mit der perniziösen Anämie in Einklang zu bring da das Maß der Jugendformen, wie sie bei schweren Biermersch Anämien zur Beobachtung gelangen, bei weitem überstiegen wur Gegen die Annahme einer myeloischen Leukämie sprachen aber ebengenannten Symptome, die auf eine mögliche perniziöse Anän hinwiesen, anderseits fehlten mehrere für myeloische Leukän klassische Symptome, wie Milztumor, Stomatitis, hämorrhagisc Diathese usw. Die Sektion ergab eine unwesentlich vergrößer Milz und Leber und rotes Femurmark. Mikroskopisch fanden si im Knochenmark massenhaft Myeloblasten, nur in ganz gering

ahl Megalo- und Normoblasten; auffallend war eine recht beträcht-che Zahl von eosinophilen Zellen. In Milz und Knochenmark fanden ich kleine myeloische Herde. Welche der beiden in Betracht ommenden Erkrankungen die primäre war, konnte nicht entschieden erden, da der Patient erst kurz vor dem Exitus zur Beobachtung elangte. Verfasser neigt dazu, den Fall als Leukanämie zu bezeich-en, läßt aber die Frage offen, ob es sich um ein selbständiges Krank-eitsbild oder nur um eine bestimmte Verlaufsform von perniziöser nämie oder Leukämie gehandelt hat.

Kritische Bemerkungen zur Pyelographie. Als Nierenkontrast-ittel verwendet Verfasser ausschließlich Umbrenal, das dem 25proz. romnatrium weit überlegen ist. Eingespritzt wird jederzeit 6 ccm s Mittels. Die Vorbereitung des Kranken wird folgendermaßen orgenommen: Der Kranke wird zwei Tage auf flüssige Kost gesetzt d erhält zweimal pro die je einen Eßlöffel Rizinusöl und dreimal einen Teelöffel Tierkohle. Kurz vor der Röntgenaufnahme erhält r Patient dann noch einen Einlauf von etwa 1 l Seifenwasser, wo-i darauf zu achten ist, daß möglichst wenig Luft mit in den Darm reingebracht wird. Um Vergleichsbilder zu bekommen, ist es nicht r zweckmäßig, eine Gruppe von Bildern, d. h. eins ohne, das andere it Füllung unmittelbar hintereinander anfertigen zu lassen, sondern ist ein unbedingtes Erfordernis, die Pyelographie nach Ablauf niger Tage im ganzen zu wiederholen. Die Auslegung der Röntgen-lder bleibt doch der Angelpunkt des Verfahrens. Bei einigen Krank-iten, z. B. der Hufeisenniere und der Zystenniere ergibt die Pyelo-aphie typische Bilder, es bleiben aber noch genug Krankheits-rmen übrig, bei welchen solche fehlen oder als nicht absolut charak-ristisch allgemein anerkannt werden. Während die pyelographische chnik hinreichend ausgearbeitet ist, bleibt auf dem Gebiet der terpretation der Pyelogramme noch manche Frage offen.

Allional in der Kinderheilkunde. Allional ist in der Kinderpraxis unschädliches und mit großer Sicherheit wirkendes Sedativum, s auch längere Zeit ohne Nachteile gegeben werden kann und bei m unangenehme Nebenerscheinungen nur selten beobachtet werden. s Hauptanwendungsgebiete erscheinen: Schlaflosigkeit jeder Art, rbereitung für kleinere operative Eingriffe, Unruhe bei den ver-hiedensten Krankheiten, insbesondere bei der Pneumonie, endlich ankhafte Zustände nervöser Art, bei denen Vergessen hervor-rufen werden soll. Bei Kindern des gleichen Alters ist die indi-duelle Wirkung des Medikaments ganz verschieden. Manche inder fallen schon nach ½ Tablette in festen Schlaf, während andere nder unter gleichen Umständen 1 bis 1½ Tabletten gebrauchen. shalb sollen über die Dosierung des Allionals nur ganz allgemeine d nur bedingt geltende Richtlinien aufgestellt werden. Um psy-sche Beruhigung herbeizuführen und um bei schlaflosen Kindern hlaf zur Schlafenszeit zu bewirken, genügt ½ Tablette. Um Schlaf ßerhalb der Zeit herbeizuführen und um Schläfrigkeit als Vor-reitung für operative Eingriffe zu erwirken, gibt man eine Tablette. n ein Kind bei schwerer Unruhe bei Krankheit dauernd in Ruhe zu alten und ihm genügend Schlaf zukommen zu lassen, sind inner-lb 24 Stunden 1½ bis 2 Tabletten nötig. Nur in Ausnahmefällen, B. bei schwerster Unruhe bei Pneumonie, steige man ein oder das dere Mal auf drei Tabletten innerhalb 24 Stunden.

L. Gordon.

Reichsgesundheitsblatt.

2. Jahrg., Nr. 29—31, 20. Juli 1927.

Emanzipation und Fusion des öffentlichen Gesundheitswesens. mmidt schlägt folgende Neuordnung des öffentlichen Gesundheits-esens vor: Es wird in jedem Lande mindestens eine Gesundheits-nossenschaft gebildet. Neben Reich und Land sind zur Mitglied-aft verpflichtet die Kommunalverbände, die Kommunen, sowie die nkenkassen, Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstal-, die Reichsversicherungsanstalt und die Sonderanstalten. Die nossenschaft ist eine Person des öffentlichen Rechts. Die Ge-äftsführung liegt in den Händen des Genossenschaftsvorstandes des Verwaltungsausschusses, welcher aus den Reihen der Mit-lder gewählt wird. Ein Vertreter der privaten Vereine und der zteschaft gehört zum Vorstand. Vorsitzender ist der Minister des undheitswesens. Die Genossenschaft hat im Gebiete jedes leren Kommunalverbandes je ein Gesundheitsamt zu unterhalten folgenden Aufgaben: Medizinalpolizei, Sanitätspolizei, Gesund-sfürsorge, vertrauensärztliche und Gutachtertätigkeit. Einzelne ser Aufgaben können Spezialanstalten übertragen werden. Die nossenschaft unterhält diejenigen Anstalten, welche der Gesamt-aller Genossenschaftsmitglieder dienen: Heilanstalten usw. Ein undheitsausschuß leitet das Gesundheitsamt, welches sich ammensetzt aus gewählten Vertretern des Staates, des Kommunal-verbandes, der Kommunen und Krankenkassen als ordentlichen Mit-gliedern und Vertretern, der einschlägigen privaten Vereine und der Aerzteschaft als außerordentlichen Mitgliedern. Erstere haben be-schließende, letztere nur beratende Stimmen. Ein Arzt (Staats-beamter) führt den Vorsitz. Die Mittel für das Gesundheitswesen werden von den Mitgliedern der Genossenschaft aufgebracht.

Bekämpfung der Bartflechte. Hamburg hat eine nachahmens-werte Polizeiverordnung zur Bekämpfung der Bartflechte im Friseur-gewerbe erlassen. Personen, welche an übertragbaren Haut-krankheiten leiden, dürfen im Friseurgewerbe nicht beschäftigt werden. Personen, die mit solchen Krankheiten behaftet sind, dürfen in den Friseurgeschäften nicht bedient werden (auch Ungeziefer!). Wird die Erkrankung erst bei der Bedienung bemerkt, so müssen die Instrumente mit 60gradigem Alkohol entkeimt werden. Gründliche Waschung und Entkeimung der Hände. Hinreichende Waschgelegenheiten mit fließendem Wasser müssen vorhanden sein. Der Friseur muß ein sauberes waschbares Ueberkleid tragen. Vor der Bedienung jedesmal Händereinigung. Die Kopfstütze muß jedes-mal mit einem frischen Stück Papier belegt werden. Frisiermäntel müssen sauber sein, der Mantel darf die Halshaut des Kunden nicht direkt berühren. Jedes Gerät ist nach jeder Benutzung zu reinigen. Die Anwendung von Stiften und Steinen zum allgemeinen Gebrauch ist unzulässig. Zum Abtrocknen dürfen nur saubere Tücher (Papier-tücher) verwandt werden.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

Die Volksernährung.

2. Jahrg., Heft 14, 20. Juli 1927.

Schwedisches Knäckebrot in Deutschland. In unserem Nachbar-land Schweden ist ein Roggenbrot, das ein Produkt eines von dem unserigen grundverschiedenen Backverfahrens ist, das „tägliche Brot“, das dort sogenannte und jedem Schwedenbesucher wohlbe-kannte „Knäckebrot“. Dasselbe wird hergestellt aus dem ganzen Roggenkorn, ohne jeden Kleieabzug. Das Korn wird gemahlen auf Steinmahlgängen und zwar zweimal, wodurch die äußeren Schichten sehr fein zerrieben werden, so fein, daß man im Mehle die Kleie kaum fühlt oder sieht. Durch diese Steinvermahlung erhitzt sich das Mehl weniger, bleibt weicher, backfähiger, „lebendiger“, als bei jeder andern Mahlmaschine. — Das Endprodukt ist trocken und spröde, von brauner Farbe, der Wassergehalt 5 bis 6%. — Der weitere Um-stand, daß durch dieses Backverfahren die Kleiebestandteile so günstig erschlossen werden, ist von außerordentlicher Bedeutung. Dadurch erscheint das Knäckebrot in der Tat allen andern Brotarten in hygienischer und volkswirtschaftlicher Beziehung weit überlegen und der Streit: Vollmehl oder kleiefreies Feinmehl? endgültig zu-gunsten des ersteren entschieden. Selbst Personen mit recht empfindlichem Darm, der den Reiz der Rohfasern der Kleie bei unseren Vollkornbroten nicht erträgt, bekommt das Knäckebrot aus-gezeichnet. Es ist auch ein erprobtes Prophylaktikum gegen die verbreitete Form der habituellen Obstipation des stillsitzenden Stadt-menschen. — Nach der Ansicht des Verfassers wäre es aufs wärmste zu begrüßen, daß endlich das Knäckebrot über die Grenzen Schwedens hinaus sich zu verbreiten beginnt. Das Knäckebrot ist ein „Ei des Kolumbus“ in der Brotfrage!

2. Jahrg., Heft 15, 5. August 1927.

Die Bedeutung des Eies in der Kinder- und Krankendiät. Da die Eier einer saure Nahrung bilden, indem die Säuren die Basen über-wiegen, sollen sie in allen Fällen, wo es gilt, den Harn zu entsäuern, ebenso in der Kinderdiät nicht im Uebermaße und nicht als einzige Kost gereicht werden. Diese Nachteile können natürlich durch Bei-kost von anderem Nährmaterial, vor allem durch basenreiches Obst und Gemüse leicht umgangen werden.

Rudolf Katz, Berlin.

Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin.

56., Heft 3/4.

Der Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Bluteiweißkörper. Der normale Gesamteiweißgehalt des Blutserums wird durch Röntgenbestrahlungen nicht nach einer bestimmten Regel verändert, wenn auch im allgemeinen eine Abnahme zu verzeichnen ist. Abnorm hohe Ausgangswerte nähern sich allmählich der Norm. Der Albumin-Globulinquotient zeigt eine gesetzmäßige Verschiebung. Es lassen sich 2 Reaktionstypen unterscheiden. Der normergische Organismus reagiert auf die Bestrahlung mit einer Albuminämie, der allergische mit einer Globulinämie. Das Asthma bronchiale ist in diesem Sinn mit Storm van Leuven als allergische Erkrankung aufgefaßt.

Für das Zustandekommen der Reaktion ist neben der Höhe der Dosis vor allem die Reaktionsbereitschaft des Organismus maßgebend. Die Röntgenbestrahlung unterscheidet sich in ihrer Wirkung auf die Verschiebung der Serumeiweißkörper nicht von andersartigen Reizen.

Pharmakologische Untersuchungen am Atemzentrum. Unter Aether- oder Chloroformnarkose zeigt intravenös eingespritztes Lobelin bei der Katze, beim Hund und bei der Maus die für dies Alkaloid charakteristische atmungserregende Wirkung.

56., Heft 5/6.

Ueber die Reaktion des Lebergewebes auf pathologische Pr zesse in der Gallenblase. Durch Versuche an Kaninchen wurde g zeigt, daß infolge von Gallenblasenerkrankung Veränderungen i Lebergewebe auftreten, wofür auch klinische Untersuchung sprachen.

Beim Vorhandensein eines chronischen Entzündungsprozess in der Gallenblase lassen sich die Veränderungen im Lebergewe auf eine produktive, mehr oder weniger intensive Entzündung zurüc führen, die sich um Gallenwege und Gefäße lokalisiert. Als En etappe dieses Prozesses erscheint die reichliche Entwicklung fibrös Bindegewebes.

Ein akuter Prozeß in der Gallenblase erzeugt neben entzün lichen Veränderungen im Leberstroma auch noch destruktive Ve änderungen in ihrem Parenchym. Diese Veränderungen schwank von den Anfangsformen der Degeneration in den Leberzellen bis z Nekrose einzelner Läppchenteile und ganzer Gebiete des Lebe gewebes.

Die experimentell in der Kaninchenleber gewonnenen Veränd rungen sind denjenigen analog, die in der Leber der an entzün lichen Störungen der Gallenblase leidenden Menschen beobacht werden.

Die Douglassche Sackmethode zur Bestimmung des Stoffum satzes. Es werden die Vorzüge der Douglasschen Sackmethode l der Bestimmung des Grundumsatzes im klinischen Betriebe herv gehoben. Ferner werden vereinfachte Rechnungen angegeben. D Sackmethode gehört wegen der leichten Atemtechnik zu d besten für Stoffwechselbestimmungen. Fehlerquellen vieler ander Methoden fallen fort, Unerlässlich ist die Beherrschung der ga analytischen Methoden.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.

123., Heft 5/6.

124., Heft 1/2.

124., Heft 3/4.

Archiv für soziale Hygiene und Dermographie.

2., Heft IV, 1927.

Die Säuglingssterblichkeit in den ersten Lebenstagen und ihre Bedeutung für die Fürsorge. Die gegenüber anderen deutschen Ländern hohe Säuglingssterblichkeit Bayerns (1925 = 13,5 gegen Reichsdurchschnitt 10,5) gibt dem Verfasser Anlaß, das ganze Problem aufzurollen. An Hand einer eingehenden statistischen Untersuchung kommt er zu den folgenden Ergebnissen:

1. „Etwa ein Drittel der 1923 in Bayern gestorbenen Säuglinge entfällt auf den ersten Lebensmonat, mehr als ein Zehntel auf den ersten Lebenstag. Von den Sterbefällen in den ersten zehn Tagen trifft fast die Hälfte auf den ersten Tag. 2. Regionäre Verschiedenheiten der Höhe der Säuglingssterblichkeit, wie sie sich besonders für Bayern ergeben, treten am schärfsten bei der Säuglingssterblichkeit der ersten Lebenstage hervor. 3. Diese Differenzen bleiben auch bestehen, wenn man (zur Ausschaltung verschiedener Erfassung) regionär die Zahlen für Totgeburten und Sterblichkeit am ersten Lebenstag zusammenstellt. 4. Die Sterblichkeit der Säuglinge war in Bayern 1923 auf dem Lande vom 11. Tage ab wesentlich höher als in der Stadt. Am ersten Tage sind die Zahlen gleich, in den ersten Tagen ist das Land günstiger gestellt als die Stadt. Die größten Unterschiede liegen zu Ungunsten des Landes während des 11. bis 30. Tages. Die regionären Unterschiede für die ersten Lebenstage zeigen sich am deutlichsten für das Land. 5. Die Sterblichkeit in den ersten Lebenstagen ist für Stadt und Land bei den Knaben höher als bei den Mädchen. 6. Die Sterblichkeit der Unehelichen ist in den ersten Lebenstagen durchweg höher als bei den Ehelichen. Der größte Unterschied liegt während des 11. bis 30. Tages. Die Sterblichkeit der Unehelichen ist in der Stadt höher als auf dem Lande. Nur in der Zeit vom 11. bis 30. Tage ist die Sterblichkeit auf dem Lande höher als in der Stadt. 7. Die Zeit vom 11. bis 30. Tage scheint eine besonders kritische zu sein, ihre Sterblichkeitszahlen scheinen statistisch das erste Zeichen für die Einwirkung ungünstiger Umweltsverhältnisse zu sein. 8. Die Sterblichkeit an sogenannter angeborener Lebensschwäche im ersten Lebensmonat beträgt im ersten Monat etwa ⅖ aller Todesfälle. Ihre Zahl ist für Knaben höher als für Mädchen, für Uneheliche größer als für Eheliche. Sie ist auf dem Lande höher als für die Stadt. Die regionären Unterschiede treten scharf hervor. 9. Die Ursachen der Sterblichkeit in den ersten Lebenstagen sind für Bayern noch zu wenig erforscht. Frühgeburt, intrakranielle Blutungen und andere Geburtseinwirkungen dürften Haupttodesursachen sein. 10. Der Begriff angeborene Lebensschwäche soll bei der Todesursachenstatistik aufgegeben werden. Die hierauf treffenden Fälle sind sachgemäßer zu bezeichnen. Zum Beispiel ist anzugeben, ob Frühgeburt und Geburtseinwirkungen vorliegen. 11. Bei einer genaueren Erforschung der früheren Todesfälle soll neben den ärztlichen Untersuchungen von Mutter und Kind auch Untersuchungen über Umweltsverhältnisse und Arbeit der Mutter angestellen. Hierbei muß auch die Bedeutung der Landarbeit für die Mutter entsprechend gewertet werden. 12. Ein Erfolg der Säuglingsfürsorge kann statistisch für den 2. bis 12., nicht aber für den ersten Monat vermutet werden. 13. Der Abfall der Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensmonat scheint im engen Zusammenhang mit Aenderungen der Frauenarbeit zu stehen. 14. Die Fürsorge für den Säugling muß nicht nur in den ersten Lebenstagen, sie soll schon bei der Schwangeren beginnen. 15. Die Säuglingsfürsorge auf dem Lande ist intensiver auszubauen. 16. Säuglingsfürsorge kann auch auf dem Lande mit Erfolg durchgeführt werden, aber nur unter der Voraussetzung, daß die Fürsorgerinnen Gesundheitsfürsorgerinnen und nicht allgemeine Wohlfahrtspflegerinnen sind. 17. Schwangerenfürsorge, die eng mit der Säuglingfürsorge verbunden sein muß, ist auf dem Lande ebenso möglich wie in der Stadt.

Gegen die Ueberwertung der Auslese in der Eheberatung. Verwarnt vor der Ueberwertung der reinen erbbiologischen Forderungen in den Eheberatungsstellen, indem er darauf hinweist, daß es Fälle geben könne (vor allem Geschlechtskrankheiten), wo ein Verzicht auf die Ehe schlimmere Folgen haben kann als eine Ehegemeinschaft. Davon abgesehen, daß die medizinische Wissenschaft zur Zeit nicht in der Lage ist, eine völlige Ausheilung der Geschlechtskrankheiten zu garantieren, bzw. da man nicht sicher sein kann, ob z. B. ein Ehegatte nach kurzer Ehe an einer Tabes oder progressiven Paralyse erkranken wird, — gibt es doch pathologische Zustände, in denen in Bezug auf die Nachkommenschaft den Eheleuten die Entscheidung überlassen werden muß, ob sie Kinder haben wollen oder nicht. Ein Verzicht auf die Ehe hat aber nach Meinung des Verfassers schlimmere sozialhygienische Folgen. Denn durch ihn werden der unterschiedslose außereheliche Geschlechtsverkehr, insbesondere die Prostitution, ferner der Alkoholmißbrauch und dergleichen Uebel gefördert. Bei seinem quantitativen Denken — das in der sozialen Hygiene oft unvermeidlich ist, aber nicht übertrieben werden sollte — zieht es der Verfasser vor, daß e i n e Frau leide, als daß mehrere infiziert werden. Im übrigen hofft der Verfasser, daß der Ehemann allein aus finanziellen Rücksichten bei solchen Fällen zu einem Kondomverkehr greifen wird. Daher empfiehlt der Verfasser in der Eheberatung sich auf sexuelle Beratung, auf sozialgesetzgeberische Anregungen und dergleichen sozialhygienische und sozialpolitische Tätigkeit zu beschränken, jedenfalls in der erbbiologischen Beratung sich eine gewisse Zurückhaltung aufzuerlegen. Ihm erwidern R. F e t s c h e r - Dresden und E. S c h u b a r t - Berlin-Charlottenburg. Besonders der Letztere weist auf Grund seiner Praxis die Unzulänglichkeit der Bregmannschen Behauptung nach. Die Wichtigkeit des Themas und die regen Diskussionen, die es entfacht hat, rechtfertigen das Nachlesen der Abhandlungen im Original.

Das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in seiner Auswirkung. Verfasser unterzieht die wichtigsten Paragraphen des neuen Gesetzes einer eingehenden und sehr instruktiven Analyse, die aber inhaltlich weniger den ärztlichen Lesern als den für soziale Hygiene interessierten Laien voraussetzt. Trotzdem wollen wir hier eine Stelle erwähnen — eine Betrachtung, wie man einen Patienten zu beeinflussen hat, der sich nach Ausbleiben der Symptome für geheilt hält und dessen Gleichgültigkeit schwere Folgen haben kann. Es empfiehlt sich ein für alle Aerzte einheitliches Formular zu schaffen, daß ungefähr folgenden Wortlaut haben könnte: „Auf Grund gesetzlicher Bestimmungen bin ich verpflichtet, Sie darauf aufmerksam zu machen, daß Sie Ihre Behandlung in ungeheiltem und noch ansteckungsfähigem Zustande unterbrochen haben. Auf Grund der gleichen Bestimmungen habe ich Sie aufzufordern, Ihre Behandlung zu Ende zu führen, da ich sonst gezwungen bin, Sie der Gesundheitsbehörde zu melden." Kommt der Kranke auf Grund dieser Aufforderung wieder zu seinem Arzt zur Weiterbehandlung zurück, so geschieht nichts weiter, tut er es nicht, so erfolgt die oben erwähnte Meldung an die Gesundheitsbehörde. Ob diese Meldung vom Arzte schriftlich erstattet, oder von der Gesundheitsbhörde beim Arzt abgeholt werden soll, muß nach den örtlichen Verhältnissen entschieden werden. In Erfurt wird schon heute eine derartige Ueberwachung der Geschlechtskranken durchgeführt, die Gesundheitsbehörde läßt dort die Aerzte durch eine Vertrauensperson aufsuchen und sich diese Meldungen von den Aerzten abholen, ohne daß dadurch eine wesentliche Belastung des Personals der Gesundheitsbehörde eingetreten ist. Aehnlich wird in Mecklenburg-Schwerin, also in mehr ländlichen Bezirken, vorgegangen. Dort wird die Arbeit von den Beamtinnen des Landespflegeamtes geleistet. In beiden Gegenden hat sich dieses Vorgehen durchaus bewährt.

M. K a n t o r o w i c z.

Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie.

19, H. 3.

Beziehungen zwischen Säuglingssterblichkeit und Rasse*). An Hand einer umfangreichen Statistik, die den Vergleich der Säuglingssterblichkeit sowohl in verschiedenen außerdeutschen Ländern als auch in verschiedenen Ländern des Deutschen Reiches darstellt, versucht der Verfasser darauf hinzuweisen, daß die Verschiedenheit der Säuglingsmortlität nur mit der Art des Stillens, aus der Geburtenhäufigkeit, den Klimafaktoren und anderen exogenen Ursachen nicht zu erklären ist. Wenn auch diese Ursachen eine überaus große Rolle beim Verlauf der Säuglingssterblichkeit spielen, so zeigt eine eingehende statistische Untersuchung, daß auch die

Konstitution des Säuglings und nicht zuletzt die der Mutter von ausschlaggebender Bedeutung sind. Hierüber ist man sich bei verschiedenen Säuglingskrankheiten beim Einzelindividuum auf Grund der Erfahrungen am Krankenbette durchaus klar. Man weiß genau, daß auch hier die Vererbung bestimmter Eigenschaften eine bedeutende Rolle spielt. Auf die Säuglingssterblichkeit im allgemeinen hat man diese Erfahrungen aber weder angewandt noch versucht, ihre Gültigkeit zu beweisen. Die Todesursache „angeborene Lebenschwäche" ruft mit Recht bei Medizinalstatistikern Mißtrauen hervor. Jedoch bei einer äußerst vorsichtigen und streng kritischen Betrachtung der Todesursachen „Magen- und Darmkrankheiten" im Vergleich mit einigen anderen Todesursachen, wie Lungenentzündung und andere Ekrankung der Atmungsorgane, Influenza und Keuchhusten, Erkrankungen des Nervensystems, kurzum muß man bei einem Vergleich der konstitutionellen mit den rein exogenen Krankheiten zu den Schlußfolgerungen kommen, die sich mit den oben genannten völlig decken. Treten dazu noch in der Säuglingssterblichkeit verschiedener Völker Verschiedenheiten auf, deren Bewohner unter sehr ähnlichen Bedingungen leben, bzw. zeigen gewisse Völker in verschiedenen Ländern eine g l e i c h e T e n d e n z in der Säuglingssterblichkeit, so bestätigt sich die Behauptung, daß neben äußeren auch innere konstitutionell bedingte Ursachen auftreten können. Bemerkenswert ist ferner, daß die Säuglingssterblichkeit in den Vereinigten Staaten verschieden nach dem G e b u r t s l a n d d e r M u t t e r ist, und das Verhältnis dem Verhältnis der Säuglingssterblichkeit der mütterlichen Heimatländer ähnlich ist. Man muß allerdings stets ins Auge fassen, daß in den Beziehungen zwischen der Höhe der Säuglingssterblichkeit und verschiedenen Volksstämmen ein ganzer Komplex von Ursachen und Wirkungen zusammenfällt, so daß auch diese verschiedenen Einflüsse nicht bei allen Volksstämmen gleichwertig sein können, daß hier die eine, dort die andere Ursache mehr in den Vordergrund treten wird. Man wird jedoch dabei nicht umhin können, außer an gewisse exogene Einflüsse an verschiedene vererbbare Rasseneigentümlichkeiten zu denken, die die Kinder dieses oder jenes Volksstammes gegen äußere schädliche Einflüsse widerstandsfähiger machen, und die sich vielvielleicht schon bei der Entwicklung im Mutterleibe auswirken. Man kommt zu der Erkenntnis, daß vererbbare Konstitutionseigentümlichkeiten, daß ein wechselnder Grad der durchschnittlichen Widerstandsfähigkeit gegen die verschiedenen Umweltseinflüsse sich auch in den Unterschieden der Säuglingssterblichkeit widerspiegelt. Man wird hierbei an Differenzen denken, deren Ursache sowohl beim S ä u g l i n g, als auch bei der M u t t e r liegen kann. Auf derartige Unterschiede läßt die Höhe der Säuglingssterblichkeit schließen. Man muß endlich auch noch ins Auge fassen, daß der Umfang oder die Dauer des Stillens sowie die sonstige Pflege bei verschiedenen Völkern sich unterscheiden. Darüber ist Näheres noch wenig bekannt. Jedenfalls handelt es sich hierbei um eine gewisse, freilich nicht immer scharf umrissene Erbeigentümlichkeit. Man denkt überhaupt bei der Vererbung meist mehr an die gröberen, ins Auge fallenden physiologischen Eigentümlichkeiten und achtet viel zu wenig auf intellektuelle und psychische Besonderheiten, über deren Vererbung man meist auch recht wenig weiß, die aber indirekt im Leben bei der Entwicklung gerade die größte Rolle spielen. Dies alles spricht für gewisse Beziehungen zwischen Säuglingssterblichkeit und Rasse. Das in der Abhandlung beigebrachte Material erscheint selbst dem Verfasser nicht umfangreich genug, um auf etwas Gesetzmäßiges schließen zu lassen. Doch macht auch dieses Material die Annahme wahrscheinlich. Endgültig läßt sich die Frage jedoch erst an Hand von Stammbäumen und auf Grund des durch Familienerhebungen gewonnenen Materials entscheiden. Hand in Hand damit muß stets eine genaue Untersuchung der Umweltsverhältnisse gehen, um die aus ihr resultierenden Fehlschläge auszuschalten. Es ist auch nicht ausgeschlossen, daß man mit anthropometrischen Messungen die Frage in ein neues Licht rückt. Es erscheint ferner für den Verfasser nötig zu betonen, daß die vorliegende Arbeit nicht abgeschlossen ist, was zu weitgehenden Hoffnungen berechtigt. „Ich will nur Anfang und Anstoß zu weiteren Untersuchungen sein". Jedenfalls läßt doch die vorliegende Arbeit bestimmte Schlüsse in Bezug auf die Säuglingssterblichkeit ziehen. Wägt man, durch diese Arbeit mit neuen Erkenntnissen bereichert, vom eugenischen Standpunkt aus, das Problem im Komplex pro und contra ab, so kommt man mit dem Verfasser zu den Schlußfolgerungen, daß die Säuglingsfürsorge, wenn sie die natürliche Ausschaltung Lebensschwacher nicht zu sehr hindert, im gewissen Grade zur Hebung der durchschnittlichen konstitutionellen Qualität eines Volkes beitragen kann.

K a . . . . . w i c z, Berlin.

---

[1]) Diese Abhandlung beweist die große Bedeutung der internationalen Enquete über die Ursachen der Säuglingssterblichkeit. (Man vgl. das Referat über den Artikel von E. M e i e r im 5. Heft des II. Bandes des Archivs für soziale Hygiene und Demographie.)

Archiv für Kinderheilkunde.

82., Heft 1, August 1927.

Zur Frage der Paratyphuserkrankungen im Säuglingsalter. Ka[su]istischer Beitrag zur Frage der Paratyphuserkrankungen im Sä[ug]lingsalter. Man darf nicht ohne weiteres die Prognose der Pa[ra]typhuserkrankungen ungünstig stellen. Auch nach den Erfahrun[gen] des Referenten muß gesagt werden, daß die Prognose der Pa[ra]typhuserkrankungen beim Säugling im wesentlichen von der K[on]stitution des betroffenen Individuums abhängt.

Zur Frage der Diagnose Askaridiasis mittels der Fülleborn'sc[hen] Kutanreaktion. Die Kutanprobe mit dem Füllebornschen Askarisv[...] antigen ist ein ganz brauchbares Diagnostikum zur Feststellung ei[ner] überstandenen oder noch bestehenden Askarisinfektion.

Die Anstellung der Probe ist sehr einfach und ungefährlich.

Vorläufig scheint jedoch der Ausfall der Probe noch keine [ge]nügende Sicherheit zu bieten, wann und ob eine Wurmkur vo[rzu]nehmen ist. (Ref.).

Kombinierte aktive und passive Immunisierung gegen Diphthe[rie]. Die Einspritzung sehr überneutralisierter Diphtherietoxinantito[xin]gemische führt bei antitoxinfreien Individuen — auch bei getren[nter] Injektion eines an sich wirksamen Toxin-Antitoxingemisches [und] eines 500fachen Heilserums — zu keinerlei Produktion von A[nti]körpern.

Die Kombination von aktiver und passiver Diphtherieimm[uni]sierung ist abzulehnen. Die passive Immunisierung wirkt sogar h[em]mend auf die aktive Schutzkörperbildung.

Kretschmers konstitutionelle Typen unter den Kindern im Sc[hul]alter. Auch im Kindesalter kann man die Lehre Kretschmers in [S...] der Einteilung von Körperbau- und Charaktertypen bestätigt fin[den]. Sowohl bei Knaben als auch bei Mädchen ist der konstitution[elle] Körperbau- und Charaktertyp gleich deutlich ausgebildet. Der Kör[per]bautyp entspricht in einem hohen Prozentsatz der Fälle (79%) [dem] dazugehörigen Charaktertyp.

Erfahrungen über die Prophylaxe und Behandlung mit Keu[ch]hustenvakzine nebst einigen Bemerkungen über die Aetherthera[pie] des Keuchhustens. Die therapeutische Verwendung von Keuchhus[ten]vakzine zeitigt keinen sicheren Erfolg. Prophylaktisch verwen[det] läßt sich eine gewisse Schutzwirkung erzielen. Aber sicher ist d[ie] Schutzwirkung nicht.

Für die Praxis hat nach den bisher aus der Literatur bekan[nten] Erfahrungen die Behandlung des Keuchhustens mit Bordet-Geng[ou-] Vakzine noch keine Bedeutung. Ganz streng abzulehnen ist [die] Aethertherapie des Keuchhustens. Die Verfasser beobachteten [bei] drei Kindern im Anschluß an die intraglutäalen Aetherinjektio[nen] Lähmungen im Perulus- und Tibialisgebiet.

Der Einfluß der Leibesübungen auf die Entwicklung der Ki[nder] und Jugendlichen. Sehr umfangreiche und interessante Arbeit, [die] das Ergebnis hat, daß nach allen Richtungen der körperlichen [Ent]wicklung eine starke Ueberlegenheit der sportreibenden Kinder f[est]zustellen ist. Besonders deutlich tritt das im Längenwachstum [und] beim Körpergewicht hervor.

P o g o r s c h e l s k y, Bresla[u].

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

108., Heft 5.

Die Rassenprognose der progressiven Paralyse. Kraepelin schon und vor vielen Jahren in seiner Monographie über die Paralyse sich der Tatsache gegenüber, daß diese Krankheit nicht gleichmäßig unter den verschiedenen Völkern verteilt war. In Europa war sie zumindest bis zum Ende des 17. Jahrhunderts unbekannt. Die Annahme einer Rassendisposition, die „Europäisierungstheorie", die Annahme einer Begünstigung bei Pockenimpfung und andere Vermutungen (Begünstigung durch Alkoholismus, geistige Anstrengung, frühe energische antisyphilitische Behandlung) enthalten keine befriedigende Erklärung für den Unterschied im Auftreten der Paralyse. Der Verfasser nimmt vielmehr an, daß Paralyse nicht absolut verknüpft ist mit Syphilis während der ganzen Zeit, in der diese venerische Erkrankung bei einem Volke weilt, sondern daß sie den Charakter einer Episode im historischen Verlauf der Syphilis hat. Er kommt zu dieser Annahme durch Eingehen auf die Entwicklung der Paralyse unter den weißen Völkern im Verlauf der Geschichte. Etwa 6 bis 10 Generationen nach dem Auftreten der Syphilis im Volke erscheinend, beginnt sie an Zahl nach einem Ueberdauern eben so vieler Generationen wieder abzunehmen. Die Indianer Nordamerikas liefern dafür das beste Beispiel. Das Aufhören der paralytischen Episode unter ihnen ist nur dadurch zu erklären, daß die ursprüngliche Heimat der Syphilis Nordamerika war und diese unter den Indianern also sehr viel älter als bei der weißen Rasse ist. Die südamerikanischen Indianer sind wegen der wahrscheinlich erst späteren Einschleppung der Syphilis auch heute noch sehr häufig von Paralyse befallen.

Ein Beitrag zur Klinik und Pathologie der Dystrophia myotonica. In Anbetracht der wenigen vollständigen Sektionsprotokolle bei Krankheitsbildern der Dystrophia myotonica wird ein klinischer und anatomischer Bericht eines derartigen Falles gegeben. Klinisch bot er das klassische Syndrom der Erkrankung. Im Zentralnervensystem wurde als pathologische Veränderung ein Tumor des linken Schläfenlappens mit Zerstörung des Globus pallidus und eine tuberkulöse Meningitis gefunden. Ihr ursächlicher Zusammenhang mit dem klinischen Bilde der Dystrophia myotonica ist nicht zu beweisen. Dagegen sind die in den vegetativen Kernen um den dritten Ventrikel, in der Pons, Medulla oblongata und den Seitenhörnern des Brustmarks gefundenen Zelldegenerationen als Stütze für die Theorie, die die muskuläre Dystrophie und parallel damit die innersekretorischen Störungen als gemeinsame Folgen einer Erkrankung des sympathischen Nervensystems betrachtet, anzuführen.

Autoptische Befunde bei Zwangsgreifen und Nachgreifen. Von den 15 bzw. 16 sezierten Fällen, die das als myotonische Kontraktionsnachdauer oder als tonische Persevertion aufgefaßte Phänomen des Zwangsgreifens und das Symptom des Nachgreifens boten, findet Verfasser in 13 bzw. 14 Fällen Veränderungen im Stirnhirn. Auch die Befunde der Literatur ergeben bei weitem in den meisten Fällen ein Befallensein des Frontalhirns. Vereinzelte Beobachtungen mit lediglich striären Veränderungen und die in den angeführten Fällen wiederholt gefundene Koinzidenz der Greifsymptome mit den Iterationsbewegungen, die nach Kleist striär begründet wurden, sprechen gegen die Annahme, die einzig auslösende Ursache in der Stirnhirnaffektion zu erblicken. Verfasser kommt daher — im Gegensatz zu der in seiner letzten Arbeit ausgesprochenen Ansicht — diesmal zu der Annahme, daß man den Veränderungen des Linsenkerns auf die Entstehung des Zwangs- und Nachgreifens einen gewissen Einfluß einräumen, daß man aber den Hauptnachdruck auf die Frontalhirnveränderungen legen muß.

Ueber Suggestion. Da der übliche Begriff der Affektivität die wichtige Eigenschaft der Resonanz, die sich in uns gegenüber perzipierten Gefühlsäußerungen vollzieht, fehlt, empfiehlt Verfasser, die fehlende Tatsache der affektiven Resonanz als Echothymie zu benennen. Die Begriffe von Suggestibilität und Echothymie müssen getrennt werden. Entgegen der Auffassung Bleulers glaubt er, den Begriff der Affektivität als Sammelbegriff betrachten zu müssen. Die Suggestibilität bezeichnet nach seiner Meinung nur eine von vielen Eigenschaften. Sie ist ein relatives Phänomen, das an die in jedem Augenblick sich ändernden Konstellationen gebunden ist. In allen Formen der Suggestion, die von den affektiven Wechselbeziehungen zwischen Subjekt und Umgebung nicht abtrennbar ist, erkennen wir dasselbe psychische Grundprinzip, so auch in der Massensuggestion. Die Hypnose ist nur eine der zahlreichen Anwendungen der Suggestion. Ein Unterschied zwischen Suggestion und provoziertem Schlaf und Wachsuggestion rührt nur von dem den beiden psychischen Zuständen anhaftenden Unterschied her. Bei der Diskussion um die Begriffe Suggestion und Autosuggestion handelt es sich um einen Wortstreit. Wissenschaftlich ist eine Trennung zwischen Auto- und Fremdsuggestion nicht haltbar. Selbst alle Erfolge Coués mit der sogenannten in Mode gekommenen Autosuggestion sind der Suggestion zuzuschreiben. Während nicht alles Psychische durch die Suggestion zu erklären, aber auch die Suggestion nicht rundweg zu leugnen ist, muß der nüchternen Auffassung jedenfalls beigepflichtet werden, daß alles das, was wir schlechthin zum Intellekt rechnen, zugleich affektbetont und bestimmt wird. Eine Therapie, also auch diejenige, die sich mit Absicht einer bewußten Suggestion enthält, wirkt stets in erster Linie suggestiv. Es kommt letzten Endes auf die Handhabung der Methode an und auf den Glauben, auf das Vertrauen, das wir selbst unserer Methode entgegenbringen. Die Wahl der Methode hängt von der Auffassung über die Entstehung der Neurosen und Thymopathien ab. Leugnen können wir die Suggestion nicht mehr, sie ist das therapeutische Agens par excellence.

Beitrag zur Histopathologie der Pickschen umschriebenen Großhirnrindenatrophie. Die Sektion bei einer Frau, die in den letzten Lebensjahren Zeichen einer Alogie im Sinne Reichs (diffuse Schädigung assoziativer Gehirngebiete bei relativem Erhaltensein der Funktionen der kortikalen Gebiete selbst) bot, hatte folgendes Ergebnis: Ausgedehnte umschriebene Großhirnrindenatrophie (bd. Stirnlappen, lk. Schläfenlappen, untere Scheitelwindungen lk.). — Eine Bevorzugung genetisch junger Hirngebiete ist dabei unverkennbar. — Die histopathologische Untersuchung ergab: Hochgradige Atrophie aller nervösen Elemente in der Rinde, am meisten Rarefikation, Verkleinerung und Pigmentierung der Pyramidenzellen in zweiter und dritter Schicht. In vierter bis sechster Schicht noch intakte, wenig deformierte Ganglienzellen. Außerdem auch Schwellungen, Blähungen von Nervenzellen und Untergang endozellulärer Fibrillen. In wenigen Ganglienzellen der am stärksten atrophierten Partien beider Stirnlappen und des linken Schläfenlappens Alzheimers argentophile Kugel. (Abweichend von Ergebnissen anderer.) Redlich-Fischersche Drüsen in nur wenig oder nicht atrophischen Hirngebieten (Uebereinstimmung mit Altmanns erstem Fall). Keine Alzheimersche Fibrillenverklumpung. Reichliches, korniges Eisenpigment in Gliazellen. Kein Eisen in den Gefäßwandzellen. Noch nicht beschriebene exsudativ-infiltrative Veränderungen an Rinden- und Markleistengefäßen in Partien stärkster Atrophie. (Diese Infiltrate werden als symptomatische reparatorische Entzündung entsprechend Vorgängen bei degenerativen Hirnaffektionen, insbesondere heredofamiliären Erkrankungen des Zentralnervensystems aufgefaßt.) Status spongiosus an vielen Stellen der geschrumpften Hirnrinde. Faserige Gliawucherung im Gebiete der Hirnrindenatrophie und auch in der Markleiste. Keine Blutungen, Erweichungen, narbige Sklerosen, wie sie auf der Basis arteriosklerotischer Gefäßwandveränderungen entstehen.

Zur Pathogenese der zirkumskripten resp. systemartigen Hirnatrophie. Eine Schwester der in der Arbeit von Kufs (siehe oben) erwähnten Kranken war jahrelang in Krankenhäusern und Irrenanstalten und ist auch in der Anstalt Buch gestorben. Auf Grund einer Bearbeitung der Krankheitsgeschichte und seiner Erfahrungen kommt Verfasser in Uebereinstimmung mit Kufs zu der Ueberzeugung, daß für ein Befallensein dieser Schwester mit dem gleichen Leiden wie des von K. veröffentlichten Falles viele Anhaltspunkte vorliegen. Das ganze gebotene Verhalten der Kranken ist erklärlich unter Annahme einer Alogie. Ueberaus wahrscheinlich ist es, daß ihre Verblödung organischer Art, ihre Sprachstörung aphasischer Art gewesen ist und ihre auffallenden Betätigungen (Unratsammeln usw.) auf asymbolisch-apraktischer Grundlage beruhten. Das Vorkommen von Halluzinationen, von schwachsinnigen, erotischen und Größenideen steht in keinem Widerspruch hierzu (Theorie von Mayendorf: Isoliertes Funktionieren kortikaler Gebiete). Die Wahnideen bieten für Dem. praec. nichts Charakteristisches (Größenideen bei organischen Schwächezuständen). Bei den Halluzinationen handelt es sich um Zurufe unzusammenhängender und sinnloser Worte. Daß die Erkrankung in der Maison de Santé für eine Dem. paranoides angesehen wurde, ist wahrscheinlich aus der Tatsache zu erklären, daß Patientin schon im Jahre 1896 erkrankt ist, im Jahre 1905 aber erst das Krankheitsbild der Alogie aufgestellt wurde. Auch spricht das jugendliche Alter der Kranken mangels Erfahrungen nicht gegen unsere Annahme. Es ist also mit hohem Grade von Wahrscheinlichkeit dieselbe Krankheit bei beiden Schwestern anzunehmen, und es liegt daher die Möglichkeit nahe, daß die Krankheit als familiäres Leiden auftreten kann. Eine Sektion hat wegen der Schwierigkeiten im Kriege nicht stattgefunden.

Hans Knospe, Berlin.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 29.

Ueber Catgut und Jodcatgut. Das nach der Claudiusschen Methode sterilisierte feuchte Jodcatgut ist nicht längere Zeit haltbar. Aber auch bei trockener Sterilisation führen die Einwirkungen der Jodverbindungen zu Veränderungen der kolloidalen Substanzen. Es wird Sterilisation mit Joddämpfen empfohlen. In einer Jodkammer werden die Fäden innerhalb 8 Tagen gut durchjodiert. — Angabe eines Verfahrens, um die das Material schädigenden Substanzen, besonders Jodwasserstoff, zu entfernen. Beschreibung der mittels Ammoniakgas ausgeführten Methode. Jedes Krankenhaus und jeder Arzt können nach dem angegebenen Verfahren ihren Catgut selbst jodieren. Keine Nachsterilisation nötig, jahrelange Lagerbeständigkeit.

Ueber Sterilerhaltung des Catguts während der Operation. Die Verwendung der üblichen Catguttische ist umständlich und verbürgt keine sichere Asepsis. Angabe eines Nickelcatgutkastens mit mehreren Fächern, aus denen die Fadenenden durch Löcher heraushängen.

Ein Narkoseaspirator. Modifikation des Mayo-Tubus durch Einbau eines Aspirators.

Nr. 30.

Zur Behandlung inoperabler Fälle von Prostatahypertrophie (und Karzinom) mit der Pepsin-Pregllösung. Abermalige warme Empfehlung der Methode. Entgegen Polemiken von anderer Seite betont P., daß er nur 1—2 ccm einer 1‰ Pepsinlösung injiziert.

Zur Behandlung des Hydrozephalus mit Ureter-Duraanastomose. Bericht über Tierversuche zur Einheilung des Ureters an der Dura. Histologisch gute reaktionslose Vereinigung. Dies erreicht man am besten durch vorübergehende Armierung des Ureters mit einer Uretersonde und Vernähung über dieser. Aufteilung des Ureterstumpfes in 3 schleimhautbefreite Läppchen, die flach aufgesteppt werden. H. hat bisher 2 Kinder erfolgreich operiert. Je früher, desto günstigere Aussichten. Vor der Operation ist mehrmalige Punktion des Hydrozephalus ratsam. Man kann mit guter Wiederherstellung der Ureterperistaltik rechnen.

Ueber Erfahrungen mit Topovakzinebehandlung. Keine Erfolge mit Strepto- und Staphylokokkenvakzine entgegen den Ergebnissen Picards. Beim Erysipel konnte kein unmittelbares Abklingen beobachtet werden.

Ein gynäkologisches Kennzeichen zur Vermeidung der Fehldiagnose Appendizitis. Empfehlung der von Sellheim angegebenen — seinerzeit hier referierten — rektalen Untersuchungsmethode. Im Gegensatz zu Sellheim unterläßt Sachs im allgemeinen bei jeder auch einseitigen Verdickung der Ligg. sacrouterina die Appendektomie. Schmerzhaft verdickte Douglasfalten sind als sicheres Zeichen für ein gynäkologisches Leiden zu betrachten.

Walter Grossmann, Berlin.

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie.

40., Heft 4.

Experimentelles zur bronchoskopischen Behandlung chronisch Lungeneiterungen. Zur Durchführung seiner Untersuchungen benut Verf. ein nach dem Prinzip der Trendelenburgschen Tamponkan hergestelltes Instrument. Es handelt sich um ein von der Fir Leita, J. (Wien) konstruiertes, 7,5 mm im Durchmesser betragend Rohr von 55 cm Länge, an seinen Einführungsende abgestump knapp oberhalb davon 2 zur Befestigung eines dünnen, s elastischen Gummirohres dienende Rillen angebracht. Im Inner des Rohres liegt ein dünnes Metallröhrchen, das, zwischen d beiden Rillen nach außen mündend, von einem am anderen Ende d Rohres befindlichen Seitenarm ausgeht, an dem, durch einen Ha absperrbar, ein Gebläse angebracht wird. Das restliche, n ziemlich weite Lumen des Rohres wurde nochmals in 2, und zw ungleiche Lumina geteilt, welche beide am oberen Ende in eine Oli auslaufen. Die zum kleineren Lumen führende Olive trägt ei Spritzenkonus, die zum größeren führende wird an den Schlau einer Saugpumpe angeschlossen.

Auf diese Weise finden sich im Rohr 3 Lumina, eines, sehr z und dünn, dient zum Aufblähen des Ballons, eines zum Einfließe lassen der Spülflüssigkeit, und eines zum Absaugen derselben. D Verhältnis der beiden letzten zueinander ist wie 1 : 4, um d suspendierten Eitermengen leichter entfernen zu können. Das ga an der Außenseite eine Zentimetereinteilung zeigende Instrument infolge seines Durchmessers durch das Verlängerungsrohr d Kahler-Brünningschen Bronchoskopietubus Nr. 10 leicht einführb

Es ist somit die Möglichkeit vorhanden, zuerst mittels Broncho kopie die zu behandelnde Lungenpartie oder — besser gesagt — d in Betracht kommenden Bronchus aufzusuchen und nach richtig Einstellung des Reinigungsinstrumentes bis in diesen hinein bringen. Ist dieses an die richtige Stelle gebracht, so wird zue das Gebläse betätigt, der Ballon dadurch aufgebläht, und die e sprechende Lungenpartie sozusagen isoliert. Nun kann entwe zuerst die Saugpumpe zur Anwendung kommen, oder man läßt gle die entsprechende Spülflüssigkeit einströmen, und schließt die Sa pumpe erst beim Erscheinen von Flüssigkeit am Abflußrohr Jedenfalls ist die Möglichkeit, das abgesperrte Gebiet isoliert spülen und zu reinigen, gegeben, ohne daß andere Lungenpart gefährdet erscheinen.

Das Einführen des Instrumentes stellt nach Ansicht des V keine größere Gefahr dar als das Einführen des Bronchoskopietub denn es liegt bis auf sein unteres Ende, das ungefähr 2 cm darü hinaussieht, in diesem. Da die Spülung nur kurze Zeit in Anspru nimmt, bleibt das Endoskopierohr liegen.

In seinen, durch viele Bilder illustrierten und unterstützten A führungen kommt der Verf. zu folgender Zusammenfassung: So s der heutige Stand der Lungenchirurgie eine hervorragende Hö erreicht hat, so wird es dennoch aus äußeren wie inneren Grün Fälle von chronischer Lungen-Eiterung geben, bei welchen — eine innere Therapie nur in seltenen Fällen von Erfolg begleitet — der Mittelweg der endoskopischen Behandlung in Anwendu kommen soll. Wenn auch die bisherigen Erfolge dieser Thera zufriedenstellende Resultate ergeben, so bergen die Methoden e gewisse Gefahr, die in der leichten Aspirationsmöglichkeit beste und eine Unverläßlichkeit beinhaltet, die ein vollkommenes E einflussen aller in Betracht kommender Hohlräume unmöglich mac

Durch die Konstruktion eines luftdicht in den entsprechen Bronchus einpreßbaren Rohres wurde ein neues Prinzip für die en skopische Behandlung gelöst, welches es möglich macht:

1. Ohne Gefahr der Aspiration einen Lungenbezirk du Spülung zu reinigen.
2. Alle Gebiete des entsprechenden Hohlraumes auch tatsächl mit der Flüssigkeit zu erreichen.
3. Einen bestimmten Lungenbezirk in Unterdruck zu versetz und so
   a) das Sekret vollkommen zu entfernen,
   b) eine eventuelle Verengerung des Hohlraumes,
   c) eine Hyperämie im beteiligten Lungenbezirk zu erzeug
4. In einem bestimmten Lungenbezirk durch Anwendung v lokal wirkender Heißluft eine Steigerung der Hyperämie zu erreich

Es erübrigt sich, über einen Punkt zu sprechen, der von viel insbesondere Internisten, gegen das bronchoskopische Verfahren v gebracht wird, die „Gefahr" und die „Unannehmlichkeit" d Bronchoskopie. Das sind Begriffe, welche aus der Anfangszeit d bronchoskopischen Untersuchungsmethoden noch übrig geblieb sind, heute aber keine Berechtigung haben. Denn die Technik d Endoskopie ist heute derart ausgearbeitet, daß der „Eingriff" a solcher für den Kranken, besonders wenn er in liegender Stellu ausgeführt wird (Marschik u. a.) und der Untersucher unter Kontro des Auges schrittweise vorgeht, keine Gefahr mehr birgt. Werd doch an den verschiedenen Stationen täglich ambulatoris Bronchoskopien ausgeführt. Unannehmlichkeiten, wie die ruhi Haltung des Kopfes, nehmen die meisten Kranken in Kauf u subjektive Beschwerden, welche nach der Endoskopie auftret

sind wohl in erster Linie den Anästhesierungsmitteln zuzuschreiben. Daher empfiehlt es sich hier wie überall, mit Kokain und Adrenalin zu sparen. Bei 5proz. Tutokainlösung für den Larynx und 3proz. für die Bronchien hat Verf. keine Beschwerden, wie Herzklopfen, Atemnot, Asthmagefühl usw. beobachten können, um so mehr als Verf. mit Adrenalin als Zusatz sehr sparsam ist und zumindest beim ersten Mal eine vorbereitende Injektion von Morphium oder Pantopon und Atropin oder Eumidrin gibt. Wer es erlebt hat, daß Kranke mit Bronchiektasien immer wieder kommen und um die bronchoskopische Reinigung ihres Eiterherdes bitten, der ist von der Geringfügigkeit der Unannehmlickeiten der Endoskopie überzeugt. Es ist auch einzusehen, daß Bronchiektatiker lieber einige Male der Bronchioskopie zustimmen als einen immerhin noch schweren chirurgischen Eingriff, wie z. B. der Unterbindung der Artiona pulmonalis. Steht ihnen ja nach dieserOperation eventuell noch die Resektion des Lungenlappens mit der so häufig zurückbleibenden Brochusfistel bevor. Gewiß gibt es Kontraindikationen gegen das bronchoskopische Verfahren, wie Alter, Herzschwäche, Fieber usw. Unruhige, aufgeregte Patienten eignen sich auch nicht dafür. Eine Conditio sine qua non ist das vorherige genaue Besprechen der Untersuchung mit dem Patienten, um ihm zu erklären, was gemacht wird. Daß bei alten, bereits schwere Veränderungen zeigenden Fällen wenig Aussicht auf Erfolg vorhanden, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden. 1905 sprach noch Schrötta von „der Schwierigkeit einer endobronchialen Aspiration", heute gehört diese zu den selbstverständlichen Hilfsmitteln der Bronchoskopie, ersetzt sie doch das dem Chirurgen geläufige „Abtupfen" des Operationsfeldes.

Die endoskopische Spülung und die Anwendung des partiellen endobronchialen Unterdruckes bringt uns einen Schritt weiter.

Ueber die Lokalisation der Kardia. Um sich eine klare Vorstellung über die Lokalisation, Art und Funktion eines gewöhnlich „Kardia" genannten Verschlußmechanismus zwischen Speiseröhre und Magen zu verschaffen, hat Verf. Studien während des Schluckaktes vor dem Röntgenschirm und durch Serienaufnahmen vorgenommen und kommt zu folgendem Ergebnis:

1. Die Kardiapassage ist nur bei erschlafftem Zwerchfell möglich; Kontraktion des Zwerchfells hemmt oder blockiert die Passage der Ingesten aus dem Oesophagus in den Magen.

2. Die Stelle, an welcher die Oesophaguspassage blockiert wird, läßt sich im Zwerchfellschlitz lokalisieren.

3. Diese Tatsachen ergeben sich nicht nur aus eigens darauf gerichteten Experimenten, sondern auch aus der Beobachtung des normalen Trinkens, des pathologischen Luftschluckens, aus der Oesophagoskopie, aus Druckmessungen, aus den anatomischen Befunden bei Kardiospasmus, sowie aus vereinzelten, kasuistischen Mitteilungen.

4. Bei der Füllung der entsprechenden Abschnitte vom Magen her zeigt es sich, daß der Fundus des Magens und die sogenannte pars abdominalis oesophagi frei miteinander kommunizieren. Ein Abschluß zwischen dem Lumen des Magens und dem des Oesophagus findet sich auch bei dieser Art der Untersuchung normalerweise ausschließlich im Hiatus oesophaglus diapphragmatis. Für die pars ausschließlich oesophagi wird nach Hasse und Strecker der Name Antrum cardiacum vorgeschlagen.

5. Bei physiologischer und anatomischer Betrachtungsweise bilden Magen und Pars abdominalis oesophagi ein einheitliches Ganzes; der Oesophagus endet im Zwerchfellschlitz.

6. Der sogenannte „Kardiasphinkter", an dessen Existenz nicht gezweifelt wird, ist in der Zwerchfellenge des Oesophagus zu suchen; er besteht vermutlich aus zwei Anteilen; einem glatten Schließmuskel entsprechend dem Stratum bcirculare der Oesophagusmuskulatur, und einem quergestreiften Sphinkter, welcher von Muskelbündeln des Zwerchfells gebildet wird.

Elektrokardiographische Untersuchungen bei der chirurgischen Handlung. (Vorläufige Mitteilung). (Mit 8 Kurven im Text.) Seit langem ist der Chirurg eifrig bemüht, den Zwischenfällen, die sich während und nach der Operation durch Insuffizienz des Herzens oder des Gefäßkreislaufes ereignen, vorzubeugen. Dazu ist nötig, festzustellen, welcher Art diese Störungen sind und welche Handlung in dem chirurgischen Eingriff dieselben hervorrufen. Es ist das Verdienst Ed. Rehnis, daß er zu der üblichen Puls- und Blutdruckkontrolle noch die Beobachtung und Registrierung der Aktionsströme usw. während und nach der Operation eingeführt hat. Ueber die technische Art der Durchführung der Methode ist an andrer Stelle bereits berichtet.

Sämtliche abgebildeten Herzaktionskurven wurden mit Nadelelektroden abgeleitet. Die Nadeln lagen während der ganzen Operation an derselben Stelle. Die Zeit wurde in ein Zehntel Sekunden geschrieben.

Die meisten den Ausführungen des Ref. beigegebenen Kurven wurden an Patienten gewonnen, deren Herz vor der Operation als gesund anzusprechen war.

Die dargestellten Kurven sind bei Operationen an Bauch und Brust gewonnen. Die Einteilung der Kurven in solche bei Bauch- und Thoraxoperationen wurde der Uebersicht halber, d. h. aus äußeren Gründen, gewählt. Zur Darstellung gelangten lediglich solche Kurven, welche eine eindeutige Abweichung vom Normalen zeigten. Damit ist gesagt, daß nur ein gewisser Bruchteil der untersuchten Patienten die kurvenmäßig festgelegten Herzstörungen aufweist.

Obwohl mit dieser dem Chirurgen bisher wenig geläufigen Methodik gearbeitet wurde, ist das Problem ein rein chirurgisches, denn es befaßt sich mit einer der wichtigsten Organstörungen infolge Operation. In der vorliegenden Arbeit soll gezeigt werden, daß während der chirurgischen Handlung schwere Störungen der Herztätigkeit auftreten können, deren Kenntnis uns bisher fehlte. Es konnten in den angeführten Fällen Störungen in der Herzfunktion beobachtet werden, beginnend mit geringgradigen Ueberleitungsstörungen, die in Verlängerung der Ueberleitungszeit zum Ausdruck kommen, bis zu den schwersten Dissoziationen, die eine vollständige Trennung zwischen Vorhof- und Kammertätigkeit zur Folge haben. Auffallend sind die besonders häufigen Affektionen der Vorhoftätigkeit und die Störungen in der Reizübertragung: einmal Vorhofflimmern, dreimal Vorhoftachysystolien, zweimal partieller Block, einmal Ausfall von P.

Ueber eine ganze Reihe feinerer Veränderungen im EKG. kann zur Zeit noch nicht ausgesagt werden, bensowenig über die verursachenden Momente der Störungen. Dazu sind eingehendere Untersuchungen im Bereiche der einzelnen Operationsphasen erforderlich. So fehlt vorläufig eine genaue elektrokardiographische Feststellung möglicher Narkoseschäden am menschlichen Herzen, die Wirkung von Narkose und Störung des Stoffwechselgleichgewichtes auf die Herzaktion und vieles andere mehr, was zunächst sorgfältige Voruntersuchungen am Tier notwendig macht. — Auch hier kehrt das von E. Rehn angezogene Operationstrauma und der Operationschok wieder mit seiner möglichen Beeinflussung der feineren Herztätigkeit. Erst nach restloser Klärung dieser wichtigen Zusammenhänge wird Aussicht vorhanden sein, Mittel und Wege zu finden, welche die heute schon gezeigten Schädigungen vermeiden oder beheben können. Dabei ist eine genaue, wiederholt vorgenommene Blutdruckkontrolle unter keinen Umständen zu vernachlässigen.

Fall von totaler Gastrektomie wegen Kanzer. Zusammenfassung: Die Arbeit berichtet über einen 47 jährigen Mann in ziemlich gutem Allgemeinzustande, bei dem wegen eines ausgebreiteten Kanzers eine totale Gastrektomie (Oesophagojejunostomie und Enteroanastomose) vorgenommen werden mußte. Die Rekonvaleszenz verlief ungestört. Nachdem die Ernährung bis zum 6. Tage mittels 5 proz. Glykoselösung subkutan und per rektum erfolgt war, ließ man ihn vom 6. Tage nach der Operation Nahrung per os zu sich nehmen. Nach zwei Wochen kann der Patient aufstehen. Er verträgt sehr schnell gewöhnliche Kost (jedoch mit leichter Neigung zu Diarrhöe), nimmt an Gewicht zu und wird vollkommen arbeitsfähig. Eine fachmännische, genaue, 2½ und 3 Wochen wie auch 2 Monate nach der Operation vorgenommene Röntgenuntersuchung zeigt vielleicht eine — durch die rasche Ueberfüllung bedingte — leichte Erweiterung des dem Oesophagus nächst benachbarten Dünndarmteiles, sonst nichts bemerkenswertes; die Passage durch Dünn- und Dickdarm geht mit der normalen Schnelligkeit vor sich. Eine kaum 1½ Monat nach der Operation ausgeführte Resorptionsbestimmung, welche chemische Analysen einer genau abgewogenen, kalorienreichen, gemischten Kost umfaßt, beweist, daß sich der Patient, trotz dem Fehlen des Magens bezüglich der Ausnutzungsfähigkeit für Eiweiß, Fett und Kohlenhydrate vollständig normal verhält. — In rein physiologischer Beziehung ist der Fall bemerkenswert, indem er zeigt, daß trotz des Fehlens von Ventrikelsalzsäure im Duodenum die Gallen- und Pankreassaftabsonderung normalerweise vor sich geht.

Dr. Lasker.

Archiv für Gynäkologie.

130, Heft 2, Juli 1927.

Länge und Gewicht der reifen Früchte im Lichte der Variationsstatistik in Bd. 129, Heft 2 des Archivs f. Gynäk. J. Aebly-Zürich.

Entgegnung auf die Bemerkungen von J. Aebly zu meiner Arbeit: „Länge und Gewicht der reifen Früchte im Lichte der Variationsstatistik". E. Wehefritz-Göttingen.

Das gynäkologische Röntgenkarzinom. Ein gynäkologisches Röntgenkarzinom gibt es nicht, d. h. es ist kein Fall von Genitalneubildung bekannt, für das ursächlich eine vorausgegangene Röntgenbestrahlung, die wegen eines gutartigen Genitalleidens ausgeführt wurde, einwandfrei verantwortlich gemacht werden kann. Nach kritischer Würdigung aller näheren Umstände muß auch die theoretische Möglichkeit verneint werden. Es ist bis jetzt überhaupt noch kein Fall beschrieben worden, bei dem auf Grund einer Röntgenstrahlenwirkung an einem im Inneren des Körpers gelegenen Organ bei intakt gebliebener Haut ein bösartiger Tumor, ein sogenanntes Röntgentiefenkarzinom, zur Entwicklung gekommen ist. In der Literatur finden sich 79 Fälle, bei denen im zeitlichen Anschluß an eine therapeutische, gynäkologische Röntgenbestrahlung ein Genitalkarzinom in Erscheinung trat. Im einzelnen sind es: 3 Karzinome der Bauchhaut, 2 Vulvakarzinome, 2 Mammakarzinome, 10 Ovarialtumoren und 62 Uteruskarzinome. Bei der gewöhnlichen Kastrationsbestrahlung fehlen die technisch-physikalischen Voraussetzungen und die notwendigen biologischen Reaktionen am Ovar und am Uterus, die einen blastomatösen Prozeß auslösen könnten. Bei fast der Hälfte der Fälle dürfte das maligne Neoplasma an Uterus und Ovarien bereits vor der Bestrahlung bestanden haben, aber übersehen worden sein. Maligne Genitalneubildungen nach der Röntgenkastration sind ein äußerst seltenes Ereignis. An der Erlanger Frauenklinik wurde ihr Auftreten im Anschluß an 2310 Kastrationsbestrahlungen nur zweimal in Form von Uteruskarzinomen beobachtet (0,09%); tatsächlich erst nach der Bestrahlung ist ein Uteruskarzinom nur in einem Fall (0,04%) zur Entwicklung gekommen. Die allgemeinen Wirkungen der Strahlen auf den Gesamtorganismus bringt keine Erhöhung der Krebsdisposition mit sich; im Gegenteil scheint der Körper nach der Röntgenkastration einen gesteigerten Schutz gegen die Karzinomerkrankung zu besitzen.

Verf schlägt vor, sämtliche Fälle von Karzinom in der Röntgenmenopause mit den nötigen Unterlagen zu veröffentlichen, da nur auf Grund einer umfassenden Sammelstatistik Erkenntnis über die Häufigkeit, die Gesetzmäßigkeit und die inneren Zusammenhänge gewonnen werden kann.

Die Röntgenkastrationsbestrahlung ist, von gewissen Kontraindikationen abgesehen, das souveräne Mittel zur Bekämpfung der ovariellen Blutungen.

Jeder Kastrationsbestrahlung muß unbedingt eine Ausschabung des Uterus cavum und unter Umständen eine Probeexzision der Portio vorausgehen, um einen malignen Prozeß mit größtmöglichster Sicherheit ausschließen zu können. Im Zweifelsfalle ist statt der Ovarialdosis prophylaktisch die Karzinomdosis zu verabreichen. Fortbestand der Blutung nach exakt vorgenommener Röntgenbestrahlung oder ihr Wiederauftreten in der Röntgenklimax muß den Verdacht auf ein Karzinom hinlenken.

Der heutige Stand der Bestrahlungsfrage in der Therapie der Kollumkarzinome. Ob man vielleicht später zur kombinierten ausschließlichen Radium-Röntgenbehandlung kommen wird, ist fraglich. Vorläufig stellt die Strahlenbehandlung ein unbedingt notwendiges Adjuvans für den Heilungsversuch der Kollumkarzinome dar. Da die Bestrahlung als bestes Palliativum anerkannt werden muß, und da die Strahlensensibilität bis heute fast nie mit Sicherheit vorher beurteilt werden kann, sind zumindest alle inoperabel erscheinenden Karzinome unverzüglich einer Spezialklinik, die eine eigene Strahlenabteilung besitzt, zu überweisen. Verf. betont verschiedentlich und belegt dies mit entsprechenden Fällen aus seinem Material, daß völlig inoperable Tumoren, falls sie strahlensensibel sind, geheilt werden können.

Die Methode der Vorbestrahlung mit Röntgenstrahlen erscheint für jede Art der Karzinombehandlung empfehlenswert, auch für die reine Strahlentherapie, bei der bisher meist die Röntgenbestrahlung erst an die vorangegangene Radiumbestrahlung angeschlossen wurde. Soviel man aus den Operationsresultaten nach der Röntgenbestrahlung ersieht, ist ein wesentlicher Vorteil derselben bei richtiger Dosierung, eine Verkleinerung der Geschwulst. Eine erst dann folgende Radiumbestrahlung, die ja an und für sich nur lokal eng begrenzt sein kann, muß also auf einen bereits geschrumpften Tumor besonders wirkungsvoll sein.

Eine Lösung des Problems, welches Vorgehen als die beste Behandlungsmethode des Kollumkarzinoms betrachtet werden kann, ist noch nicht gefunden. Verf. hebt hervor, daß keine Rede davon sein kann, daß etwa ein Arzt, der operiert, einen Kunstfehler begeht, und daß weiter keine Rede davon sein kann, daß ein wissenschaftliches Institut heute schon ein so erdrückendes Beweismaterial besitzt, daß es die andern moralisch zwingen könnte, auf ganz bestimmten Bahnen, wie beispielsweise der grundsätzlichen und alleinigen Strahlenbehandlung der Karzinome zu forschen.

Das Morphium in der Geburtshilfe. Bei normalen Geburtsfäll ist eine Morphiumwirkung geringen Grades (0,01 bis 0,015) im Sin einer Verlängerung der Wehenpausen nachweisbar, die fast in all Fällen nach ¼ Stunde abklingt. Die Kontraktionsdauer wird nic verkürzt.

Die Tätigkeit des pathologisch arbeitenden Uterus wird beruhi manchmal sogar für einige Stunden stillgelegt, welche Zeit für d ermüdete Frau eine willkommene Erholungspause darstellt.

Eine Ueberwachung der Frau nach der Morphiumgabe ist n wendig, um nicht die Symptome einer drohenden Uterusruptur übersehen.

Das der Mutter einverleibte Morphium konnte selbst bei Dos von 0,025 weder beim Kinde, noch in der Plazenta nachgewies werden.

Vollkommene Versager hatte Verf. nur 4 (3,5%); in 17 Fäll (15,2%) unter 113 Geburten mußte nach der Morphiumeinspritzu wegen mangelhafter Wehentätigkeit ein wehenstärkendes Mittel g geben werden.

In allen übrigen Fällen konnte Verf. von einer guten Morphiur wirkung sprechen, wobei hauptsächlich zwei Komponenten in B tracht kamen: 1. die Schmerzlinderung, die oft schon durch We fallen der Schmerzen bei Betätignug der Bauchpresse gebur fördernd wirkt, und 2. die Beruhigung des übererregten Uterus b den zu starken Wehen und bei den Krampfwehen.

Ein schädigender Einfluß auf die Mutter im Sinne von Atoni oder auf das Kind im Sinne von Asphyxien und intrauterinem A sterben wurde nicht beobachtet.

Allgemeine Anerkennung hat sich das Morphium wohl nur b den zu starken Wehen, bei den Krampfwehen, beim Tetanus u Trismus uteri erworben, ferner noch bei den zu schmerzhaft Wehen, während seine Anwendung bei der sekundären Wehe schwäche und bei der Einklemmung des Muttermundes nicht so u angefochten bleibt.

Rudolf Katz, Berlin.

Zeitschrift für Urologie.

21., Heft 4.

* Ueber einen neuen Kunstgriff zur Katheterung von Kranken mit Prostatahyp tropie. Dr. Daniel Oláh.
Diagnose und Therapie der eitrigen diffusen Rindsubstanznephritiden und d Nierenkarbunkels. Dr. Giorgio Nicolich.
* Die Bedeutung des Pankreas und seiner Erkrankungen für die Urologie. Walter Sebering.
* Ueber die parenterale Schwefeltherapie bei gonorrhöischen Komplikation Dr. Béla Radó.
* Die Markierung des Ureterostiums im Röntgenbild. Dr. Arthur Wunig.
* Neosalvarsan in der Behandlung von Harninjektionen. Dr. Heinz Strauß.
Russische urologische Gesellschaft.
Sitzung der Berliner urolog. Gesellschaft v. 22. Febr. 1927.
* Zur Behandlung der Harnleitersteine. Dr. Erich Siedner.
* Die Behandlung der Harninfektion mit Merkurochrom. Dr. Alexander Schmutt
Fall von primärer Neubildung am Urether. Dr. Viethen.
Steine in Beckennieren. Dr. E. Wohlauer.
Sigmaniere. Dr. J. Gellmann.
Ein Fall von kongenitalem Megaloureter. Dr. A. Schmuthe.
Fälle von Ureter fissus. Dr. Heckenbach.
Sitzung der Berliner urolog. Gesellschaft vom 22. März 1927.
Ueber Harnleitercystoskope für Blasen geringen Fassungsvermögens. Dr. Haebler.
* Das Verhalten der Nieren und Harnleitertätigkeit während der Blasenkontrakti Dr. Wilh. Israel.
Ueber die Heilung von Wunden des Nierenbeckens und des Harnleiters. Z. Kaïris.
Abkürzung der Diagnose bei Nierentuberkulose. Dr. Simon Perlmann
Demonstration zur Blasenregeneration. Dr. S. Perlmann.
Ueber Aplasie der Niere. Dr. S. Perlmann.
* Beitrag zur Frage der Röntgen- und Radiumschädigung der Blase. Dr. Ludw Zeiß.
Ueber Doppelbildungen des Nierenbeckens und des Ureters. Dr. Z. Kaïris.
Zur pyelographischen Diagnose der Hufeisenniere. Dr. Z. Kaïris.
Demonstration einer operierten echten Beckenniere. Prof. Eugen Joseph.
* Beitrag zur Aetiologie der Pneumaturie. Dr. Walter Großmann.

Ueber einen neuen Kunstgriff zur Katheterung von Kranken m Prostatahypertrophie. Man führt dem stehenden Kranken de Katheter bis zur Prostata ein, ein Assistent drückt durch das Rektu stark auf den oberen Prostatarand, worauf der Katheter sanft in d Blase gleitet. Der Mittellappen der Prostata, der ventilartig v dem Orihic. int. liegt, wird durch den Druck auf die Prostata au gehoben und der Weg frei gemacht.

Die Bedeutung des Pankreas und seiner Erkrankungen für d Urologie. An Hand der Literatur und eigener Fälle erläute Sebening die Beziehungen zwischen beiden Organen. Differentia diagnostisch wichtig und schwierig ist öfters die Unterscheidur zwischen Cysten des Pankreas und Hydronephrosen oder zystiert Nierentumoren. Auch kann die Unterscheidung von peripankre tischen Eiterungen und paranephritischen Abszessen sehr schw

ein, da beide in der Lumbalgegend hervorzutreten pflegen. Bei lierenoperationen kann es gelegentlich zu Verletzungen und iekrosen des Pankreas kommen.

Ueber die parenterale Schwefeltherapie bei gonorrhöischen omplikationen. Bericht über günstige Erfahrungen an 15 gonorrhö-chen, einer unspezifischen Epididymitis, einer Prostatitis und einer permatocystitis gonorrh. Die Injektionen des Schwefelöls waren chmerzlos, verursachten mit einer Ausnahme keine Allgemein-aktion, und können auch ambulant gegeben werden. Sie be-chleunigen den Ablauf der Erkrankung und lassen die Kranken ischer ihre Arbeitsfähigkeit zurückgewinnen.

Die Markierung des Ureterostiums im Röntgenbild. Wumig it einen kleinen Metallring konstruiert mit einem langen Draht aran. Man führt den Draht retrograd durch daß für den Ureter-atheter bestimmten Gang des Zystokops und dann den Katheter in blicher Weise, wobei er durch den Ring, der nun in der Nähe des lbarrau'schen Hebels liegt, hindurchgeführt wird. Nach Sondierung er Harnleiter wird der Ring bis zum Ureter ostium vorgeschoben id jetzt die Röntgenaufnahme gemacht. Der Wert der Methode egt in der größeren Herausarbeitung der Plastik und in der exakten estimmbarkeit des Abstandes der Harnleitersteine von der Blase. der röntgenologischen Projektion befinden sich die Harnleiter-ündungen nur 1 bis 2 cm von der Medianebene entfernt.

Neosalvarsan in der Behandlung von Harninfektionen. Es wurden ei Injektionen von 0,15 oder 0,3 g Neosalvarsan entweder an jedem weiten Tage oder an direkt aufeinander folgenden Tagen ausgeführt. ir Behandlung kamen 23 Fälle mit chronischen Injektionen, die glicher anderen Therapie getrotzt hatten. Die Wirkung des räparates wird dadurch illustriert, daß bei 25 Patienten mit al-lischer Harnreaktion 24 mal der Urin sich säuerte und zwar be-its 30 bis 45 Minuten nach der ersten Einspritzung. Die Er-hrungen lauten günstig. Mißerfolge beruhen entweder auf Kom-kationen mit Steinbildung, Prostatis, Spermatozystitis oder auf m Vorhandensein von Anärobien oder Bact. coli neben Staphylo-kken. Die Wirkung soll weniger auf der Abspaltung des formal-hydsulfoxydsauren Natriums beruhen (Alkaleszenz der meisten rne!), als auf der stark bakteriziden Wirkung der Abbauprodukte s Salvarsans, der arsenigen Arsensäure, sowie organischen Arsen-rbindungen. Vielleicht kommt dem Formaldehyd eine katalytische irkung zu. Auch werden Blut und Gewebe wohl durch das Prä-rat beeinflußt. Bei Luetikern sei man mit dieser Behandlungsart rsichtig, weil durch diese „Anbehandlung" ein Provokation hervor-rufen werden könnte.

Zur Behandlung der Harnleitersteine. Bericht über die Be-ndlungsweise der Uretersteine an der v. Lichtenberg'schen Ab-lung. Beschreibung der Indikationsstellung zur Operation und der nservativen Behandlungsmöglichkeiten. Im Vordergrund steht die haltung der Nierenfunktion.

Die Behandlung der Harninfektion mit Merkurochrom. Die vor-l figen Erfahrungen der urol. Abt. d. St.-Hedwigs-Krankenhauses iten im ganzen befriedigend, besonders da nur solche Patienten handelt wurden, bei denen alle anderen Methoden versagt hatten er aussichtslos erschienen. Ein Drittel der Pyelitisfälle heilte aus, weiteres Drittel wurde gebessert. Die Nebenerscheinungen durch Quecksilberkomponente wurden vermieden seit das Präparat in 5% Traubenzuckerlösung verabfolgt wird.

Das Verhalten der Nieren- und Harnleitertätigkeit während der Blasenkontraktion. In früheren Versuchen konnte Israel zeigen, als Ursache für das Aufhören der Harnstöße aus den Ureteren ährend der Miktion auf einer Kompression der Mündungen durch sich kontrahierende Blasenmuskulatur beruht. Es wäre aber ch möglich gewesen, daß es während der Blasenentleerung zu er reflektorischen Hemmung der Harnabsonderung oder Peristaltik s Ureters käme. Durch gleichzeitige, selbsttätige, graphische Auf-chnung des Blasendruckes und der Bewegung des Harnleiter-halts konnte der Verfasser zeigen, daß diese Annahme unwahr-scheinlich ist.

Beitrag zur Frage der Röntgen- und Radiumschädigungen der Blase. An der urol. Abt. d. chir. Universitätsklinik Berlin kamen in Jahren 3 Fälle von Strahlenschädigungen zur Beobachtung. Es ndelte sich um Uteruskarzinome und zwar ein Kollum- und zwei rtiokrebse. Sie erkrankten unter Erscheinungen der Zystitis. Die chädigung trat sehr spät auf, in einem Falle erst nach zwei Jahren. lag also keine primäre Verbrennung vor. Zystoskopisch sah man der wie sie beim Blasenkarzinom auftreten. Die Behandlung soll zächst konservativ sein, bei Fistelbildungen kommen plastische Operationen in Frage.

Beitrag zur Aetiologie der Pneumaturie. Gas als Gährungs-produkt kommt gelegentlich bei Diabetes unter dem Einfluß gewisser Bakterien vor. Hier wird ein Fall beschrieben, bei dem sich infolge eines Karzinoms des Flexus, das in die Blasenwand gewuchert war, eine Blasenfistel gebildet hatte. Bei der Operation erwies sich, daß der Tumor nicht mehr operabel war.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft.

14., 3. Heft.

Student und Studentin (Schluß). Oskar F. Scheuer.
Der Ehebruch als Ehescheidungsgrund. Marie Munk.
* Aus der Praxis der Eheberatung. R. Fetscher.
Ueber die Aussagepsychologie Sterns. Albert Moll.
Das Rätsel der Mutterrechtsgesellschaft. P. Krische - John Loewenthal.

Aus der Praxis der Eheberatung. Die folgenden acht Fälle, die als Fortsetzung der Berichte des Verfassers im „Archiv für soziale Hygiene und Demographie" (s. unser Referat) zu betrachten sind, liefern einen glänzenden Beweis des Nutzens der Eheberatungs-stellen. „Es ist selbstverständlich", sagt einleitend der Verfasser, „daß jede neue derartige Einrichtung zunächst auf gewisse Wider-stände, namentlich von seiten der Aerzteschaft, stößt, die nur dadurch überwunden werden können, daß Sinn und Wesen der neuen Tätig-keit an Einzelbeispielen erläutert wird. Diesem Zwecke dienen auch die folgenden Ausführungen . . ." Das Lesen des Originals erscheint dem Referenten als sehr empfehlenswert.

14., Heft 4.

Eigenartige Formen der Zuhälterei. Hans v. Henting.
Die berufliche soziale Gliederung der Verheirateten und der Unverheirateten. F. Bungdörfer.
Ueber die Aussagepsychologie Sterns. Erklärung William Stern. Erwiderung Albert Moll.
Kriminalbiologie. Heinrich Kalmann.
Rasse und Stil. John Loewenthal.
Kritik der Geschlechtsmoralstatistik. Hilde Grünbaum-Sachs.
Der „Josephkomplex". Joh. Kinkel.
Beiträge zur Frauenbiologie. Hertha Goetz.
Die Sexuologie in Rußland. S. Weißenberg.
Eine freie Vereinigung der öffentlichen Eheberatungsstellen. Kurt F. Friedländer.

M. Ka.....wicz.

Dermatologische Wochenschrift.

85. Nr. 33. 13. August 1927.

Zur Frage der Poikolodermia atrophicans vascularis (Jacobi). Harry Geisler.
Ueber allergische Hautreaktionen bei der Gonorrhoe und ihre Beeinflussung durch Serum. E. Rajka.
* Beitrag zur Physiologie des Myosalvarsans. Gustav Hopf.

Beitrag zur Physiologie des Myosalvarsans. Die Ausscheidung des Myosalvarsans erreicht etwas später als die des intravenös ver-abfolgten Salvarsans ihren Höhepunkt und erlischt etwas früher. Bei wiederholter Einspritzung zeigt sich eine Verzögerung der Ausscheidung, die durch Depotwirkung erklärt werden könnte. Das Schwinden der Spirochäten erfolgt langsamer, die Wirkung setzt also nicht so brüsk ein wie bei intravenöser Salvarsaneinspritzung, was bei manchen Krankheitsformen (Lues cerebri, Neurolues, luetische und nicht luetische Herzerkrankungen) von Vorteil ist. Bei der kongenitalen Syphilis kann bei Behandlungen vor dem 3. Lebensjahre eine höhere Dosierung als bisher möglich erreicht werden. Weitere Indikationen ergeben technische Unmöglichkeit der intravenösen Einspritzung und nicht zu behebende Ueber-empfindlichkeitserscheinungen bei dieser. Die Verträglichkeit war im allgemeinen eine gute bei Lösung von 1 cg in etwas unter 1 ccm Aqu. dest.; nach intramuskulärer Einspritzung häufig dumpfes Druckgefühl, selten stärkere Schmerzen; geringe Temperatur-steigerungen. Ueber den therapeutischen Endeffekt läßt sich noch nichts sagen.

Ernst Levin, Berlin.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 29, 16. Juli 1927.

* Wundinfektion durch Anaërobies und Friedensverletzungen. Konrad Brunner.
Beitrag zur Lehre von der Lähmung des M. trapezius nebst Bemerkungen über die Schulterbewegungen. Karl M. Walthard.
* Was soll man von Injektionen halten, welche die Chloroformnarkose vorbereiten oder begleiten? Edouard Frommel.

Wundinfektion durch Anaërobier und Friedensverletzungen. Man soll keine Wunde behandeln, bevor man nicht durch eine genaue Anamnese Aufschluß über deren Entstehung erhalten hat. Ergibt diese dringenden Verdacht auf Verunreinigung durch Anaërobier-Rohmaterial, dann als erstes prophylaktische Injektion von Tetanus-

serum. Sodann kommt alles darauf an, die eingedrungenen Infektionsträger so früh als möglich zu entfernen oder unschädlich zu machen; hierzu muß eine Kombination von physikalisch-mechanischer und chemischer Antiseptik in Aktion treten. In erster Linie ist hier der gut in die Gewebefugen dringende Jodalkohol zu nennen, auch Trypaflavin und Rivanollösungen vermögen schwächend auf Ergsporen einzuwirken; der Perubalsam hat sich klinisch-empirisch schon lange als „fäulniswidrig" erwiesen.

Was soll man von Injektionen halten, die die Chloroformnarkose einleiten oder begleiten? Die gemischte Anaesthesie verfolgt einen doppelten Zweck: sie soll einerseits von Beginn der Narkose an die Uebererregbarkeit des Vagus verhindern, andererseits die für den Narkosenschlaf erforderlichen Mengen Chloroform auf ein Minimum einschränken. Das Atropin erfüllt die erste dieser Bedingungen wenn auch nicht ganz, doch in ausgedehntem Maße, dagegen setzt es den Chloroformverbrauch nicht herab. Morphium-Scopolamin verstärkt die anaesthetisierende Wirkung des Chloroforms und gibt, in verständnisvoller Weise angewandt, gute Resultate.

Nr. 30, 23. Juli 1927.

Zum Schicksal der Tuberkulosekranken in der Schweiz. W. Behrens.
* Erythema nodosum. Rudolf Massini.
Ueber zeitliche Regelung der Expektoration bei Lungentuberkulose. T. Sternberg.
* Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose — Vorteile und Schattenseiten. F. L. de Muralt und P. Weiller.
Ein Beitrag zur Pathogenese der Bronchoektasien. Vladimir Mikulowski.

Erythema nodosum. Ein Virus als Aetiologie für das Erythema nodosum ist bis jetzt nicht gefunden. Aus klinischen Untersuchungen läßt sich nicht mit Sicherheit auf die Aetiologie schließen, doch besteht große Wahrscheinlichkeit, daß Beziehungen zur Tuberkulose vorhanden sind. Die Prognose bei E. n. ist demgemäß mit Vorsicht zu stellen.

Sanocrysinbehandlung bei Lungentuberkulose — Vorteile und Schattenseiten. Wenn auch die Sanocrysinbehandlung nicht immer zur Heilung der Lungentuberkulose führt, so führt sie doch oft zu unzweifelhaften Besserungen. Man muß es mit absoluter Vorsicht anwenden und zwar so weit wie möglich im Sanatorium. Kleine Dosen sind empfehlenswert, sie schützen zwar nicht vor Reaktionen, doch sind dieselben niemals gefährlich. Die Mehrzahl der Kliniker reserviert die Aurotherapie für die frischen exsuvativen Fälle. Die Verf. gingen mehr eklektisch vor und behandelten mit Erfolg auch solche Kranke, deren Affektion schon mehrere Jahre bestand. Ja selbst in verzweifelten Fällen, die jeder Therapie getrotzt hatten, gab das Sanocrysin schätzenswerte, unerwartete Resultate.

Nr. 31, 30. Juli 1927.

Zur Frage der Schwangerschaftsdauer. Alf. Labhardt.
* Ueber die Kropfprophylaxe und ihre bisherigen Ergebnisse. Ad. Oswald.
Licht und Rachitis. E. Glanzmann.
Dauerresultat einer antethorakalen Oesophagoplastik. A. Fonio.
Pockenepidemie in Genf im Jahre 1926. Th. Reh.

Ueber die Kropfprophylaxe und ihre bisherigen Ergebnisse. Verf. veröffentlicht hier die Resultate der Prophylaxe die — nach dem Beispiel der Amerikaner — zunächst in Gestalt der Schulprophylaxe betrieben worden ist. Diese ist eingestellt für Kinder von 6—12 Jahren. Er widerlegt die Gründe, die von den Gegnern der Jodprophylaxe vorgebracht werden und tritt nach seinen Erfahrungen warm dafür ein, die Schulprophylaxe konsequenter als bisher in allen Teilen des Landes durchzuführen. Wer sich den großen Schaden ansieht, welchen die Kropfkrankheit mit allen ihren Folgen anrichtet, kann nur bedauern, daß, wenn einmal ein Weg erkannt ist, auf dem eine Besserung — wenn auch nicht Heilung — zu erzielen und Linderung zu schaffen ist, das Unternehmen an Voreingenommenheit und Gleichgültigkeit zu scheitern droht.

Held.

Hospitaltidende.

Nr. 25, 23. Juni

* Haematologische Untersuchungen an Phthisiker. A. Freudenthal.
Dr. Kuhn und seine Kritiken. Erich Warburg.

Hämatologische Untersuchungen an Phthisiker. Diese wurden an einer großen Zahl von Personen vorgenommen und ergaben kein sicheres Verhalten bei Lungentuberkulose, so daß eine Disposition der Phthise, die sich auf bestimmten Bluttypen basieren sollte, nicht anerkannt werden kann.

Nr. 26, 30. Juni.

Ueber die malignen Hodentumoren (Fortsetzung). O. Keller.
[illegible] welchem Umfang wird die Wassermann-Reaktion bei Syphilis vorübergehend stärker im Anschluß an die Behandlung? H. Haxthausen

In welchem Umfange wird die Wassermann-Reaktion bei Syphi[lis] vorübergehend stärker im Anschluß an die Behandlung. Eine sol[che] wurde vorübergehend nur bei primärer Syphilis mit unkomplizier[tem] Schanker beobachtet, ist wohl aber mehr auf den spontanen Verla[uf] der Krankheit zurückzuführen. Bei Komplikationen mit Ulc[us] peracum ist eher das Gegenteil der Fall. Bei gummöser Lues schei[nt] in der Tat durch die Behandlung eine vorübergehende Verstärku[ng] der Wassermann-Reaktion einzutreten, während dies bei der ko[n]genitalen Syphilis und in allen andern Stadien der Lues mehr [als] zweifelhaft ist.

Nr. 27, 7. Juli.

Ueber die malignen Hodentumoren (Fortsetzung). O. Keller.
Einige Untersuchungen hinsichtlich der Paramaecier (eine Infusorienart), de[r] Isolierung, Sterilisierung und Ernährungsart (Fortsetzung). Karen Marie Hans[en].

Nr. 28, 14. Juli.

Untersuchungen hinsichtlich der Paramaecier (Fortsetzung). Karen Marie Hans[en].

S. Kalischer.

Norsk Magazin for Laegevidenskapen.

August, Nr. 8, 1927.

Untersuchungen über die Aetiologie und Patogenese der Rachitis. T. Skaar.
Sanocrysinbehandlung der experimentellen Tuberkulose bei Kaninchen. Haak[on] Björn-Hansen.
Pericarditis calculosa. Joachim Arnesen.
* Enthält die fötale Thyreoidea spezifische Substanzen? Andreas Tanberg.

Spezifische Substanz der fötalen Thyreoidea. Die Betrachtung[en] und Untersuchungen Tanbergs zeigen, daß die fötale Schilddrü[se] unter normalen Verhältnissen keine Funktion ausübt, die etwa d[er] der Erwachsenen entspräche. Die Schilddrüse der Mutter ist wir[k]sam für den Fötus vor der Geburt.

S. Kalischer.

Acta Medica Scandinavica.

Supplementbd. 20.

* Studien über die jodophilen Darmbakterien und speziell über die jodophi[len] Clostridien. Nanna Svartz.

Studien über die jodophilen Darmbakterien und speziell üb[er] die jodophilen Clostridien. Verfasser zeigt durch eine Serie v[on] Experimenten, daß durch direktes Hinzufügen von Kohlehydrat[en] zu den Stühlen man im allgemeinen jodophile Bakterien s[o] zusagen in den gesamten Fäzes erscheinen sieht, selbst da, w[o] vor dieser Prozedur keinerlei Jodophilie konstatiert werden konn[te]. Die jodophilen Bakterien, die man bei dieser Gelegenheit beobacht[et], sind gewöhnlich lange, dünne Stäbchen mit jodophiler Granulatio[n], ziemlich oft auch Kokken. Jedoch kann man auf diese Weise ni[e]mals Klostridien beobachten.

In zwei Kapiteln der Arbeit wird gezeigt, daß Verf. zum erst[en] Male die typischen, jodophilen Klostridien aus dem Stuhl in Rei[n]kultur darstellen konnte. Es wird Gestalt, Färbbarkeit und Hitz[e]resistenz der isolierten Klostridien, sowohl wie die der Kultur[en], Kolonien usw. beschrieben. Unter anderm wird die große Wid[er]standsfähigkeit der Klostridien gegen Austrocknung erwähnt: [die] Klostridien konnten in der Tat aus 2 Jahre alten und vollstän[dig] ausgetrockneten Kulturen neu ausgesät werden.

Es wird ferner gezeigt, daß man durch Isolierung zwei essenti[elle] verschiedene Entwicklungsformen der jodophilen Klostridien da[r]stellen kann: die eine in der Form der Klostridien mit heftiger Te[n]denz zur Jodophilie und der Sporenbildung; die andere hat die For[m] von Stäbchen ohne irgendein charakteristisches Aussehen, wodur[ch] man sie von anderen Bazillenarten unterscheiden könnte. D[ie] Stäbchen dieser zweiten Form beladen sich nicht mit jodophil[er] Substanz, wenn sie in einem Kohlehydrate enthaltenden Mediu[m] sind. Ebensowenig bilden sie Sporen, sondern vermehren sich dur[ch] Teilung.

Wieder ausgesät auf ihre entsprechenden Nährböden, könn[en] diese beiden Formen als zwei vollkommen verschiedene Typen, [so] lange man will, fortfahren zu leben; aber man kann sie auch b[e]liebig und ganz gleich zu welcher Zeit von einer in die andere For[m] überführen.

Verfasser glaubt erwiesn zu haben, daß es die Reaktion d[er] Nährböden ist, die die Kohlehydrate enthalten, wodurch bestim[mt] wird, welche dieser beiden Formen die Bakterien annehmen. M[it] einer Wasserstoffinonenkonzentration niedriger als 6,6 oder 6,8 b[e]laden sich die Bakterien niemals mit jodophilen Substanzen, selb[st] wenn eine riesige Menge Kohlehydrate in dem Nährboden e[nt]halten ist.

In einem anderen Kapitel der Arbeit wird die Frage geprüft, ob sich die beiden vorhin beschriebenen Entwicklungsformen der jodophilen Klostritiden auch beide zu gleicher Zeit im Darm antreffen, und ob die Regeln, die man bezüglich der Umwandlung dieser beiden Typen von dem einen in den anderen in vitro beobachtet, auch für die Verhältnisse im Darm gesetzmäßig sind.

Im Verlaufe der Versuche mit Reinkulturen jodophiler Klostridien konnte Verfasser sozusagen konstant eine andere kohlehydratspaltende Bakterienart nachweisen, nämlich den Bacillus phlegmon. emphysematos. von Welch-Fraenkel (Bacillus perfringens); dieser Bazillus konnte in allen 45 Stühlen außer in einem nachgewiesen werden. Die Untersuchungen vom Verfasser scheinen also die Meinung mehrerer anderer Autoren zu bestätigen, daß der Welch-Fraenkelsche Bazillus obligatorisch im Darm vorkommt. In diesem Falle wäre es der einzige Anaerobier, der diese Eigenschaft hätte (abgesehen vom Bacillus bifidus in den Stühlen von Brustkindern).

Was die Technik anaerober Kulturen betrifft, bezeichnet der Verfasser ein geeignetes Spezialverfahren im Detail in einem besonderen Kapitel.

Arnold Hirsch, Berlin.

Orvosi Hetilap.

71., Nr. 29, 17. Juli 1927.

Aetiologie, Erscheinungsformen und Therapie der Gallenblasenleiden. Autor versucht die Aufmerksamkeit der Kliniker darauf zu lenken, daß bei einem Teil dieser Erkrankungen — Cholecystitis acuta, chronica sine et cum Cholangitide —, die Infektion eine entscheidende Rolle spielt, und diese Fälle in der Praxis viel häufiger sind, wie dies bisher angenommen wurde. Auffallend ist es, daß bei chronischen Cholezystitiden mit periodisch rückkehrendem Icterus, auch ohne die Entleerung vereinzelter Typhusbazillen ein hoher Agglutinationstiter bestand und nach der vollführten Cholezystektomie in der Galle und Gallenblasenschleimhaut die Bazillen nachweisbar waren. Laut den Untersuchungen zeigen die Typhusbazillenträger immer einen hohen Agglutinationstiter, was ohne eine bestehende, aktive Antigenwirkung nicht erklärbar und deshalb für die Kliniker von erhöhter praktischer Bedeutung ist. Bei der Erkennung des Wesens vieler chronischer, vernachlässigter Gallenblasenleiden kann uns also außer der Anamnese der jahrelang bestehende hohe Agglutinationstiter und die oft ausgesprochene Milzvergrößerung zu einer richtigen ätiologischen Diagnose und Therapie verhelfen; naturgemäß darf die bakteriologische Untersuchung des Stuhles und des Duodenalsaftes auch nicht vernachlässigt werden, obzwar der positive Erfolg manchmal ausbleiben kann. Bei der Besprechung der Therapie hebt Verf. hervor, daß in schweren, mit heftigen Schmerzen, Fieber und ausgesprochener Leukozytose einhergehenden Fällen ein einziger Anfall zur Aufstellung der operativen Indikation genügt, ebenfalls wenn der Anfall von Ikterus begleitet wird, welche mehrere Wochen lang in unveränderter Intensität beharrt. Das ist sein Standpunkt auch bezüglich derjenigen Fälle, welche sich einem schon lange abgelaufenem Typhus sich anreihen, falls die Kranken sich als Bazillenträger beweisen und einen hohen Agglutinationstiter zeigen.

Wismuthpräparate in der Therapie der Syphilis. Die besten Erfolge wurden von Pentabi beobachtet, was darauf zurückzuführen ist, daß das Wismutsalz im Präparat in gelöstem Zustand alle seine charakteristischen und wirksamen Eigenschaften behält. Die Absorption ist rasch, was schon nach 1—2 Injektionen das Verschwinden der Spirochäten aus dem Sekret und das rapide Heilen der klinischen Erscheinungen beweist. Die Ausscheidung ist dagegen langsam und findet durch die Därme statt. Irritation seitens der Nieren, Zahnrandsaum, lokale Infiltration melden sich nie.

Zur Aetiologie und Therapie des Strophulus. Die Hypersensibilität gewissen Nahrungsmitteln gegenüber kann spontan verschwinden, indem sie anderen gegenüber auch fernerhin besteht. Nach fieberhaften Erkrankungen kann der Strophulus endgültig weichen. Auf die Bläschen ist ein reicher eosinophiler Zellinhalt charakteristisch, die Hälfte der Zellen ist sicher hämatogenen Ursprungs, die übrigen sind wahrscheinlich histiogene Wanderzellen. Am Höhepunkte der Hauteruption bzw. kurz nachher zeigt das Verhältnis der korpuskulären Bestandteile des Blutes schon keine Veränderungen.

Orosz.

Magyar Orvosi Archivum.

27., Heft 2.

Zur Frage der verminderten N-Ausscheidung während der Schwangerschaft. Verf. trachtet die Ursache dieser Erscheinung zu ermitteln und meint ihre Erklärung entweder in der verkleinerten freien Aminosäurenmenge des Blutes, oder in einer Funktionsveränderung der Leber suchen zu müssen. Um dieser Frage nachzukommen, verabreichte er per os Harnstoff und fand daß 1. die eingegebene Menge fast quantitativ ausgeschieden wird, was im Sinne der Eliminierung am Wege der Blutbahn und Nieren gedeutet werden muß, daß ferner 2. die nach Ammoniumkarbonat-Darreichung ermittelten Harnstoffwerte für die Intaktheit der Leberfunktion sprechen. Nach den Ergebnissen muß also zur Erklärung der Verminderung der Harnstoffsynthese der verkleinerte Aminosäuregehalt des Mutterblutes herangezogen werden.

Orosz.

Magyar Röntgen Közlöny.

1., Nr. 10.

Hystero-Salpyngographie. Bericht über 45 Fälle. Als Kontrastmittel wurde zur Ausfüllung des Uterusraumes und der Tuben Lipiodol angewandt, welches mittels der Braunschen Spritze in den Gebärmutterraum eingeführt wird. An der Spitze wurde eine zweckmäßige Aenderung vorgenommen: am Ansatzstück wurde ein Apparat angebracht, welcher der Erweiterung des Zervikalkanales folgt und den äußeren Gebärmuttermund pfropfenähnlich verschließt, womit das Zurückfließen der Kontrastmasse verhindert wird. Auf Grund seiner eigenen Erfahrungen und der Literatur gelangt Verf. zur Konklusion, daß die Hysterosalpingographie theoretisch und praktisch eine nützliche Ergänzung der manuellen Untersuchung bildet, theoretisch kann sie uns zur Erkennung der Form und Lageveränderungen der Gebärmutter, der Verhältnisse der Tuba verhelfen, praktisch betreffs der Ursache der Sterilität und der Raumverhältnissen bei Uterusgeschwülsten Entscheid leisten. Sie kann sogar manchmal, z. B. bei Myomen uns in der Wahl der konservativen oder operativen Behandlung entscheidend beeinflussen. Die bisherigen Erfahrungen genügen aber noch nicht dazu, um uns über den Wert dieser Untersuchungsmethode eine endgültige Meinung bilden zu können, deshalb ist ihre Inanspruchnahme heute lediglich in Anstalten geechtfertigt.

Orosz.

Časopis lékařis českých.

Nr. 10, 4. März 1927.

Ueber den primären Tumor der Lunge. Nach den Berichten aus den verschiedensten Ländern nehmen die Zahlen der Lungentumoren nach dem Weltkrieg zu. Durch die Grippeepidemie im Jahre 1918 nahm die Zahl der Lungentumoren bedeutend zu. Die Differentialdiagnose mit Tuberkulose ist oft schwierig. Neben dem physikalischen Befund, dem Skiagramm ist auch die Bronchoskopie bei Verdacht auf einen Lungentumor notwendig.

Behandlung des Lungenabszesses. In dem angeführten Fall von Lungenabszeß erreichen wir mit der Therapie von Neosalvarsan und der Singerschen Trockendiät in 5 Wochen das Verschwinden

der Krankheitssymptome, im Verlaufe des nächsten Monats auch das Schwinden der objektiven Symptome. Eine Kontrolluntersuchung nach 14 Monaten zeigt, daß die Heilung eine dauernde ist.

Nr. 17, 22. April 1927.

Essentielle Hämaturie und Tuberkulose der Niere. Ort.
* Keratomalacie. Pollak.
Ueber die Ursachen des Entstehens der Pathologie und Symptomatologie der sogenannten Choledochuszyste. Scbek.
Die Ursachen und Bedingungen, welche die Verbreitung der chirurgischen Tuberkulose in der mittleren und westlichen Slowakei fördern. Havránek.
Ein seltener Fall von Ileus. Nyk'es.

Keratomalazie. Der Autor berichtet über folgenden Fall: ein frühgeborenes debites Kind, das gestillt wurde und mit einer fettreichen Nahrung zugefüttert wurde, bekam — bei sehr gutem Allgemeinbefinden — eine schwere Keratomalazie, die, wie aus dem Angeführten hervorgeht, durch Höhensonnenbestrahlung ausheilte. Vom theoretischen Standpunkte aus könnte man annehmen, daß infolge junge Organismus aus bisher noch nicht geklärten Gründen das des direkten Bestrahlens mit ultravioletten Strahlen der debile antixerophthalmische Vitamin A leichter verwerten kann, das in den Fetten der Butter- und Kuhmilch enthalten ist. In der Literatur ist es bisher noch nicht bekannt, daß das Bestrahlen mit ultravioletten Strahlen gegen die Säuglingskeratomalazie wirksam wäre. normal ab. Müller, Prag.

Česka Dermatologie.

Nr. 6.

* Die Serumlipasen bei Psoriasis und manchen anderen Dermatosen. Durdello.
Bemerkungen zur Reaktion des Vaginalsekrets nach Opitz-Danin. Huth.
Kombinierte chirurgische Behandlung eines ausgedehnten Ulcus cruris. Novakovič.

Die Serumlipasen bei Psoriasis und manchen anderen Dermatosen. Rejsek ist es gelungen, bei Psoriatikern eine Lipasenvermehrung festzustellen, die er als Ursache eines Hauptsymptoms, der Parakeratose, erklärt. Um die Ergebnisse Rejseks durchzuprüfen, hat der Autor bei 14 Psoriasiskranken das Blutserum mittels der Rona-Michaelisschen stalagmometrischen Methode auf Lipasen untersucht und ist zu folgendem Resultat gekommen: 1. die Lipasenmenge bewegt sich in normalen Seren in ziemlich weiten Grenzen. 2. In 8 von 14 Fällen der Psoriatiker lag das Lipasenquantum unter dem Durchschnittsnormal, in 2 war es ihm gleich, in 5 oberhalb desselben. In einem Falle sank nach allgemeiner Besserung des Zustandes auch die Lipasenmenge. Außer bei Psoriatikern ist das Lipasenquantum auch bei manchen anderen Dermatosen und Lues festgestellt worden, weicht aber in keinem Falle vom Durchschnitts- Müller, Prag.

British medical Journal.

Nr. 3472. 23. Juli.

Einige Bemerkungen über das gegenwärtige Krankenhaussystem. Ernest W. Hey Groves.
* Virulenz der Pneumokokken bei der Pneumonie. C. H. Whittle.
Dermatitis exfoliativa. William L. Tullis.
Akute Appendizitis als Komplikation der tuberkulösen Peritonitis. Herbert F. Blacklee.
Jahresversammlung der British Medical Association.
Die strategische Front der heutigen Medizin. Sir Robert Philip.

Virulenz der Pneumokokken bei der Pneumonie. Die Tatsache, daß die so häufig im Nasenrachenraum Gesunder aufgefundenen Pneumokokken bakteriologisch von den Organismen nicht zu unterscheiden sind, die bei den pneumonischen Erkrankungen auftreten, wird durch mehr oder minder unbestimmte Begriffe zu erklären versucht. Schwankungen in der Widerstandsfähigkeit der einzelnen Pneumokokkenträger oder Variationen der krankheitserregenden Eigenschaften dieser Mikroorganismen sollen für das Zustandekommen oder Ausbleiben der Infektion entscheidend sein. Ausgedehnte tierexperimentelle Untersuchungen erlauben es, in der Virulenz dieser Keime gegenüber Mäusen (Bestimmung der geringsten tödlichen Dosis) einen Maßstab für das Pathogensein zu erblicken. Die verschiedenen Stämme zeigen eine sehr wechselnde Virulenz. Der höchste Grad kommt den Keimen zu, die bei den akuten, oft tödlichen Pneumokokkenerkrankungen der Lungen isoliert wurden. Eine etwas geringere Virulenz besitzen die bei den langsamer sich abspielenden, weniger lebensbedrohlichen Bronchopneumonien nachgewiesenen Keime. Dieser Gruppe gegenüberzustellen sind solche Keime, die sich bei postoperativen Pneumonien, bei den terminalen Lungeninfiltrationen geschwächter Individuen vorfinden und deren Virulenz weit geringer ist. Wie verschiedene Beobachtungen v epidemischem Auftreten akuter Pneumonien lehren, scheinen sich Organismen der ersten Gruppe durch Kontaktinfektion weiter verbreiten. Die weniger virulenten Streptokokken führen nur dem Zusammentreffen außerordentlicher Umstände zu ein atypischen und weniger spezifischen Infektion. In ihrem ganz Verhalten steht diese Pneumokokkenvarietät dem relativ harmlos Streptococcus salivarius nahe, der ebenfalls klinisch in gleicher Fo ablaufende Lungenaffektionen hervorrufen kann. Die Einteilung d Pneumokokken in 4 Typen gemäß ihren Serumreaktionen leistet der Bestimmung der Pathogenität eines gewissen Stammes kei wesentliche Hilfe. Die Annahme, daß die 3 spezifischen Typen I, und III die Krankheit erregenden virulenten Stämme umfassen u Typus IV die avirulenten, läßt sich experimentell nicht bestätig wenn auch dem Typus IV mehr avirulente Stämme zuzurechn sind als den übrigen Gruppen.

Biberfeld

La Riforma medica.

43., Nr. 27, 4. Juli 1927.

Die Methoden der Tollwutimpfung von Pasteur, Fermi und Roux-Remlinger der internationalen Völkerbundskonferenz. C. Fermi.
* Ueber einen krankhaften Symptomenkomplex, für den eine leicht hervorzurufe Schmerzhaftigkeit der Aorta und Iliaca charakteristisch ist. D. Taddei.
Ueber diffuse Sklerose der Art. pulmonalis. E. Signorelli.
Kontinuierliches Malariafieber. M. Battaglia.

Ueber einen krankhaften Symptomenkomplex, für den eine lei hervorzurufende Schmerzhaftigkeit der Aorta und der Iliac charakteristisch ist. Verf. lenkt die Aufmerksamkeit der Aerzte u besonders der Chirurgen, um unnütze, ja schädliche Operation zu vermeiden, auf einen Symptomenkomplex, der nicht allzu selt vorkommt, in der verschiedensten Weise von den Aerzten gedeu wird und der auf Grund seiner jahrelangen Beobachtungen ein v allen ähnlichen abweichendes Krankheitsbild für sich darste welches er nach seinem am meisten beständigen und charakteris schen Symptom als „Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Bau aorta und die Art. iliacae" bezeichnet wissen will. Es handelt si stets um Personen zwischen 20 bis 50 Jahren, vorwiegend Frauen. Der Allgemeinzustand ist in Mitleidenschaft gezog (Blässe, Müdigkeit u. a.), es bestehen allerhand nervöse Störung Besserungen wechseln mit Verschlimmerung des Zustandes Bisweilen subfebrile Zustände, Appetitlosigkeit, Amenorrhoe, se oft Leukorrhoe. Zahlreiche unbestimmte, auf Magen und Da weisende Beschwerden, ohne Beziehungen zur Nahrungsaufnahn oft im Nüchternzustand, ohne den rhythmischen Typus von Mage und Duodenalulkus. Oft Verstopfung, bisweilen Perioden gering schleimiger Diarrhöen. Schmerzen mit sehr verschiedenem S im Abdomen, meistens in der rechten Iliakalgegend. Man müß zahllose Krankheiten nennen, wollte man alle die unter solch Verhältnissen gestellten Fehldiagnosen aufzählen. Die richti Diagnose basiert auf folgenden objektiven Daten: 1. Zirkumskrip meistens leichte und einseitige bronchoalveoläre Prozesse, die zu Sklerose neigen und klinisch nicht leicht, sehr oft röntgenoskopis oder röntgenographisch wohl erkennbar sind, nicht selten ple ritisches Reiben, oft zeitweise auftretende Heiserkeit. 2. Schme haftigkeit auf Druck des Coecum und Colon ascendens. Röntgen skopie zeigt einerseits normale Füllung und Funktion von Coec und C. ascendens, andererseits die Lokalisation der Schmerzen dieser Gegend, aber nicht am Appendix. 3. Fehlen von Leukozyt und negativer Untersuchungsbefund aller anderen Organe. 4. Hauptsymptom die sehr lebhafte Schmerzhaftigkeit bei Druck a die Bauchaorta, besonders in der Nähe der Bifurkation im Nive des Nabels, der Iliacae und bisweilen des Femorales dicht unter de Lig. inguinale. Verf. faßt dieses Symptom, das bei allen ander organischen Krankheiten der Bauchhöhle fehlt, als Zeichen d Reizung des die Gefäße begleitenden Sympathikus auf. Dasselbe so konstant bei den oben bezeichneten Formen der Lunge tuberkulose zu finden, daß es als ein wichtiges Symptom für d Diagnose derselben betrachtet werden kann. Um es von de Schmerz der Wirbelkörper beim Malum Pottii, vom Ureterschme zu unterscheiden, genügt es, die Aorta und Iliacae mit den palpiere den Fingern zu verfolgen. Da anatomische Erkrankungen auch den leider so häufig irrtümlich Operierten nie zu finden sind, m es sich um toxische Prozesse handeln. Wenig wahrscheinlich ist d Hypothese intestinalen oder endokrinen Ursprungs für die Toxämien, sehr wahrscheinlich die einer tuberkulösen Toxämi Anamnese, Heredität, Tuberkulinreaktionen meistens positiv. Der entsprechend ist die Therapie einzurichten.

Rontal.

La pediatria.

Jahrg. 35. Heft 15. 1. August 1927.

Ueber das Masernvirus. Wenn man in einem Nährboden von ouillon und Aszitenflüssigkeit ana partes unter Paraffin Blut durch n Berkefeldfilter filtriertes Nasen- oder Rachensekret oder auch arn Masernkranker am ersten oder zweiten Krankheitstag impft, übt sich der im Thermostat bei 37° gehaltene Nährboden nach Tagen. Die Trübung rührt von kleinen, mitunter in Ketten angerdneten Kokken her; sie lassen sich weiter züchten., die Trübung ird später flockig. In anderen Nährböden mit Ausnahme von arozzi-Noguch-Bouillon gelingt die Züchtung nicht. Junge Kulturen ssen sich von Seren durchgemaserter Individuen bis zu einer Verinnung von 1:2000 agglutinieren. Da Leukozyten, mit Kokken junger ulturen versetzt, letztere in ihren Leib aufnehmen, werden die bei asern beobachteten Leukozyteneinschlüsse, die sich färberisch ebenso erhalten, mit diesen Kokken in Verbindung gebracht. Meerschweinen und Kaninchen mit dem beschriebenen Virus intraperitoneal der intravasal injiziert, gingen vielfach ein; sie hatten eine Hypermie der Lungen und Nieren mit pneumonischen Herden in den sten, degenerativen Prozessen in den letzten Organen.

Die Kraniotabes im ersten Lebenshalbjahr. Untersuchungen in riest. Unter 352 ständig beobachteten Säuglingen trat Kraniotabes ersten Lebenshalbjahr 85 mal (= 24,15%) auf. Die überwiegende ehrzahl der Fälle stammt aus überfüllten, lichtarmen und ungeigend gelüfteten Wohnungen. Fünf Säuglinge waren von den 85 etisch, sieben bereits tuberkulös infiziert. Zu letzteren kamen noch vei, deren Kutanreaktion später positiv wurde. — Die Kraniotabes t häufig im Januar, erreicht ihren Höhepunkt im Februar, um s Mai langsam, dann rasch bis zum Nullpunkt im August und Sepmber zu fallen und gegen Jahresende wieder anzusteigen. 46 Säugige mit Kraniotabes wiesen 3—6 Monate später mit einer Ausnahme dere Zeichen von Rachitis auf.

Betrachtungen über einen beobachteten Fall von Mykosis funides bei einer stillenden Frau. Eine 35jährige Frau erkrankt vor vei Jahren gegen Ende der Laktation ihres einzigen Kindes an nem Ekzem der linken Brust und Umgebung. Das Abstillen bringt ine Besserung, das Ekzem schreitet weiter, an der Warze erheinen zwei subkutane erbsengroße Tumoren, zu denen sich in enigen Wochen bei subfebrilen Temperaturen andere größere gellen. Im weiteren Verlauf wird die linke Brustdrüse in toto größer d hart, der bis dahin bestandene Pruritus hört auf. Eine Quecklber-Neosalvarsankur bleibt ohne Erfolg. — Bei der Aufnahme eht man an der linken Brustseite ein 20 cm langes und 10 cm eites ovales erythematöses Infiltrat innerhalb dessen mehrere eine Tumoren fühlbar sind, darüber die vergrößerte, indurierte tlich-braune Brustdrüse mit einem kraterförmigen Geschwür der amella entsprechend. — WaR. negativ; mäßige Anämie. In wenigen ochen erfolgen vom Tumor wiederholt schwere Hämorrhagien, die exitum führen. Die histologische Untersuchung des Tumorgewebes vivo (Sektion konnte nicht vorgenommen werden) ergibt degenetive Prozesse in der Epidermis und ein aus Lymphozyten, Leukoten und Monozyten bestehendes Granulationsgewebe in der Cutis. tor betrachtet die Mykosis fungoides als eine Systemerkrankung s hämatopoetischen Apparates mit Lokalisation in der Haut, zuindest in diesem Fall und sieht die auslösende Ursache in der durch illen bedingten erhöhten Aktivität der Brustdrüse.

Weitere Beiträge zur Kenntnis der Influenzameningitis im Kindester. Ein acht Monate alter Knabe erkrankt an Fieber und Proration, zu denen bald meningeale Reizerscheinungen treten. — Die mbalpunktion ergibt eitrigen Liquor und extrazellulär gelagerte fluenzabazillen, die sich kulturell sowohl im Liquor als im Blut chweisen lassen. Die Meningitis führt rasch zum Tode des Kindes. er Liquor Kaninchen und Meerschweinchen injiziert, tötet die ere nach 24—48 Stunden; aus dem Herzblut werden Reinkulturen n Influenzabazillen gezüchtet. Der Fall wird als eine Influenzapsis mit sekundärer meningealer Lokalisation gedeutet.

Stieldrehung des Mesenteriums in einem Fall von Melaena neonterum. Bei einem an Melaena verstorbenen Neugeborenen wird i der Sektion eine Stieldrehung des Mesenteriums und der oberen inndarmschlingen mit schweren sekundären Zirkulationsstörungen obachtet.

Eugen Stransky, Wien.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 52, 29. Juni 1927.

Ueber Cholezystographie und den Wert der modernen Färbeverfahren. Während die Färbemethoden für die Gallenblase auf intravenösem, rektalem oder Duodenalwege vorwiegend klinische Methoden sind, ist die orale Anwendung auch in der Praxis anwendbar. Sie bietet nicht die Unannehmlichkeiten der anderen, hat allerdings auch nicht den diagnostischen Wert, da ein negatives Resultat durch eine Störung im Verdauungschemismus hervorgerufen und daher bedeutungslos sein kann.

Nr. 53, 2. Juli 1927.

Die Behandlung der Tabes mit Malaria. Die von Wagner-Jauregg wieder eingeführte Malariatherapie bei Paralyse hat sich nach den Beobachtungen von Verf. auch bei Tabes bewährt. Besonders günstig werden die lanzinierenden Schmerzen und die gastrischen Krisen beeinflußt, der Allgemeinzustand gebessert, ebenso die Ataxie bei frischen Fällen. Dagegen ist die Wirkung auf die objektiven Symptome, d. h. die Reflex- und Liquoranomalien gleich Null. Die Fieber-Chokttherapie scheint nicht nur die Entzündungserscheinungen zu beeinflussen, sondern auch die Regeneration der Myelinkörper herbeizuführen und sollte vielleicht schon präventiv bei allen luischen Erkrankungen angewandt werden, bei denen das Zentralnervensystem ergriffen zu sein scheint.

Nr. 54, 6. Juli 1927.

Der Krebs in der Geschichte der Medizin. Nach einem interessanten Ueberblick über die Auffassung der Entstehung des Karzinoms präzisiert sich nach Ansicht des Verf. das Problem heute mehr und mehr im Lichte der physikalischen Chemie, die erlaubt, die Konstitution der lebenden Materie zu untersuchen und die Lösung des Mysteriums der unendlichen Zellteilung zu ergründen, die den Kernpunkt der Krankheit ausmacht.

Experimentelle Untersuchungen über die vaso-motorische Innervation. Alle Eingriffe beim sympatischen System, ob im Niveau der Arterien, ob in dem der Ganglien oder der Rami communicantes poorozinen zweierlei zirkulatorische Modifikationen, eine im lokalen Gebiet und eine entferntere in der allgemeinen Zirkulation. Bei der periarteriellen Sympathektomie entsteht eine passagere Reizung der intramuralen motorischen Zentren mit unilateraler lokaler kurzdauernder Gefäßkontraktion. Die nachfolgende aktive Vasodilatation ist die Folge langer Reflexe und gewöhnlich bilateral. Sie ist durch allgemeine Blutdruckveränderungen gekennzeichnet. Gleichzeitig bewirkt der Eingriff lokale Zirkulationsstörungen mit ebenfalls lokalen Temperaturveränderungen, die gegenwärtig noch schwer zu bestimmen sind. Die periarterielle Sympathektomie produziert keine so dauernde periphere Hyperthermie wie die Intervention an der Kette. Die postoperativen Zirkulationsveränderungen der operierten Seite unterscheiden sich von denen der nichtoperierten Seite darin, daß sie nur auf den Modifikationen der rein peripherischen Blutbewässerung beruhen. Es ist daher immer ratsam, an der kranken Seite zu operieren, trotzdem man nach jedem Eingriff bilaterale Effekte erzielt.

Haber.

Le Scalpel.

Nr. 27, 2. Juli 1927.

Enthält Sitzungsberichte einer Brüsseler Aerztetagung.

Nr. 28, 9. Juli 1927.

Vorläufiges Ergebnis experimenteller Untersuchungen über die gingivo-dentäre Aetiologie des Krebses. Verf. gibt für die Entstehung des Krebses folgende Erklärung: 1. die Krebskeime verbreiten sich unter bestimmten vegetabilischen Nahrungsstoffen, wahrscheinlich unter Vermittlung bestimmter Würmer oder Insekten. 2. Die Zerkleinerung dieser Vegetabilien häuft kauzerigene Keime in den gingivo-dentären Blindsäcken an. 3. Sind letztere durch eine Gingivitis ulzerisiert und befindet sich das betreffende Individuum in einem präkanzerösen Zustand, so können die genannten Keime diese Ulzerationen durchbrechen. 4. Nach einmaliger oder wiederholter Inokulation des Zahnfleisches siedeln sich die krebserzeugenden Keime dort an, akklimatisieren sich, pflanzen sich fort. 5. Diese Inkubation kann sich über Monate, ja selbst ein Jahr erstrecken. 6. Dann erfolgt die Weiterverbreitung z. T. durch den Speichel, der den gesamten Verdauungstrakt durchläuft, z. T. durch die Lymphe. Eine Verbreitung auf dem Blutwege gehört zu den Seltenheiten. 7. Es ist immerhin denkbar, daß dieser primäre Bewohner der Mundschleimhaut imstande ist, die Infektion von einer Person auf die andere zu übertragen.

Nr. 29, 16. Juli 1927.

Unfälle durch den elektrischen Strom. Wichtig vom physiologischen Standpunkt aus ist die Stromart: Gleichstrom erzeugt lokale Verbrennungen und erhitzt bei ausreichender Intensität den ganzen Körper, ist aber im großen und ganzen ungefährlich. Der Wechselstrom ist darum so gefährlich, weil bei der ständigen wechselnden Voltzahl die physiologische Stromwirkung im Maximum erreicht wird. Man behauptet allgemein, daß der Wechselstrom den Gleichstrom an Gefährlichkeit um das Dreifache übertrifft. Der Schaden, den der elektrische Strom bei seinem Durchgang durch den Körper anrichtet, hängt wesentlich von der Zeitdauer ab. Was im Bruchteil einer Sekunde unversehrt bleibt, erfährt bei Ausdehnung auf einige Minuten irreparable Schädigung. Ein Strom, der den Körper in vertikaler Richtung, z. B. vom Knie zum Fuß hinab durchläuft, ist weniger zu fürchten, als wenn er den Kopf, das Rückgrat oder den Thorax durchquert. Schließlich sei noch ein Faktor erwähnt, dem Jellinek besondere Bedeutung beimißt: der Unfall, den man kommen sieht, ist weit weniger nachhaltig in seiner Wirkung als der gänzlich unvorhergesehene.

Um einen vom Strome Getroffenen zu retten, muß man schnell handeln, doch muß sich der Samariter im Voraus sichern, um nicht selbst auch getroffen zu werden. Er muß sich vom Boden isolieren; dazu genügt es oft schon, einen Stuhl oder Tisch aus trockenem Holz zu besteigen. Nach Möglichkeit wird er bei der Rettungsarbeit nur eine Hand benutzen und diese noch durch einen Gummi- oder Baumwollhandschuh isolieren. Statt den Verunglückten selbst zu berühren, zieht man ihn besser an seinen Kleidern, oder man bedient sich eines Stockes mit gebogener Krücke. Ein vom Strome Getroffener ist im Zustand des Scheintodes, man muß ihn wie einen Ertrunkenen behandeln, d. h. unverzüglich künstliche Atmung einleiten und für lange Zeit fortsetzen. Die vom elektrischen Strom erzeugten Brandwunden sind sowohl anatomisch wie klinisch ganz anders als die durch Feuer oder Chemikalien erzeugten.

Held.

Informations sociales.

23., Nr. 1, 4. Juli 1927.

Internationale Berufsvereinigung der Aerzte. Die in kürzester Zeit bevorstehende Gründung einer internationalen Vereinigung der beruflichen Aerzte-Organisationen verschiedener Staaten wird angekündigt. Die Aufgabe der neuen Organisation wird durch den Artikel 2 des Satzungsentwurfes ausgedrückt, welcher folgends lautet:

Zweck dieser internationalen Vereinigung ist, eine zentrale Stelle für Informationen, Auskünfte und Verbindung unter den einzelnen nationalen Gruppen der Aerzte zu schaffen; auf diese Weise wird jede derselben in den Stand versetzt, durch Zugrundelegung der Erfahrungen von anderen, die zahlreichen Probleme beruflicher Natur, welche das individuelle und soziale Dasein des Arztes betreffen, zu erforschen.

Die Tätigkeit der Vereinigung wird sich strikte auf die Fragen beruflicher Natur beschränken, so daß rein wissenschaftliche aus ihrem Aufgabenkreis vollständig ausgeschaltet sind. Es wird auch beabsichtigt in eine unmittelbare Verbindung mit dem Internationalen Arbeitsamt zu treten.

Im Laufe dieses Jahres wird eine Generalversammlung abgehalten werden, auf welcher jeder Staat durch einen Delegierten oder ein korrespondierendes Mitglied vertreten sein wird. Diese Versammlung wird auch die endgültige Fassung der Satzungen der Vereinigung vornehmen.

Vorläufiger Sitz und Sekretariat der Vereinigung befinden sich in Paris, wo sie der Union des syndicats medicaux de France provisorisch angegliedert sind.

Ashkenasy, Wien.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

41., Heft 1, Juli.

Herzschädigungen durch Röntgentiefenbestrahlung. Muskelgewebe und besonders Herzmuskelfasern werden häufig ebenso wie Knorpel und Knochen zu den gegen Röntgenstrahlen widerstandsfähigsten Geweben des menschlichen Körpers gerechnet. Eingehende sorgfältige Versuche mit Bestrahlung der vorderen Brustwand von Hunden und Schafen zeigten, daß sowohl durch massige einmalige Bestrahlung wie auch durch häufiger wiederholte Anwendung kleiner Strahlenmengen gewisse charakteristische pathologische Veränderungen am Herzen zu erzeugen sind. Es finden sich ganz grobe Schädigungen wie Hydropericard, hämorrhagische Infiltration der Vorhofsmuskulatur sowie Verdickung und hyaline Degeneration des Epikards mit Blutaustritten in die Herzkammerwand. Die mikroskopischen Veränderungen im Myokard sowie im Hisschen Bündel bei Schafen sind entsprechend der Dauer der Röntgenschädigung verschieden. Die Aufnahme der Elektrokardiogramme bei den bestrahlten Versuchstieren ergab wesentliche Abweichungen vom Normalen wie paroxysmale Tachykardien, Vorhofsflattern und Flimmern, Verlängerung des P. R. Intervall's u. a. m. Jedenfalls bietet die Tiefenbestrahlung die Möglichkeit, durch ein unblutiges Verfahren mit gewisser Regelmäßigkeit Myokardschädigung und elektrokardiographische Veränderungen am Versuchstier hervorzurufen.

Untersuchungen an Kranken, die relativ große Strahlenmengen in der Herzgegend erhielten, bei dem Versuch einen Mediastinal- oder Lungentumor therapeutisch zu beeinflussen, ließen im Myokard mikroskopische Befunde erheben, die denen am Herz bestrahlter Tiere gleichzustellen waren.

Biberfeld.

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

Vol. XII, Mai 1927, Nr. 8.

Die Pharmakologie des Eisens und des Aluminiums in Bezug auf therapeutische Verwendung. Die subkutanen oder intramuskulären Injektionen von Eisenpräparaten sollten nur bei strikter Indikation, die wohl recht selten ist, vorgenommen werden. Eisensalze wirken häufig am Ort der Injektion reizend, auch resorptiv-toxische Nierenschädigungen sind beobachtet.

Lokale Anwendung von Aluminium als Adstringens ist harmlos. Per os gereicht, wird es nur in Spuren resorbiert und ist daher ebenfalls ungefährlich. Dagegen wirken Aluminiumsalze als subkutane Injektion ausgesprochen toxisch.

Walter Goldstein, Berlin.

The Journal of Nervous and Mental Disease.

65., Nr. 3, März 1927.

Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Von den 0 behandelten Fällen zeigten 31 eine ausgezeichnete Remission, 34 ieben unbeeinflußt, 6 gingen durch Malariatod verloren, während r Rest partielle Remissionen bzw. leichte Besserungen aufwies. n wenigsten reagieren die dementen Fälle, sowie die schizoiden d die juvenilen Fälle, am besten wurden die expansiv-paranoiden ille beeinflußt, etwas weniger günstig die depressiven. Die besten emissionen wurden im Alter von 26—40 Jahren beobachtet. Die urteilung der Remissionen erfolgte nach einer Beobachtungsdauer n 2 bis 4 Jahren. Serologisch besserte sich am raschesten die eozytose, die sich in wenigen Tagen nach der Kur stark zurück-lden kann und in 50% der Fälle nach einigen Monaten völlig ver-hwunden war. Die Globulinreaktion besserte sich ebenfalls be-utend, während der Liquor-Wassermann nur sehr langsam ver-hwindet und noch nach 3 Jahren nur in 70% der Fälle negativ funden wurde. Die Goldsolreaktion geht nur sehr langsam und enig zurück und gibt fast nie, auch nach langen Jahren, mehr eine rmale Kurve. Die Blut-WaR. verschwindet in der Regel sehr sch nach der Behandlung. Klinische und serologische Besserung hen anfangs nie parallel; erst nach Jahren zeigt sich ein an-hernder Parallelismus. Von den neurologischen Symptomen sserten sich die Pupillenstörungen nie, die Reflexstörungen nur anchmal; begleitende Ataxie und Sprachstörungen verschwanden gegen fast immer; paralytische Anfälle wurden zum Teil be-itigt, blieben aber bei drei Fällen mit nur partieller Remission un-rändert bestehen. Die Einwirkung der Behandlung auf die neuro-gischen Symptome ist also ganz verschieden; obwohl im ganzen sserung derselben zu verzeichnen ist, kann auch ausgesprochene rschlechterung bei guter Remission vorkommen.

Experimentelle Untersuchung der Pachymeningitis hämorrhagica. n progressives chronisches Dura-Hämatom ließ sich experimentell hervorbringen. Die an Katzen und Hunden ausgeführten Ver-che bestanden in subduralen Injektionen von Blut oder reizenden bstanzen und in der Untersuchung der Dura nach chronischer koholvergiftung im Tierversuch. Anatomisch zeigte die Dura nach-ut-Injektionen gewisse Abweichungen von dem Bild der progres-ven Pachymeningitis hämorrhagica, ähnelte aber dem Bild beim umatischen subduralen Hämatom. Zur Erweiterung der Kenntnis r ersteren haben die Versuche nicht beigetragen; auch waren die rch die Läsionen gesetzten Veränderungen niemals progressiv.

Neuropathologische Befunde bei einem Fall von akuter Sydenhamscher Chorea. Es fand sich: Chromatolyse fast aller Zellen des ntralnervensystems mit Kernschwellung und exzentrischer Kern-rlagerung, Zerstörung einiger Neurone, besonders des Abduzens d der Kalkarinarinde, wo sich eine starke Gliawucherung fand, uronophagie, Fettablagerungen in den großen Zellen der moto-chen Rinde und des Pallidum, Fett in den perivaskulären Räumen d petechiale Hämorrhagien im Corpus restiforme. Offenbar ndelt es sich um eine besondere Affinität des Choreavirus oder xins zu bestimmten Gehirnarealen. Gewisse Residuen nach über-standener Erkrankung weisen darauf hin, daß gewisse Schädigungen ds motorischen Systems zurückbleiben können.

65., Nr. 4, April 1927.

Das Syndrom des geistigen Automatismus und seine Rolle bei d Entstehung der chronischen systematisierten Psychosen. Die von Clérambault als Syndrom des geistigen Automatismus be-zeichnete Gruppe von Phänomenen zerfällt in sensorische, motorische u ideoverbale Phänomene. Die ideoverbalen oder psychischen Phänomene umfassen das Gedankenaufdrängen, das Zwangsdenken, d Gedankenjagen, Gedankenabsperrung und ähnliche Vorstufen der eentlichen Halluzinationen. Es wird angenommen, daß diesen Phänomenen eine psysiko-chemische Affektion des zentralen Neurons oder von dessen weiteren Verbindungen durch einen feinen systematisierten Insult zugrunde liegt. Diese Affektion kann durch Infektion, Intoxikation, Degeneration oder Trauma bedingt sein. Das Syndrom beginnt gewöhnlich mit den abstrakten psychischen Automatismen bei Einsetzen der Psychose, um dann von den elementareren sensorischen und motorischen Automatismen gefolgt zu werden, und erst zuletzt treten vollständige Worthalluzinationen auf. Der Patient, der von diesen Symptomen in einem neutralen Affektzustand überrascht wird, gibt ihnen eine exogene Erklärung auf Grund ihrer Fremdheit und ihrer Zusammenhanglosigkeit mit seinem gewöhnlichen psychischen Zustand und reagiert darauf mit Aufrichtung eines Systems von Wahnvorstellungen, die in ihrer Art weitgehend durch seine frühere Persönlichkeit bestimmt sind. Das Ergebnis ist eine chronische Halluzinationspsychose.

Ueber Ventrikelblutung. Prämonitorische Symptome für Ventrikelblutung fehlen im allgemeinen. Die Diagnose gründet sich auf das akute Einsetzen von zerebralen Symptomen bei Patienten, bei denen eine zerebrale Arteriosklerose bekannt oder ein intrakranielles Aneurysma vermutet wird, auf das frühe Auftreten vom Koma, den ständigen Blutgehalt des Liquors und das Vorhandensein von tonischen Spasmen der gesamten Körpermuskulatur bei Fehlen von klassischen Lähmungssymptomen. Der Zustand ist meist von Temperatursteigerungen begleitet, die auf eine toxische Wirkung des ausgetretenen Blutes und auf Druck und Reizung der Wärmezentren im Tuber cinereum durch die Blutung aufzufassen sind.

Intravenöse Behandlung von Epileptikern mit Kalziumchlorid und Gluko-Kalzium. Bei den verschiedenen Epilepsieformen wurde durch die Kalziumbehandlung nicht nur keine Verminderung der Zahl der Anfälle, sondern sogar eine Verschlechterung gesehen. Eine dauernde Erhöhung der Kalziumkonzentration des Blutserums wurde durch Injektion von ½ bis 2 Gramm Kalziumsalzen nicht gesehen.

Anordnung der primären afferenten Zentren im menschlichen Hirnstamm. Während bisher die Anatomie des Hirnstammes nur nach einzelnen Nerven betrachtet wurde, wird hier der Versuch gemacht, ihn genau wie das Rückenmark nach Segmenten und Fasersystemen einzuteilen. Es wird gezeigt, daß der Trigeminus, Fazialis, Glossopharyngeus und Vagus einen ähnlichen Aufbau wie die spinalen Nerven aufweisen, jeder von ihnen innerviert ein bestimmtes Hautgebiet mit exterozeptiver Hautempfindung, ein bestimmtes Schleimhautgebet mit interozeptiver Empfindung, schickt motorische Fasern zu bestimmten viszeralen Muskeln und enthält propriozeptive Fasern von den von ihm innervierten Muskeln sowie segmentale Reflexfasern. Die afferenten Anteile der Nerven teilen sich bei ihrem Eintritt in den Hirnstamm in zwei Hauptteile, einen ventralen, der die exterozeptiven und die segmentalen Reflexfasern enthält, und einen dorsalen, der die interozeptiven und propriozeptiven Fasern umfaßt. Die einzelnen Fasersysteme werden ausführlich beschrieben.

W. Misch, Berlin.

The American Journal of Röntgenology and Radium Therapy.

17., 6.

Das Verhältnis der chemischen und biologischen Wirkungen der Röntgenstrahlen verschiedener Wellenlänge zur Luftionisation. 1. Röntgenstrahlenwirkung auf wässrige Oxyhämoglobinlösungen. Es ergab sich bei den härtesten Röntgenstrahlen eine etwas größere Wirkung. Ihre Größe ist entsprechend den Erwartungen, indem die effektive Atomzahl des Wassers etwas niedriger als die der Luft ist. Durch den Kompton-Effekt wird die Wirkung harter Strahlen auf eine Lösung mit einer Wirkungszahl größer wie Luft vergleichsweise zu gering.

Die Hauterythemdosis bei der Kombination zweier verschiedener Strahlenarten. Die Bildung des Hauterythems ist nicht allein durch die Quantität sondern auch durch die Qualität der absorbierten Strahlung bedingt. ⅔ Erythemdosis einer weichen Strahlung müssen von ⅔ Erythemdosis einer harten Strahlung unmittelbar gefolgt sein, um den Effekt einer Erythemdosis einer der beiden Strahlenarten am Ausmaß von einer ganzen Erythemdosis zu ergeben und umgekehrt. Wahrscheinlich treffen die verschiedenen Strahlen-

typen verschiedene Zellen oder verschiedene Teile derselben Zelle in verschiedener Ausdehnung.

Die Diabetestuberkulose. Pulmonale Tuberkulose als Komplikation des Diabetes wurde in 9% bei 182 Patienten, welche der Röntgenuntersuchung der Brust unterzogen wurden, gefunden. Unter 45 Fällen gehörten 46% der Hilusform der Pulmonaltuberkulose an, welche dann meist nach dem 45. Jahre auftrat. Ihre Prognose ist, selbst bei Anwendung des Insulins, schlecht.

Die napfförmige Zwerchfelldeformität und ihr Ursprung. Eine napfförmige, erhabene Zwerchfelldeformität ließ sich unabhängig von kostophrenischen Synechien bei andersartigen Erkrankungen als subphrenischen Abszeß erkennen. Vermutlich stellen gewisse dieser Fälle eine starke Ausziehung in Verbindung mit teilweiser Schrumpfung, wie dies praktisch bei allen pulmonalen Infiltrationen vorkommt, dar. Eine andere Gruppe scheint mit ihrer Bewegungshemmung im mittleren Teil der Zwerchfellkuppel seitlich an den Winkelbildungen fixiert, von segmentärer Hemmung abhängig zu sein. Eine bequeme Erklärung könnte die angebliche Doppelinnervation des Zwerchfells bieten. Beim Hund konnte keine solche Innervation nachgewiesen werden, noch konnte experimentell eine napfförmige Deformität hervorgebracht werden.

Fundamentalprobleme in der Strahlenbehandlung des Oesophaguskrebses. Eine Literaturübersicht zeigt, daß die Resultate der Strahlenbehandlung des Oesophaguskrebses hinsichtlich der Heilung höchst unbefriedigend sind. Kombinierte Röntgen- und Radiumtherapie kann palliativ für 2, 3 und selbst 5 Jahre wirken mit Erleichterung der Symptome, Besserung der Stenose und in einigen Fällen Schwinden der Krankheit soweit sich dies vermittels des Oesophagoskops feststellen läßt. Die Hauptschwierigkeit besteht in der Unmöglichkeit, durch Untersuchung die Ausdehnung der Geschwulst zu bestimmen, eine Frühdiagnose zu stellen und die anatomischen Verhältnisse zu ergründen. Die Dünnwandigkeit des Oesophagus, seine tiefe Lage und seine Beziehungen zu Aorta und Bronchien sind anatomische Besonderheiten, welche die Behandlung von Erkrankungen dieses Organes schwierig machen. Mit großer Regelmäßigkeit kommt es bei der Behandlung dieser Krankheit zu Zwischenfällen, wovon Nekrose, Hämorrhagien und Perforation mit Lungenbeteiligung die gewöhnlichsten Komplikationen sind. Es ist wichtig, die Nutzlosigkeit von Behandlungsversuchen fortgeschrittener Fälle zu kennen. Im natürlichen Verlauf des Leidens werden wichtige Nachbarorgane bereits frühzeitig ergriffen, und man kann einzig Erleichterung erzielen. Ein Versuch, solche Fälle mit intraösophagealer Radiumapplikation zu behandeln, führt mit unfehlbarer Sicherheit zum Tode durch Perforation oder Hämorrhagie. Die klinische Erfahrung hat gezeigt, daß äußere Bestrahlung zeitweise hinsichtlich der Schwellung und der Schmerzen eine bemerkenswerte Erleichterung bringen kann und den Fortschritt des Leidens für einige Zeit zu verzögern vermag. Die Gastrostomie wird allgemein als wesentlicher Teil der Behandlung dieses Leidens angesehen und es scheint nützlich zu sein, sie frühzeitig auszuführen.

Lymphoblastom (Hodgkinsche Erkrankung) der Orbita. Lymphoblastome können lokal in der Orbita ohne weiteren klinischen Befund vorkommen. Sie sollten immer in allen extra- und intrabulbären Fällen — sei es mit dem Messer, sei es mit Bestrahlung — behandelt werden. Die notwendige Strahlenmenge bringt keine Linsenveränderungen hervor. Die Strahlenbehandlung ist schmerzlos und die Möglichkeit des Rezidivs geringer als bei chirurgischem Eingriff. Die Verfolgung einiger dieser Fälle zeigt, daß sie sich praktisch wohl befinden. Ihre Prognose ist daher günstiger, als die der generalisierten Lymphoadenopathie. Die extrabulbären Tumoren haben die Neigung, lokalisiert zu bleiben.

Grenzstrahlentherapie. Im 19. Jahrhundert spielte die medikamentöse Therapie die Hauptrolle, jetzt gewinnt die physikalische an Boden. Gleichwohl wird sie noch unterschätzt, während man, wie das schnelle Kommen und Gehen der Präparate beweist, noch zu viel von dieser Seite erwartet. Die besten Erfolge wurden bei der physikalischen Therapie durch die Anwendung der Diathermie, des Lichtes, des Ultravioletts sowie der Röntgen- und Radiumstrahlen erreicht. Doch gibt es noch große Gebiete im Lichtspektrum, welche bisher in der Medizin noch nicht angewandt wurden, so zwischen den Ultraviolett- und Röntgenstrahlen. Vergleicht man die biologische Wirkung beider Strahlenarten, so haben sie Gemeinsames und Unterscheidendes. Sie ist nicht proportional der Wellenlänge und damit der Durchdringungsfähigkeit, welche lediglich nur einen Faktor der biologischen Wirksamkeit verkörpert, neben anderen noch zu studierenden. Diese Strahlen mit teilweiser Ultraviolett und teilweiser Röntgenwirkung werden von einer der Röntgenröhre ähnlichen Röhre erzeugt, welche Lichtwellen von einer Länge von 1,5 bis 2 Angströmeinheiten (1 A-E = $^{1}/_{10\,000\,000}$ cm) aussendet. Sie werden von einer Hautschicht in der Dicke von 2 mm ungefähr absorbiert. Das Grenzstrahlenerythem geht ohne Temperatursteigerung einher, im Gegensatz zu den Erythem andersartiger Erzeugung. Die interessanteste Wirkung der Gren strahlen ist der Leukozytensturz, welcher jedoch nicht identisch Leukopenie ist. 5 bis 10 Minuten nach der Bestrahlung geht Zahl der Leukozyten auf 20 bis 30% der Normalzahl zurück, um Verlauf von 25 bis 30 Minuten auf die ursprüngliche Zahl zurü zukehren, während eine tatsächliche Leukopenie Tage und Woch zur Regeneration braucht. Im Gegensatz zum Leukozytensturz die Leukopenie von der Strahlenintensität abhängig. $^{1}/_{16}$ ei schwachen Erythemdosis genügt, diese auf Reaktion des autonom Nervensystems beruhende Verschiebung der Leukozyten in inneren Organe hervorzubringen. Gegenüber dermatologischen strahlungen mit den üblichen Röntgenstrahlen, wobei unfiltri etwa 10%, filtriert gar nur 5% in der Haut resorbiert werd während der Rest das tiefer liegende Gewbe, vor allem das Strat germinativum belastet, was die Restitutio ad integrum zu bee trächtigen vermag, gelingt es, Grenzstrahlen vollkommen in d oberhalb des Stratum germinativum gelegenen Hautschichten z Resorption zu bringen, Erytheme und selbst Blasenbildungen sow leichte Defekte der überliegenden Schichten sind so schmerzlos u ungefährlich. Man kann so, auch wiederholt, eine Abstoßung dies Schichten zu Heilzwecken bewirken unter Erzielung bemerken werter kosmetischer Resultate. Alle Ekzemarten, Akne rosac Lichen planus, Pruritus ani reagieren wundervoll. Psoriasis a diese Weise behandelt rezidiviert nach kurzer Zeit. Von infektiös Erkrankungen reagieren sehr gut: Lupus, Trichophytie, Sykos vulgaris, Herpes tonsurans, Kerion celsi, Paronychie „Spatze ecken“ und Karbunkel; von Tumoren: Warzen, Mycosis fungoid Kaposis-Erkrankung und Epetheliome. Die malignen Tumor heilen ohne erhabene Narben oder andere Folgen. Die Grenzstrahl erweisen sich anderen Methoden, wie Kohlensäureschnee, übe legen. Meist sind ein oder zwei Behandlungen genügend, die L sion zu zerstören. Die Alteration des autonomen Nervensysten wie sie von den Grenzstrahlen bewirkt wird, legt Beziehung zwischen ihm und intestinalen Blutungen nahe, welche bekanntli nach Verbrennung einer gewissen Hautfläche auftreten. Das aut nome Nervensystem vermittelt Beziehungen zwischen Haut u Knochenmark. Viele spastische Zustände mögen auf ähnlich Störungen beruhen, wie die Heilung von Magen- und Duoden geschwüren nach Grenzstrahlenbehandlung nahelegt, obgleich we diätetische noch medikamentöse Maßnahmen ergriffen word waren. Hier handelt es sich jedoch nur um subjektive Angaben d Patienten. Anders war es bei der Zurückführung zu normalen Ve hältnissen von 2 Fällen mit Polyzythämie, wobei jede andersarti Behandlung vermieden wurde. Die Zahl der roten Blutkörperch betrug 8 bzw. 10 Millionen. Im letzteren Falle ging sie auf 7 Mil onen und nach einer zweiten Behandlung auf 5,3 Millionen zurüc Die Hämoglobinwerte waren 150 bzw. 105% vor und nach der B handlung im ersten Fall, im zweiten Falle waren es 140 bzw. 105 Einer der Patienten litt zugleich an einem Duodenalgeschwü welches ohne weitere Behandlung auf die Grenzstrahlenanwendu wegen der Polyglobulie heilte. Dies legt den Gedanken nahe, nicht beide Erkrankungen aus der gleichen Wurzel entstehen. D der Proteinkörpertherapie entsprechende Wirkung der Gren strahlen erklärt auch den Einfluß auf Keuchhusten, dessen Anfäll wie Verfasser beobachten konnte, innerhalb zwei Tagen rezidivl sistierten. Die dabei auftretende Antikörperbildung berechtigt z. auch zur Grenzstrahlenbehandlung, ohne direkte Beeinflussung d Krankheitsherdes, wie Akne vulgaris. Die Resultate waren erfol versprechend. Auf der Reaktion des autonomen Systems beruh auch die Erfolge, welche sich mit Grenzstrahlentherapie bei Asthm bronchiale, spastischer Obstipation, dem Status thymicolymphatic und dem Reizhusten der Kinder erzielen ließen. Fast alle Kind mit Status thymicolymphaticus waren bereits nach der ersten B handlung von ihren Krämpfen befreit, eines mit vergrößerter Thym zeigte nach der Behandlung eine definitive Verkleinerung d Thymus, was im Sinne jener Autoren spricht, welche im autonom Nervensystem den regulierenden Faktor der endokrinen Sekreti sehen.

J. Kottmaier, Mainz.

The journal of Urology.

17., Heft 6.

Regionale Anästhesie bei Operationen an der Harnblase. [B]erichtet wird über die Erfahrungen an der Mayo Klinik. Zur [ko]mpletten sakralen Betäubung werden 100 ccm 1% Prokain [(N]okain) von Körpertemperatur und 1 Ampulle Epinephrin 1 : 2600 [ve]rwandt. Mit einer feinen Kanüle wird durch Injektion von 5 ccm [di]e Gegend des Hiatus sacralis unempfindlich gemacht und nun erst [m]it stärkerer Nadel die epidurale Anästhesie durch Einspritzung [vo]n 25—30 ccm gemacht. Darauf werden die Foramina sacralia [au]fgesucht und in das S I 15 ccm, S II 10 ccm, S III 4 ccm und S IV [.] ccm auf jeder Seite injiziert. Der Patient wird hierauf in Rücken[la]ge gebracht und die Lokalanästhesie am Unterbauch ausgeführt. [Di]e Empfindungslosigkeit tritt nach ca. 15 Minuten ein und hält [.]–1½ Stunden an.

Referiert werden 1023 Fälle, die vom 1. Juni 1924 bis 1. Sep[te]mber 1926 behandelt wurden. Bei 525 Prostatektomien war die [An]ästhesie in 87,1% gut, in 7,8% ausreichend, in 1,5% gering und [in] 3,4% mußte zur Narkose gegriffen werden. Von 112 Blasen[tu]moren und Divertikeln waren 80% gut, 4,5% ausreichend, 2,7% [ge]ring, 12,7% brauchten Narkose. Die entsprechenden Zahlen für [di]e Zystostomie sind 81,7%, 12,1%, 3,5%, 2,5% und für die [Zy]stoskopie 96%, 2,9%, 0,9%. Schwerere Reaktionen ereigneten [si]ch in 3% der Gesamtfälle, leichtere bei 4,3%, während 92,7% die [In]jektion anstandslos vertrugen. In 39,9% der Fälle brauchte [wä]hrend des postoperativen Verlaufes kein Morphium verabfolgt [we]rden, 31,4% bedurften nur einer Injektion, 21,7% zweier Ein[sp]ritzungen.

In einer Reihe von Fällen wurde neben der epiduralen Ein[sp]ritzung nur noch S II mit injiziert, doch schien die Wirkung dann [e]i[n] wenig abgeschwächt zu sein. Bei epiduraler Anästhesie allein [is]t die Gefahr des Versagens noch größer.

Kontraindiziert ist die regionale Betäubung bei niedrigem Blut[dr]uck. Wenn die Patienten sie ablehnen und Allgemeinnarkose in [Fr]age kommt, soll dieser der Vorzug gegeben werden.

Mit Tuberkulin behandelte Tuberkulose des Genitaltraktus. [Da]rstellung dreier Fälle. Die Tuberkulinbehandlung ist indiziert: [a)] bei doppelseitiger Nierentuberkulose und bei einseitiger Tbc, [we]nn die andere Niere geschädigt ist. b) bei Prostata und Samen[bl]asentuberkulose. c) bei Nebenhodentbc, wenn noch andere [In]fektionen vorhanden sind, die sich chirurgisch nicht entfernen [las]sen. Kontraindiziert ist das Mittel bei gleichzeitiger aktiver [Lu]ngentbc. Das Tuberkulin muß über lange Zeiträume hin [(1]–2 Jahre) gegeben werden unter langsamster Steigerung und [Ve]rmeidung jeglicher Reaktion. In 3 Fällen hat Verfasser gute [Er]folge erzielt: bei einem Manne mit doppelseitiger Nebenhoden-[Sa]menblasen- und Prostatatbc., der die Operation ablehnte, bei einem [äh]nlichen Falle, wo jedoch eine beiderseitige Epididymo-Vasektomie [au]sgeführt worden war und bei einer einseitigen Tbc des Samen[we]ges, wo ebenfalls der chirurgische Eingriff abgelehnt worden war.

Neue Methode zur Färbung der Tuberkelbazillen. Vorläufiger [Be]richt. Um die Nachteile der üblichen Karbolfuchsinfärbung zu [ve]rmeiden, empfiehlt der Verfasser folgendes Verfahren: Der [Au]sstrich wird in gewöhnlicher Weise hergestellt, fixiert und dann [.]5 Minuten in einer Lösung gefärbt von Alc. abs. 20 ccm, ge[sc]hmolzene Phenolkristalle 20 ccm, basisches Fuchsin 12 g, Xylol [.]9 ccm. Vorsichtiges Entfärben in 0,25% Säurealkohol, schwenken [in] destilliertem Wasser während einiger Sekunden, Gegenfärben mit [Lö]fflers Methylenblau, nachdem das Präparat lufttrocken ge[wo]rden ist. Die Färbungsflüssigkeit macht ähnlich wie das Häma[to]xylin einen Reifungsprozeß durch. Noch bessere Resultate er[zie]lt man durch Färbung im Brutschrank.

Vergleichende Histologie der Harnröhrenschleimhaut und ihrer [Be]ziehung zur Gonokokkeninfektion. Der Verfasser hat versucht [di]e Frage, warum die Tiere der künstlichen Gonokokkeninfektion [wi]derstehen auf anatomischem Wege zu lösen. Er hat systematisch [di]e Harnröhrenschleimhaut der Säugetiere untersucht und zwar [sp]eziell von Hund, Katze, Ratte, Meerschweinchen, Kaninchen, [W]idder, Eber, Stier und Affe. Submuköse, d. h. Littré'sche Drüsen [wu]rden bei Mammatieren nicht gefunden. Urethraldrüsen fanden [si]ch bei Ratten und Meerschweinchen, bei den höheren Klassen der [Sä]ugetiere fehlten sie oder waren nur schwach, beim Menschen [da]gegen wohl entwickelt. Diese Urethraldrüsen sind bei den Tieren [vo]rhanden, denen Samenblasen und Prostata fehlen, sie scheinen sie [in] ihrer Funktion zu ersetzen. Die Schleimhaut besteht zumeist aus [ve]rhornenden Plattenepithelien, die sich auch beim Menschen als [Go]nokokken resistent erwiesen. Man könnte annehmen, daß hier[au]f die Immunität der Tiere beruhe. Da aber auch Ratten, Meer[sch]weinchen und Affen, deren Harnröhren mit anderem Epithel aus[ge]kleidet sind, der Infektion widerstehen, muß das Hinzutreten na[tü]rlicher immunisatorischer Kräfte angenommen werden. Der [Go]nokokkus ist ein hochdifferenzierter Organismus, der nur auf eine [eb]enso hoch entwickelte Harnröhre wirkt.

Die Einwirkung der Temperatur auf die Lebensfähigkeit der Gonokokken. Die Versuche zeigen, daß es gelingt, den Gonokokkus auch bei Temperaturen lebensfähig zu erhalten, von denen man bisher glaubte, sie wirkten abtötend.

Frische Eiterkulturen überleben eine Wärmewirkung von 43 bis 44° C, Subkulturen eine solche von 45°, 30 Minuten lang. Sie gedeihen noch, wenn sie 24 Stunden bei Zimmertemperatur gehalten wurden, ja manchmal noch nach 72 Stunden, auch können sie 24 Stunden im Eisschrank aufbewahrt werden, ohne in ihrem Wachstum behindert zu sein. E. Lehmann, Hamburg.

Revista medico-cirurgica do Brasil.

35. Jahrg., Nr. 5, Mai 1927.

Die Desinfektion von Eßgeräten in öffentlichen Anstalten. Derzeit sind wir noch nicht imstande, eine einheitliche Methode sowohl für die Desinfektion des Tafelgeschirres wie auch der Trinkgefäße anzuwenden, da weder das Auskochen noch der maschinelle Reinigungsmodus bei Glasgefäßen möglich sei. In Kinderasylen, Schülerpensionaten, Krankenhäusern sollten metallene Eß- und Trinkgeräte und zwar für jeden einzelnen individuell bezeichnet, angeschafft werden. Wenn auch das Reinigen derselben in gemeinsamen Abwaschtrögen erfolgt, somit ein individuelles Behandeln dadurch verhindert wird, so wird dieser Umstand doch durch die Möglichkeit des Auskochens ausgeglichen. In Restaurants, Kaffee- und Weinhallen sollten die Trinkgefäße und Becher entweder auskochbar sein oder solche aus paraffiniertem Papier hergestellt benützt werden, welche nach dem Gebrauch vernichtet werden könnten. Da die Reinigung glatter Gefäße eine viel vollkommenere ist, als derjenigen, an welchen allerlei Verzierungen, Leisten usw angebracht sind, sollten grundsätzlich nur solche zur Benutzung zugelassen werden. Standpunkte nur erfreulich, daß die letztgenannten Gefäße aus wirtschaftlichen Gründen in den letzten Jahren aus den öffentlichen Anstalten verschwunden sind. In den öffentlichen Wirtschaften sollte die saubere und angewärmte Serviette vom Gaste dazu verwendet werden, sein Eßgerät nochmals knapp vor der Benutzung auszuwischen. Diese „rituelle", instinktive Handlung vieler Leute ist ein Gradmesser der Erziehung zur Sauberkeit und Verständnisses für Hygiene. Ashkenasy, Wien.

Brasil-Medico.

41. Jahrgang, Nr. 23, 4. Juni 1927.

Augenerkrankungen infolge Zahnaffektionen. Unter den mehrfachen Uebertragungsbahnen von Zahnaffektionen auf das Auge ist auch die reflektorische in Betracht zu ziehen, welche ihren Weg von eigenen oder infizierten, künstlichen Zähnen nehmen. Viele Fälle von spasmodischen Reflexen der Lider oder der äußeren Muskulatur des Auges, ebenso von Asthenopie, Strabismus, Amblyopie, Akkomodationsspasmen- und paralysen, Neuralgien, Hyper- und anästhesien und schließlich trophischer Störungen kommen auf dem Wege der Trigeminusreizung, welche ihren Ursprung in Zahnaffektionen hat, zustande. Bei den von den Zähnen ausgehenden Infektionen des Sehapparates ist der primäre Herd nicht immer manifest, sondern erst einer genauen radioskopischen Untersuchung gelingt seine Entdeckung. Speziell diese Form der „kryptogenetischen" Infektion verläuft oft ohne irgendwelche subjektive Beschwerden. Im allgemeinen sind die Augenaffektionen homolateral mit den Zahnerkrankungen, gekreuztes Auftreten der Störungen findet verhältnismäßig selten statt. Die häufigsten für Erkrankungen der Augen verantwortlich zu machenden Zähne sind die oberen zwei Prämolaren und die zwei großen vorderen Molaren. Die übrigen Zähne, speziell die des Unterkiefers, geben in den seltensten Fällen Anlaß zu Augenaffektionen. Ashkenasy, Wien.

A Folha Medica.

8. Jahrgang, Nr. 12, 16. Juni 1927.

Nr. 13, 1. Juli 1927.

* Die Insulinbehandlung des dauernden Singultus und unstillbaren Erbrechens nach Operationen. Oscar Clark.
* Zur Pathogenese des Malariaanfalls. Hélion Póvoa.
Wohnung und Tuberkulose. Placido Barbosa.
Verdauungs- und Ernährungsstörungen des Kindes. João Amarante.

Die Insulinbehandlung des dauernden Singultus und unstillbaren Erbrechens nach Operation. Verfasser bringt einen Fall von postoperativem, dauerndem Singultus und unstillbarem Erbrechen, welche Symptome er durch Insulininjektionen neben gleichzeitiger parenteraler Verabreichung von physiologischer Kochsalzlösung und Traubenzucker in sehr kurzer Zeit zum Verschwinden gebracht hat.

Zur Pathogenese des Malariaanfalls. Verfasser sieht den Malariaanfall als Erscheinungsform eines Schocks an, der durch eine merozoitische Ueberschwemmung des Organismus während des Fortpflanzungsaktes der Parasiten hervorgerufen wird.

Ashkenasy, Wien.

The Tohoku journal of experimental medicine.

9., 1., 30. Juni 1927.

Wirkung des Hungers und sensorischer Reizung auf die Menge der Adrenalinausbeute von der Nebenniere des Hundes. IV.: Bericht. Y. Satake M. Watanabe.
Zur Kenntnis der Wirkung des Tetrodongiftes. S. Kimura.
Studien über das entgiftende Hormon der Leber (Yakriton). V. Bericht. T. Sagawara.
Prophylaktische Wirkung von Yakriton gegen Harnstoffintoxikation. H. Sakarada und A. Sato.
Ein Beitrag zur Konservierung lebender Bakterien. A. Kurokawa.
Studien über Flüssigkeitsaustausch. II.: Experimentelle Studien über das venöse Stauungsödem bei gesunden und nierenkranken Hunden.

Dr. Fritz Müller, Neukölln.

Buchbesprechungen.

Pfaundler-Schloßmann: **Handbuch der Kinderheilkunde.** VII. Band: Die Ohrenkrankheiten im Kindesalter mit Einschluß der Grenzgebiete von Alexander. Verlag: Vogel. Preis geb. 39 M. 2. Auflage. — Die vorliegende 2. Auflage beweist die Notwendigkeit einer eingehenden zusammenfassenden Darstellung der Ohrenkrankheiten im Kindesalter. Sowohl für den Kinderarzt wie für den Ohrenarzt ist das Buch geschrieben. Zum Verständnis der Klinik wird ein Kapitel über die Anatomie vorausgeschickt. Sehr gute Abbildungen sind beigefügt. Ueber die Physiologie des Gehörorganes wird das praktisch Wichtige mitgeteilt. Die Technik der Untersuchung des Ohres, die ja bei Kindern durchweg größere Uebung erfordert als bei Erwachsenen, wird eingehend beschrieben. Die Krankheiten des Ohres sind wie üblich eingeteilt in solche des äußeren Ohres, des Trommelfells, des Mittelohres und des inneren Ohres. Die extra- und intrakraniellen Komplikationen sind entsprechend ihrer Wichtigkeit eingehend behandelt. Die pathologisch-anatomischen Grundlagen, Diagnosenstellung, Differentialdiagnose, Prognose, Therapie und Indikationsstellung zur Operation sind aus reicher Erfahrung heraus dargestellt. Allerdings sind in manchen Punkten, so z. B. bei der Indikationsstellung zur Labyrinthoperation die Meinungen der Otologen nicht so einmütig, wie es bei der Lektüre dieses Kapitels erscheinen möchte. Diese Meinungsverschiedenheiten mögen aber über den Rahmen dieses Buches hinausgehen.

Von Interesse sind besonders auch für den Kinderarzt die Abhandlungen über Ohrerkrankungen bei Allgemein- und Infektionskrankheiten. Der Taubstummen- und Schwerhörigenunterricht, die Tätigkeit des Schul-Ohren-, Nasen- und Halsarztes finden in besonderen Kapiteln eingehende Berücksichtigung, so daß auch für den Fürsorgearzt hier Wissenswertes geboten wird.

Die erschöpfende und aus reicher Erfahrung heraus niedergeschriebene Darstellung aller im Säuglings- und Kleinkindesalter auftretenden Erkrankungen von seiten des Gehörorganes wird nicht nur beim Kinder- und Ohrenarzte, sondern auch in vieler Hinsicht beim praktischen Arzte und Fürsorgearzt berechtigtes Interesse erwecken.

Hesse, Berlin.

Harald Schultz-Heucke: **Einführung in die Psychoanalyse.** (Gustav Fischer, Jena 1927, broschiert 18 M., geb. 20 M.) — Das vorliegende Buch ist aus rein didaktischem Bestreben hervorgegangen. Es will die Erkenntnis der Psychoanalyse vermitteln, erläutern durch vielfältige Abwandlung der Gedankenreihen dem i viduellen Verständnis von Aerzten, Studierenden, Lehrern und p chologisch interessierten Gebildeten näherbringen. Es hat nicht Absicht, der Psychoanalyse neue Tatbestände oder auch nur n Gesichtspunkte hinzuzufügen. Da die Psychoanalyse nach Ans des Verf. durch Freud ihre abschließende Tiefe bereits erlangt so bleibt seinen Jüngern nur die Aufgabe, den Erkenntnisbestand verbreitern und ihn weiterhin so in Worte zu fassen, daß er im leichter verständlich und übersehbar wird.

Die Verbreiterung psychoanalytischer Erkenntnisse ist in letzten 20 Jahren in immer steigendem Maße fortgeschritten; jed die Ordnung dieses Materials und seine Präparierung für die Ue nahme durch die breite Masse derer, die auf Vermittlung dieser kenntnisse Anspruch haben, ist hinter den übrigen Arbeiten zurü geblieben. Hier muß also darstellerisch noch viel geleistet wer — eine Aufgabe, die den Verf. besonders lockte, obwohl er sich Schwierigkeiten bewußt war, zwischen der mangelnden Kenntnis Leserkreises und der Fülle des Materials einen brauchbaren K promiß zu schließen.

Aus der Inadäquatheit von Umfang des Buches und dem Stoffes ergibt sich der Zwang, auswählen zu müssen. Verf. m sich darauf beschränken, diejenigen Hauptstrukturlinien des gan Gebietes zu skizzieren, von denen aus der Leser fruchtbar wei denken und Material sammeln kann. Das vorliegende Buch soll eine Einführung sein; weiteres Eindringen in die etwas spr Materie ist nur möglich durch ausgedehnteste Lektüre der psyc analytischen Literatur, insbesondere der Schriften Freuds, so durch eigene analysierende Tätigkeit.

Hel

Freund: **Nasen- und Halskrankheiten und ihre Beziehungen Heilpädagogik.** Verlag Marhold, Halle a. S. 1927. Preis geh. 4,70 geb. 5,70 M. — Dieses zur Sammlung Heilpädagogik und Medizin gehörige Heft bringt in einer für den Laien gut verständlichen W einen Ueberblick über die Nasen-, Hals- und Kehlkopferkrankun Anatomie und Physiologie der Organe werden zum besseren V ständnis der Erkrankungen beschrieben. Der Heilpädagoge ers aus diesem Büchlein, wann er seinen Schutzbefohlenen ärztlic Behandlung zuführen soll, besonders die Abhandlungen über hyp trophische Rachenmandel, Mutation und ähnliche werden bei besonderes Interesse erwecken. Wenn der Laie sich nicht veranl fühlt deshalb, weil er etwas medizinisch Anerkanntes über di Krankheiten gelesen hat, nunmehr auch selbst in ihm viellei leicht erscheinenden Fällen zu kurieren, sondern den Kranken, wie das Büchlein bezweckt, früher als sonst dem Arzte zuführt, so k die Lektüre desselben nur gewinnbringend sein und ist allen Nichtmedizinern zu empfehlen, die in Schulen, in der Jugendfürsor in der Berufsberatung und ähnlichen sozialen Einrichtungen schäftigt sind.

Hesse, Berlin

---

1. **Neuzeitliche Krüppelfürsorge,** 139 Seiten. 2. **Tuberkulose u Tuberkulosefürsorge,** 142 Seiten. Beiträge zur sozialen Fürsor Herausgegeben im Auftrage des Westf. Provinzialverbandes v Landesrat Dr. Jung und Univ.-Prof. Dr. Weber. Münster i. Aschendorffsche Verlagsbuchhandlung. Preis je 2,70, geb. 3,70 M. Die vorliegenden Schriften umfassen 13 bzw. 14 Abhandlungen na hafter Verfasser, die diese wichtigen Zweige der sozialen Hygie in übersichtlicher Weise vom sozialpolitischen als auch vom me zinischen Standpunkt aus behandeln. Als einziges Manko muß nicht vollkommene Literaturverzeichnis festgestellt werden. So sind alle Abhandlungen zeitgemäß und auf Grund des neusten M terials verfaßt. Es ist als besonders erfreulich festzustellen, daß a in der vorliegenden Schrift die Ansicht verteidigt worden ist, daß mit der Industrialisierung verknüpften Erscheinungen eher zur B kämpfung der Tuberkulose beitragen, daß dagegen die auf d flachen Lande herrschenden Arbeitsbedingungen zu dem noch he vielfach herrschenden Optimismus nur wenig Veranlassung geb Davon abgesehen, erscheint uns der Rat des Geheimrats Pr Dr. Paul Krause-Münster für Tuberkulose u. a. Landwirtsch zu treiben, wenig glücklich, da mit der landwirtschaftlichen Betä gung große körperliche Anstrengungen verbunden sind.

Wenn auch in der Tuberkulose-Literatur kein Mangel herrsc so ist doch das Erscheinen der Schrift über „Neuzeitlic Krüppelfürsorge" besonders zu begrüßen, weil diesem Pr blem unseres Erachtens nach noch viel zu wenig nachgegang worden ist. Wieviel Unheil hätte man aber bei rechtzeitigem Eing verhüten können! Die beiden Schriften sind populär geschrieb Es ist, besonders im Interesse der Volksgesundheit zu wünschen, d sie ihren Weg in recht weite Kreise finden.

M. Ka——wicz

Therapeutische Mitteilungen.

Ueber die
ekämpfung der Salvarsan-Nebenwirkungen.

Von
Oberarzt Dr. E. RAJKA.

Auszug aus der Originalveröffentlichung in Börgyógy. Szemle. 1927, S. 132.

Die Zahl der Menschen, welche intravenöse Salvarsan-Injektionen :ht gut vertragen, scheint im Zunehmen begriffen zu sein. Die chtverträglichkeit des Salvarsans beruht vielfach auf individueller berempfindlichkeit. Durch positive Kutanproben, passive Uebergung, welche einer Anzahl Forschern gelungen ist, läßt sich das sächliche Vorliegen von Ueberempfindlichkeit beweisen. Salvarsanberempfindlichkeit kann angeboren oder erworben sein und in zterem Falle auch wieder verschwinden. Ein wesentlicher Teil r Salvarsan-Nebenerscheinungen (allgemeine „anaphylaktoide" mptome, die crise nitritoïde der Franzosen, Hautausschläge, Purra cerebri usw.) ist nach Wechselmann, Stühmer u. a. her auf Salvarsan-Allergie zurückzuführen. — Außer den auf lergie beruhenden Nebenwirkungen gibt es auch Erscheinungen eber, manche Ausschläge, die den Arsen-Dermatosen ähneln, perkeratosen usw.), deren Auftreten anscheinend mit der brikationsart mancher Präparate in Zusammenhang steht. Es rden Verunreinigungen mit Arsenoxyd vermutet; doch besteht r noch keine Klarheit[1].

Verschiedene Verfahren werden zur Vermeidung der Salvarsanbenerscheinungen empfohlen. Die leichten Nebensymptome können nchmal ausgeschaltet werden, wenn man vor der intravenösen iektion eine minimale Dosis oral oder intravenös verabfolgt. In deren Fällen kann große Verdünnung des Salvarsans oder sehr ngsame Injektion gute Wirkung zeigen; ebenso ein Bestehenlassen r venösen Stauung für 5 bis 6 Minuten nach dem Ende der Inktion. Adrenalin wirkt speziell auf bereits entwickelte Symptome d kann bisweilen selbst schwere Erscheinungen rasch beseitigen. rsucht hat man ferner Lösung des Salvarsan in Blutserum, Norsal oder Gelatine. Wirklich bewährt hat sich keine dieser ethoden. Besser zeigte sich Lösung in Traubenzucker, Kalzium, rontium oder Natriumthiosulfat, Mittel, die teilweise auch zur Bendlung von Entzündungsprozessen tauglich sind.

Zuckerlösungen, zuerst von Fleig angewandt, zeigten sich, wie ch andere Autoren bestätigt haben, gut wirksam; sie mindern e Toxizität und verstärken die Wirkung des Salvarsans (Steinrg, Silberstein). Bei den durch Insulin zuckerfrei genchten Mäusen ist die Salvarsangiftigkeit auf das drei- bis vierhe erhöht. Daher empfiehlt Kolle, vor der Salvarsaninjektion cker zu verabfolgen oder das Salvarsan in Zucker zu lösen. liver und Douglas stellten fest, daß Zucker die Haltbarkeit r Salvarsanlösung erhöht und die agglutinierende Wirkung des senobenzol auf die roten Blutkörperchen verhindert. Diese Enttungswirkung des Zuckers beruht darauf, daß seine Aldehyduppe mit der Aminogruppe des Arsenobenzol-Moleküls in Retion tritt. Die entstehende Zucker-Salvarsanverbindung besitzt höhte Diffusionsfähigkeit.

Die ersten Versuche wurden mit Calorose[2]), einem Invertzucker, sgeführt. R. löste das Salvarsan in 5 bis 10prozentiger Caloroseung, die er sich aus 40% Stammlösung herstellte. Hierdurch rde eine Verringerung der Salvarsan-Nebenwirkungen, inssondere der anaphylaktoiden Symptome, des Fiebers und Brechzes erreicht. Bisweilen allerdings trat der Erfolg nur bei den sten Injektionen befriedigend ein, um weiterhin nachzulassen.

Kalzium gab Wiesenack vor dem Salvarsan; Kenedy benützte als erster Kalzium zum Lösen des Salvarsans. Die beobachte günstige Wirkung hat vielfache Bestätigung gefunden. Jacobsohn und Sklarz zeigten in Tierversuchen, daß Ca die Salvarsan-Toleranz erhöht, K dagegen vermindert. Kalziumpräparate haben als Salvarsanlösungsmittel ziemliche Verbreitung gefunden. Sie haben aber den Nachteil, im Körper Wärme zu entwickeln, die unangenehm empfunden wird. Langsame Applikation verhütet oder mindert zwar das Wärmegefühl, ist aber bei unruhigen Kranken schwer ausführbar. Uebrigens wirkt auch Kalzium nicht immer und verliert bei manchen Menschen allmählich an seiner Eigenschaft, die Salvarsan-Nebenwirkungen zu beseitigen. Also zeigt sich dasselbe Nachlassen des Erfolgs, das bereits bei Zuckerlösungen gefunden wurde. Natr. thiosulf. hat befriedigende Erfolge.

Alle genannten Präparate sind nicht imstande, das bei etlichen Patienten, namentlich bei Wiederholungskuren auftretende bedrückende Gefühl, eine innere Unruhe, ja Aengstlichkeit niederzukämpfen. Bei diesen Kranken tritt die nervöse Unruhe auf trotz des Bewußtseins, daß das Salvarsan in Ca oder Natr. thios. eingespritzt wurde. Gewöhnlich stellt sich der Nervositätszustand nicht gleich nach der Injektion, sondern erst einige Stunden später, mit Vorliebe am Abend ein und manifestiert sich während der Nacht durch Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Es scheint, daß die mit dem Fortschreiten der Kuren und durch die lange ärztliche Behandlung bei manchen Kranken sich einstellende allgemeine Nervosität durch Kalzium usw. nicht ausreichend bekämpft werden kann.

Diese Beobachtungen brachten R. auf den Gedanken, die doch immerhin nützlichen Lösungsmittel mit einem milden, ebenfalls intravenös verabreichbaren Sedativum zu kombinieren. Seine Wahl fiel auf das Brom, von welchem Meyer und Gottlieb schreiben, daß es die krankhaft gesteigerten Erregungen des zentralen Nervensystems zu verringern imstande ist. Seine Hauptwirkung ist daher nervöse Beruhigung. Unter den fertigen Präparaten erschien das Ektobrom[3]) am geeignetsten. Ektobrom enthält das Brom im Verein mit dem Invertzucker Calorose. Calorose hat, wie gesonderte Versuche zeigten (s. oben!), abschwächende Wirkung auf die Salvarsan-Nebenerscheinungen. Zu der das Salvarsan entgiftenden Wirkung des Zuckers tritt nun im Ektobrom noch der auf das zentrale Nervensystem gerichtete beruhigende Einfluß des Broms.

Ektobrom enthält 10% Brom in 4%iger Calorose gelöst. Salvarsan löst sich hierin leicht ohne Verfärbung oder Niederschlag. R. löste die jeweilige Salvarsandosis in 3 bis 5 ccm Ektobrom, so daß 0,3 bis 0,5 Bromnatrium mit jeder Injektion dem Körper zugeführt wurde.

Einige Krankengeschichten werden als Beispiele kurz angeführt.

1. H. V., 35jähriger Mann, Lues latens. Reagiert auf Salvarsan von Anfang an stets mit starkem Brechreiz oder Erbrechen. Salvarsanlösung in Ca schwächte den Brechreiz ab; Ektobrom brachte ihn ganz und dauernd zum Verschwinden.

2. M. K., 19 Jahre, Mädchen, Lues III, Gumma linguae. Anfänglich wurde Salvarsan gut vertragen. Am Ende der ersten Kur und noch mehr mit Beginn der zweiten Kur traten einige Stunden nach den Injektionen allgemeines Unwohlsein, Kopfschmerz, bisweilen Schüttelfrost auf. Die Nächte wurden unruhig und schlaflos verbracht. Ca, sowie Natr. thios. linderten den Zustand, halfen aber nicht vollständig. Auf 10%ige Calorose blieben die Erscheinungen aus, um nach vier Injektionen wieder aufzutreten. Nach der Lösung des Salvarsans in Ektobrom fühlte die Kranke keinerlei Unannehmlichkeiten und berichtete über völliges Wohlbefinden. Um Suggestion auszuschließen, wurde die folgende Injektion wieder nur in Calorose verabreicht, worauf die Patientin die alten Klagen berichtete, welche aber auf Ektobrom wieder ausblieben.

3. S. K., 44 Jahre, Mann, Lues latens. Auch hier stellten sich in der zweiten Kur, einige Stunden nach der Eingabe des Salvarsans, manchmal erst abends allgemeines Unwohlsein, Bedrückungsgefühl, Unruhe, meist Fieber und nachts Schlaflosigkeit ein. Ca, Natr. thios. halfen nur anfänglich und vorübergehend, erreichten keine voll-

[1]) Die infolge mangelhafter Injektionstechnik vorkommenden Gesundheitsrungen gehören nicht in den Rahmen meines Themas und bleiben daher außer racht.

[2]) Chem. Fabrik Güstrow.

[3]) Chem. Fabrik Güstrow.

ständige Beseitigung der Unruhe. Sobald aber das Salvarsan in Ektobrom gelöst injiziert wurde, traten keinerlei Symptome mehr auf. Die Lösungsmittel wurden ohne Wissen des Patienten variiert. Stets berichtete er Wohlbefinden nur nach Ektobrom. Dies war während der zweiten und auch während der dritten Salvarsankur der Fall.

Diese Beobachtungen zeigen, daß besonders in Fällen, in denen sonstige Salvarsan-Nebensymptome mit nervöser Unruhe, schlechtem Allgemeinbefinden einhergehen, oder dort, wo sich nur letztere zeigen, die Kombination von Zucker mit Brom, wie sie im Ektobrom vorliegt, als gut brauchbar zur Unterdrückung aller lästigen Erscheinungen zu empfehlen ist.

Die Praxis der akuten Ernährungsstörungen im Säuglingsalter.

Von

Dr. H. COSACK, Bremen.

Vor einiger Zeit hat Hamburger (Graz) einen sehr netten Aufsatz in der M. Med. Wochenschrift geschrieben über einfaches Denken und Handeln in der ärztlichen Praxis. Er sagt darin, daß wir meist in der Medizin die Dinge zu kompliziert sehen, während doch allermeist Diagnose und Therapie höchst einfach sind. Ja, das gilt nicht nur für einzelne Krankheitsbilder, sondern auch für ganze Erkrankungsgruppen. Und manchmal ist die Vorstellung von der Kompliziertheit einzelner Spezialgebiete so übertrieben, daß sich mancher Praktiker garnicht an die Therapie herantraut. Das ist z. B. der Fall bei Hautkrankheiten; ganz besonders aber bei den Säuglingsernährungsstörungen.

Ohne Zweifel gibt es hier und da Dyspepsien und Atrophien, bei denen man mit keinem der geläufigen Heilnahrungen zum Ziele kommt; aber das sind doch eben die Ausnahmen. Die weitaus größte Zahl der Ernährungsstörungen im ersten Lebensjahr ist doch gerade mit verblüffend einfachen Methoden zu beseitigen. Ich halte es darum für ein ungeheures Verdienst unserer großen Kinderkliniker, wie Pfaundler, Finkelstein, Czerny und Langstein, daß sie ihre Forschertätigkeit in hohem Maße der Vereinfachung dieser Methoden zugewandt haben.

Aus der Fülle der Nährschäden möchte ich, als Beispiel einmal die akute Dyspepsie und beginnende Intoxikation und ihre Therapie herausgreifen, machen sie doch $^{9}/_{10}$ aller Ernährungsstörungen aus.

Die Behandlung akuter Dyspepsien bei Flaschenkindern gestaltet sich nach dem Vorschlage von Thomas (Köln) in einfachster Weise etwa folgendermaßen: Man läßt zunächst 2—3 Milchmahlzeiten ausfallen und gibt statt dessen schwarzen Tee, der mit Sacharin gesüßt ist und dem 5 % Plasmon zugesetzt sind. Dann geht man unter Vermeidung von Milch und Zucker zu Haferschleim über, dem gleichfalls 5 % Plasmon zugefügt sind.

Schon nach wenigen Tagen bessern sich in den meisten Fällen die Stühle in Zahl und Beschaffenheit und nun kann man vorsichtig mit kleinen Milchgaben beginnen; der Süßstoff wird durch Nährzucker ersetzt und nach einer Woche lautet die Verordnung: ½ Schleim, ½ Milch mit 5 % Plasmon und 5 % Nährzucker; nach weiteren 8 Tagen kann man schließlich zur Normalnahrung zurückkehren. Nur bei einem ganz geringen Prozentsatz von Kindern, die meist schon vorher irgendwie konstitutionell geschädigt waren (multiple Abszesse, Rachitis usw.) wird man mit dieser einfachen Therapie keinen Erfolg haben. Wenn die großen klinischen Betriebe mit dieser Behauptung nicht ganz einverstanden sind, so liegt das eben daran, daß der Kliniker nur eine Auswahl der Fälle und zwar nach der schlechten Seite zu sehen bekommt.

Das Plasmon, bekanntlich ein Kasein-Kalziumpräparat, hat in den letzten 20 Jahren eine eigentümliche Wandlung durchgemacht, was seine Indikationen angeht. Um die Jahrhundertwende, als in der Diätetik der Erwachsenen das Eiweiß die beherrschende Rolle spielte, da war es — weniger in Deutschland, als in England, Amerika und Italien — ein sehr beliebtes Nähr- und Kräftigungsmittel; alle berühmten Sportsleute nahmen Plasmon-Haferflocken, Plasmon-Kakao und Schokolade.

Ohne Zutun der herstellenden Firma in Neubrandenburg eröffnete sich mit einem Mal ein ganz anderes, weit bedeutenderes Indikationsgebiet, indem namhafte Pädiater über ausgezeichnete E[...]folge mit Plasmon bei der Bekämpfung von Säuglingsdurchfällen b[...]richteten. Im Laufe der Jahre nun hat sich das Plasmon in d[...] Pädiatrie einen derartigen Platz erobert, daß es wohl heute k[...] Lehrbuch, kein Kompendium der Kinderheilkunde gibt (ganz glei[...] ob man Feer, Pfaundler-Schloßmann, Langstei[...] Meyer, Kleinschmidt oder Lust zur Hand nimmt), oh[...] daß die fabelhafte Wirkung des Kasein-Kalziums hervorgehob[...] wird. Im übrigen wird man noch von einer Heilnahrung, die ni[...] nur für die „praxis aurea“ bestimmt sein soll, verlangen, daß [...] leicht zu verarbeiten ist und wenig kostet. Plasmon erfüllt beid[...]

(Aus dem Liget-Sanatorium, Budapest.)

Zur Schilddrüsentherapie der Fettsucht.

Von

Dr. J. FARAGO.

Die Verwendung von Schilddrüsen-Präparaten bei Entfettun[...] kuren ist schon ziemlich alten Ursprungs. Seit langem ist ja bekan[...] daß der Organismus bei der ausgedehnten endogenen Fettsucht [...] so großer Zähigkeit an seinem Körpergewicht festhält, daß es in za[...] reichen Fällen unmöglich ist, eine Herabminderung des Gewichtes [...] einfachen diätetischen Maßnahmen zu erzielen.

Auf der anderen Seite kann jedoch festgestellt werden, daß [...] Anwendung der Schilddrüsen-Präparate bei Entfettungskuren do[...] nicht in dem Maße erfolgt, wie es eigentlich zu erwarten wäre. D[...] Grund hierfür ist wohl in dem Umstande zu suchen, daß die bis v[...] kurzem noch in den Handel gebrachten Schilddrüsen-Präparate ein[...] seits wegen mangelnder Dosierbarkeit, andererseits wegen des A[...] tretens höchst unangenehmer Nebenwirkungen, die die Anwendu[...] der Präparate zur Folge hatte, zu schweren therapeutischen M[...] erfolgen und Auftreten unangenehmer Symptome, wie Herzklopf[...] Tachykardie, Wallungen, psychische Unruhe, Schwindelgefüh[...] Diarrhoe etc. geführt haben. Das wirksame Prinzip der Schilddrü[...] war unbekannt; die zur Herstellung von Präparaten verwandt[...] Drüsen zeigten aber im Gehalt an wirksamen Stoffen einen auß[...] ordentlich großen individuellen Unterschied. Auch durch Fe[...] stellung des Jodgehaltes — man glaubte in demselben ein Maß [...] die Wirksamkeit des Präparates zu haben — war eine exakte Dosi[...] barkeit nicht zu erreichen. Es zeigte sich sehr bald, daß zwisch[...] Wirksamkeit und Jodgehalt, obzwar die Abhängigkeit der Schi[...] drüsenwirkung vom Jod an sich feststand, kein einfacher quanti[...] tiver Zusammenhang bestand. Nach dem heutigen Stand der Wiss[...] schaft können wir ja sagen, daß das Jod nicht nur in der wirksam[...] Substanz der Schilddrüse, sondern auch in anderen Verbindung[...] nämlich in den Vorstufen und Abbau-Produkten des wirksamen Pri[...] zips enthalten ist. Tatsächlich gelang es später Kendall,[1]) zwei v[...] schiedene jodhaltige Fraktionen aus der Schilddrüse zu isolier[...] deren eine wirkungslos war und nur die andere die typische Schil[...] drüsenwirkung darbot.

Die wegen Unzuverlässigkeit der Dosierung, aber auch infol[...] unangenehmer Nebenerscheinungen aufgetretenen Klagen macht[...] dann die systematische Verwendung des Mittels und dadurch [...] Durchführung einer erfolgreichen Entfettungskur unmöglich. Es wur[...] eben die Entfettung mittels Schilddrüsen-Präparaten sogleich in d[...] ersten Zeit durch ungünstige Erfahrungen, welche während der krit[...] losen Verwendung der Präparate an verschiedenen Stellen erzi[...] wurden, diskreditiert, oder, um die Worte von Noordens[2]) anz[...] führen, sie war in schlechten Ruf geraten.

Wie sehr aber brauchbare Schilddrüsen-Präparate bei En[...] fettungskuren, die rationell geleitet werden und zu namhaften E[...] folgen führen, unentbehrlich sind, zeigen die gerade in der letzt[...] Zeit an Fettsüchtigen angestellten Stoffwechselversuche, die sich b[...] sonders auf die endogene Form der Fettsucht beziehen

Zwar sind die Abweichungen, die in solchen Fällen gegenüb[...] dem Stoffwechsel normaler Individuen zu erwarten sind, sehr gerin[...] fügig; demgegenüber ist aber zu beachten, daß die angewandte Ve[...] suchsanordnung grob ist, die Normen nur in großen Zügen u[...]

[1]) Endocrinology 1917.

[2]) Klin. Wochenschr. 1926. 1238.

hrieben sind und auch die Bedingungen der beobachteten Veränderungen können in der Aenderung so vieler äußerer und innerer Umände gesucht werden, daß sie einfach nicht zu überblicken sind, sogar in der Mehrzahl der Fälle verschiedene Deutungen zulassen. ch den bisherigen Untersuchungen ist jedoch anzunehmen, daß r Stoffwechsel bei der endogenen Fettsucht in seiner Gesetzmäßigit von dem eines anderen normalen Individiums abweicht; die Ab-ıme des Grund-Umsatzwertes, die manchmal bobachtet wird, das sbleiben der spezifisch-dynamischen Wirkung, die ziemlich häufig rkommt, die Erfolglosigkeit der Einschränkung der Nahrungsaufıme, selbst wenn sie bis zum äußersten durchgeführt wird, endlich Tatsache, daß solche Kranken auf eine kalorisch unzureichende it nicht sofort mit einer negativen N-Bilanz reagieren, wie das einen normalen Organismus so sehr charakteristisch ist, weisen grundlegende Unterschiede hin. Es scheint sogar, als ob aus den tersuchungsergebnissen zu folgern wäre, daß dieselbe Arbeitsstung bei endogenen Fettsüchtigen die Verbrennung in geringerem ße fördern würde, als bei einem normalen, oder — wenn die Auscksweise erlaubt ist — der Organismus eines Fettsüchtigen mit em höheren Wirkungsgrad arbeitet, als der eines Gesunden.[3])

Wenn dies aber richtig ist, kann eine Behandlung, welche sich die Einschränkung der eingeführten Nahrungsmenge, die oft sehr rächtlich sein kann, ohne den gewünschten Erfolg herbeizuführen l auf eine geringfügige, meistens aber auch forcierte Steigerung Arbeitsleistung des Körpers beschränkt, nicht als die rationelle rapie der endogenen Fettsucht betrachtet werden. Die Heilung endogenen Fettsucht, die darnach als eine endokrine, konstituelle oder nervöse Erkrankung des die Stoffwechselvorgänge regu-enden Mechanismus aufzufassen ist, kann nur durch Herstellung normalen Gleichgewichtes in diesem Regulationsmechanismus er-en. Rein diätetische Maßregeln können eine größere Bedeutung die symptomatische Behandlung nicht beanspruchen.

Unter den Faktoren, welche die Stoffwechselvorgänge regulieren, ımt dem Hormon der Schilddrüse die bei weitem größte Bedeug zu. Es beeinflußt durch seine intensive, die Verbrennungen in ßem Ausmaße steigernde Wirkung entscheidend diese Stoffhselvorgänge. Diese Steigerung, welche durch Magnus-Levy on im Jahre 1895 gasanalytisch nachgewiesen wurde,[4]) legte bald Gedanken nahe, daß die Herabsetzung der Verbrennungsprozeße einer geminderten Schilddrüsenfunktion zu suchen sei. Es sind ächlich einige Forscher, wie z. B. v. Noorden[5]) und Umber[6]) der icht, daß jede endogene Fettsucht in der Hypofunktion der Schildse ihre Ursache hat. Wollen wir aber nicht ganz so weit gehen, sen wir doch zugeben, daß in der großen Mehrzahl der Fälle die ilddrüsenhypofunktion, die sicherlich manchmal auf sehr kompliitem Wege, z. B. auf Einwirkung des Nervensystems oder auf hselwirkung infolge veränderter Funktion anderer innersekretoier Drüsen zustandekommen kann, doch eine gewisse Rolle spielt. Verwendung von Schilddrüsen-Präparaten aber in solchen Fällen Zwecke der Entfettung ist nicht nur berechtigt, sondern sogar edingt indiziert.

Die gewichtsvermindernde Wirkung der Therapie mit Schildr en-Präparaten erschöpft sich aber nicht nur in der Steigerung Verbrennungsvorgänge. Der fettsüchtige Körper hält ja außer edehnten Mengen Fett beträchtliche Mengen gebundenen Wassers ck. Die Wirkung der Schilddrüsen-Präparate auf den Wasserhalt, namentlich die mächtige Steigerung der Diurese ist aber den Untersuchungen Eppingers allgemein bekannt.

In der Schilddrüsen-Therapie der Fettsucht, aber auch in der en Schilddrüsenphysiologie, war die Entdeckung des Schildrienhormons, der Trihydro-trijod-oxy-indol-propionsäure oder roxin — wie sie genannt wurde — durch Kendall (1916) ein itt von größter Bedeutung. Im Jahre 1923 teilte dann Reiter ein s Verfahren mit,[7]) wodurch das Thyroxin frei von jodhaltigen nprodukten hergestellt werden konnte. Dieses Präparat, welches h konstanten Thyroxingehalt genaueste Dosierbarkeit gewährt, wird unter dem Namen Thyropurin in den Verkehr gebracht.

Jaquet u. Svenson: Zeitschr. f. klin. Med. 41. 1900. — Brodien u. Wolpert: f. Hyg. 39. 1901. — S. auch Lichtwitz: Handb. d. inneren Med. II. Auflage. S. 901.
Berl. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 30.
Die Fettsucht 1910.
Ernährung und Stoffwechselerkrankungen 1914.
Zeitschr. f. klin. Med. 99.

Das Präparat konnte, um es zu erproben, bisher in sechs Fällen angewendet werden. Es handelte sich jedesmal um hochgradige Fettsüchtige, bei denen vorhergehende, zuweilen wiederholte Entfettungskuren, die sich aber nur auf diätetische Maßregeln beschränkten, ohne Erfolg blieben. Die Kur mit Thyropurin dauerte 4—6, in einem Falle sogar 8 Wochen. Diätetische Maßregeln wurden in jedem Falle eingehalten; die restringierte Kost war aber nie weniger als ⅘ Teil jenes Bedarfes, welcher auf Grund der Körperdimensionen, des Alters, der Lebensweise ausgerechnet und durch Gasstoffwechseluntersuchung kontrolliert wurde. Täglich 3×1 bzw. 3×2 Tabletten, entsprechend 1,5—3 mg Thyroxin, wurden verabfolgt.

Unter den 6 Fällen war die Wirkung bei drei sehr ausgesprochen: Zwei Kranke nahmen während einer vierwöchigen Kur 6,3 bzw. 8,0 kg, die dritte 7,1 kg innerhalb sechs Wochen ab. In weiteren zwei Fällen konnte eine Gewichtsabnahme von 5,2 bzw. 4,8 kg in sechs Wochen erzielt werden. Bei dem sechsten Kranken war 4,2 kg Gewichsverlust der Erfolg der achtwöchigen Kur.

Die Medikation des Präparates zeitigte keine unangenehmen Nebenerscheinungen; über Magenbeschwerden wurde nie geklagt. Die sonst öfters beobachteten unangenehmen Nebenwirkungen der Schilddrüsen-Therapie wurden hier nie beobachtet. Ungünstige Wirkungen auf das Herz und den Kreislauf oder Nervensystem und Darmkanal sind niemals aufgetreten. Wir halten es nicht uninteressant zu erwähnen, daß eine unserer Kranken seit langem an Herzkrankheit (Insufficientia bicuspidalis) in gut kompensiertem Stadium litt, aber auch bei dieser sind trotz der sechswöchigen Kur mit täglich 1,5, später sogar 3 mg Thyroxin weder die geringsten objektiven Kreislaufstörungen noch die geringsten subjektiven Herzbeschwerden ausgelöst worden.

Die günstigsten Erfahrungen, die mit Thyropurin während der kurzen Zeit gewonnen werden konnten, sind vielversprechend. Die ausgesprochenen Gewichtsabnahmen, welche bei relativ milden diätetischen Maßregeln gleichmäßig ohne jede Erschütterung, frei von irgendwelcher unangenehmen sogenannten thyreotoxischen Nebenwirkung erzielt werden konnten, zeugen für die Verläßlichkeit und Gefahrlosigkeit des angewandten Mittels.

Über Cardiazol.

Von

Dr. Karl SCHOENFELDT, Berlin-Schöneberg.

Die Behandlung der mannigfachen Erkrankungen des Herzens primärer Art oder als Folge einer anderen schweren Erkrankung ist für den praktischen Arzt von jeher eine schwere und verantwortungsvolle Aufgabe gewesen, der er sich nur dann mit Aussicht auf Erfolg unterziehen konnte, wenn er Mittel zur Hand hatte, deren sichere und zuverlässige Wirkung hinreichend erprobt war.

Der stetig wachsende Medikamentenschatz zur Behandlung akuter oder chronischer Herzleiden ist in der Hauptsache der Gruppe des Digitalis, Koffeins und Kamphers entnommen. Im Laufe der Jahre sind viele bedeutende Verbesserungen besonders in der Reihe der Digitalis-Präparate geschaffen worden, man bemühte sich, die lästige Nebenerscheinungen auf Magen und Darm zu beseitigen, es wurden die Wirkungsfähigkeit verstärkt und zweckmäßige Kombinationen mit gutem Erfolg in den Handel gebracht. Nur der Kampher blieb unberührt von allen Neuerungen, war, wie er schon vor 30 Jahren benutzt wurde, als 10% und 20% Kampheröl und als Kampher-Aether im Gebrauch.

Nun ist es nach langer und mühevoller Arbeit der chemischen Industrie gelungen, auf dem Gebiete des Kamphers eine ganz bedeutende Umwälzung vorzunehmen und etwas Neues zu schaffen, das eine erhebliche Verbesserung darstellte.

Die Firma Knoll A.-G. hat ein Kampher-Präparat in den Handel gebracht mit Namen Cardiazol. Dieses Cardiazol hat als bedeutendste Verbesserung die Eigenschaft leicht wasserlöslich zu sein.

Chemisch ist es ein Pentamethylentetrazol, in dem das bizyklische System des Kamphers enthalten und nach Feststellungen von Prof. Hildebrandt von der gleichen pharmakologischen Wirkung wie der Kampher ist.

Die Vorteile, die in der leichten Wasserlöslichkeit des Präparates liegen und von denen ich mich in zahlreichen Fällen selbst hatte

überzeugen können, sind ganz bedeutende. Ganz abgesehen von der technischen Erleichterung gegenüber den Injektionen mit dem Kampheröl ist in der Hauptsache die Wirkungsfähigkeit des Kamphers infolge der schnellen Resorption sehr gesteigert. Man kann schon einige Minuten nach der Einspritzung des Präparates die deutliche Wirkung feststellen und ich entsinne mich eines Patienten, bei dem die Cardiazol-Injektion in ca. 3 Minuten den flattrig fadenförmigen Puls in einen deutlich fühlbaren, kräftigen verwandelte. Subjektiv besteht für den Patienten die Annehmlichkeit, daß schmerzhafte Abszesse und Nekrosen, wie man sie bei Kampheröl-Injektionen bisweilen gesehen hat — wobei ich steriles Vorgehen als selbstverständlich voraussetze — niemals vorkommen. Dies ist besonders für die Behandlung an Pneumonie erkrankten Säuglingen wichtig, bei denen ich mehrfach Kampheröl-Abszesse wohl infolge des daniederliegenden Turgors gesehen habe. Irgend eine schädliche Wirkung oder Nebenerscheinung habe ich beim Cardiazol nie beobachtet, eine schlechte Verträglichkeit des Mittels habe ich nicht erlebt.

Cardiazol kommt in den Handel als Pulver, Tabletten, Tropfen und Ampullen und man kann es dementsprechend per os, per rektum und per injectionem verabfolgen, je nachdem es der Zustand des Kranken erfordert. Am meisten benutzt man das Cardiazol in Form der intramuskulären Einspritzung, mit der man, wie schon erwähnt, erfreulich schnelle Wirkungen erzielt. Interessant sind die Untersuchungen von Schoen-Utrecht, daß es genügt, die intravenöse Dosis zu verdoppeln um bei subkutaner den gleichen Effekt zu erzielen; dieses wurde in praxi von Gabriel bestätigt und somit ist die intravenöse Darreichung des Cardiazol nur da notwendig, wo es sich um einen lebensbedrohlichen Zustand handelt (Asphyxie, CO-, Morphium-, Nikotin-Vergiftung, Narkose-Unfälle). Hierbei ist zu bemerken, daß das Cardiazol das Atemzentrum direkt beeinflußt, was bei Behandlung der letztgenannten Erkrankungen besonders wichtig ist.

Mit denkbar bestem Erfolg kann man das Cardiazol als Kombinationsmittel verwerten, zum Beispiel zusammen mit Strophantin (Fahrenkamp), Digitalis (Kaufmann), Lobelin u. a. m. Auch hier sei nochmals auf den Vorteil gegen das Kampheröl hingewiesen, das man wohl nicht, ohne den Patienten der Gefahr einer Fettembolie auszusetzen, intravenös verwenden möchte. Auch intrakardial ist Cardiazol angewendet worden. Holm und Eggers berichten beste Erfolge, die sie mit den intrakardialen Adrenalin-Injektionen, wie ich sie beschrieb (Ztschft. für ärztl. Fortbildg. 1924, Nr. 17) auf gleiche Stufe stellen.

Ich komme zu dem Indikationsgebiet des Cardiazols und möchte es kurz trennen in 1. primäre organische Herzleiden und 2. sekundäre Erkrankungen des Herzens als Folge von Infektionskrankheiten, Vergiftungen usw.

1. Hierzu gehören alle Schädigungen des Herzen selbst (Klappenfehler, Moydegeneratio coronarsklerose); sowie alle Störungen des Kreislaufs akuter und chronischer Art.

2. Infektionskrankheiten, bei denen entweder toxisch (Sepsis, eitrige Angina, Diphtherie) oder infolge einer langdauernden zehrenden Erkrankung (Typhus, Tuberkulose) Herzschädigungen auftreten. Gesondert führe ich noch die Pneumonie an, bei der das Cardiazol nicht nur als Analeptikum wirkt, sondern auch, wie schon erwähnt, infolge der Anregung des Atemzentrums für ein kräftiges Durchatmen sorgt und schließlich noch als ein gutes Expektorans dient.

Ueber die Anwendung des Cardiazol bei akuten Vergiftungen habe ich schon gesprochen.

Um das Indikationsgebiet noch zu erweitern, hat die Firma Knoll in jüngster Zeit ein Kombinationspräparat in den Handel gebracht namens Cardiazol-Dicodid. Dieses Mittel ist mit seinen zwei Komponenten gedacht als Expektorans und Sedativum zugleich. Ich habe es in Anwendung gebracht bei einem 12 jährigen Mädchen mit Pertussis, bei dem es schlagartig gewirkt hat; die für Patienten und Angehörige so schrecklichen Hustenkrämpfe ließen schnell nach. Ebenso wandte ich das Cardiazol-Dicodid bei einem 6 jährigen Mädchen an mit einem vom Hilus ausgehenden Reizhusten, auch hier mit gutem Erfolg. Als Expektorans bewährte es sich mir bei einigen Bronchitiden.

Nachdem ich nun die bedeutsamen Vorteile des Cardiazol ge das Kampheröl sowie das Indikationsgebiet und die Wirkungsw erörtert habe, möchte ich nicht verfehlen, auf die große Reihe Arbeiten hinzuweisen, die die dem Kampheröl überlegene Wirk des Cardiazol-Knoll betonen (Hegler, Görlitz, Kre Ruef, Gabriel und viele andere).

Es besteht kein Zweifel, daß wir mit dem Cardiazol ein g Stück weiter gebracht worden sind auf dem Gebiete der H behandlung und daß wir in dem neuen Mittel nicht nur irgendet Neues sondern eine hervorragende Verbesserung zu erblicken ha

---

Mitteilungen.

Deutsche Gesellschaft für Rheumabekämpfu

Der von England und Holland ausgehende Gedanke, auf in nationalem Wege die Bekämpfung der rheumatischen Erkranku in Angriff zu nehmen, hat Veranlassung gegeben, die Deut Gesellschaft für Rheumabekämpfung ins Leben zu rufen. rheumatischen Erkrankungen haben nicht nur volksgesundheit sondern auch volkswirtschaftlich eine sehr große Bedeutung. England, Holland und Skandinavien sind ein Sechstel aller Arb unfähigen durch rheumatische Erkrankungen in diesen Zustand kommen. Auch in Deutschland ist die Zahl derer, die d rheumatische Erkrankungen arbeitsunfähig sind und der sozi Fürsorge zur Last fallen, erschreckend groß, wie die Arbeit Dr. Zimmer, aus der Klinik von Geheimrat Prof. Dr. B (Berlin) gezeigt hat.

Die Bekämpfung der rheumatischen Erkrankungen setzt gründliche wissenschaftliche Arbeit voraus, vor allem eine ge Abgrenzung der rheumatischen Krankheitsgruppen und die Mög keit objektiver Feststellung der durch Rheuma bedingten Arb unfähigkeit. Für Deutschland ist die internationale Rheu bekämpfung aus dem Grunde noch besonders wichtig, weil un Kurorte sich für die Behandlung rheumatischer Erkrankungen gezeichnet bewährt haben und im Ausland in hohem Ansehen ste Auch die Chirurgie und innere Medizin haben große Fortsch auf dem Gebiete der Behandlung von Rheuma und anderen lenkerkrankungen aufzuweisen.

In der ersten Versammlung der Deutschen Gesellschaft Rheumabekämpfung wurde Ministerialdirektor i. R. Wirkl. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich (Berlin-Steglitz) zum sitzenden, Dr. Hirsch (Charlottenburg) zum Schriftführer gew Dem Vorstand gehören die angesehensten Vertreter der m zinischen Wissenschaft und Praxis, der Klimatologie und Bal logie, hoher Reichs- und Staatsbehörden, Träger der Sozia sicherung, Kurverwaltungen u. a. m. an. Die bekannten Rheu forscher Geheimrat Bier, Geheimrat His, Geheimrat Müller und Geheimrat Goldschneider wurden zu E mitgliedern ernannt. Aus den wissenschaftlichen Mitteilungen Vorführungen gelegentlich der ersten Tagung der Deutschen G schaft für Rheumabekämpfung gewann man den Eindruck, da Kampf gegen die rheumatischen Erkrankungen notwendig und sichtsreich ist. Es ist dringend zu wünschen, daß die weit Schichten unseres Vaterlandes, nicht nur die Aerzte, sondern Träger der Sozialversicherung, Volkswirtschaftler und ander der Volksgesundheit interessierte Kreise sich durch Beitritt zu Deutschen Gesellschaft für Rheumabekämpfung beteiligen. meldung bei dem Schriftführer Dr. Hirsch, Charlotten Fraunhoferstr. 16.)

Jeder muß an seiner Stelle dazu beitragen, daß die matischen Erkrankungen möglichst energisch und zielbewußt kämpft werden im Dienste der einzelnen Kranken wie der He der Kraft und Gesundheit des Volkes.

Kampf gegen Rheuma ist Dienst am Volke!

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

erlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854

UMMER 37 BERLIN, DEN 16. SEPTEMBER 1927 45. JAHRGANG

Originalien.

us der I. med. Klinik der Charité, Berlin. Leiter: Geh. Rat Prof. Dr. His.

Ueber die Verwendung des Strontiums in der Therapie.

Von

Dr. Kurt GRASSHEIM, Ass. der Klinik.

Der freundlichen Aufforderung der Schriftleitung, einen Ueber-k über die Ergebnisse der Strontium-Therapie zu geben, komme gerne nach, zumal ich in den letzten 6 Jahren reichlich Gelegen- hatte, auf Grund pharmakologischer Untersuchungen die kungsweise des Strontiums bei verschiedenen Krankheitsgruppen verfolgen.

Fragen wir uns im Sinne dieser Zeitschrift, ob die Einführung Sr in die Therapie einen Fortschritt bedeutet und besonders, ob teile gegenüber der bisher geübten Ca-Therapie bestehen, so ist ie Frage für die einzelnen Anwendungsgebiete keineswegs ein-lich zu beantworten. Es seien daher die verschiedenen Indi-onsgebiete kurz besprochen und die Ergebnisse bei Anwendung Ca und Sr zur Beantwortung der Frage gegenüber gestellt.

Vergleichen wir zunächst ganz allgemein die Erfahrungen bei Anwendung von Ca und Sr hinsichtlich ihrer Erscheinungen bei praktisch am meisten angewandten Injektionsbehandlung, so ist Sr zweifellos der Vorrang zuzusprechen. Die Gefahr der Ca-ktionen liegt ja bekanntlich darin, daß es bei paravenöser In-ion zu äußerst schmerzhaften Infiltraten und zur Gewebsnekrose mt. Diese Gefahr ist nun bei Sr wesentlich geringer. Wie ich ächst an Kaninchen feststellen konnte, wird bei subkutaner In-ion die wässerige Lösung gut resorbiert, entzündliche Er-einungen und Infiltrate, sowie Nekrose bleiben aus. Diese Tat-ae bedeutet naturgemäß einen großen Vorteil bei der praktischen rendung, zumal es auch heute bereits bei einigen Sr-Präparaten lich ist, sie subkutan oder intramuskulär zu verabfolgen.

Ein weiterer Vorteil ist es, daß die unangenehmen Neben-heinungen wie Hitzegefühl, Erbrechen usw. bei der Sr-Therapie m beobachtet werden, oder doch wenigstens in viel geringerem e auftreten, als beim Ca. Die Gründe hierfür dürften in einer chiedenartigen Beeinflussung des vegetativen und speziell des äßnervensystems zu suchen sein.

Nach gemeinsam mit Boruttau durchgeführten Unter-ungen am Nervensystem hatte ich bereits früher die Vermutung esprochen, daß der Antagonismus zwischen Ca und K, der für Regulierung im vegetativen System mit ausschlaggebend ist, t derselbe ist, wie der zwischen Sr und K. Diese Tatsache nte auch später für das Herz von Salzmann und Haffner, so von Hirsch und Oppenheimer experimentell bestätigt den.

Gehen wir nun zur Besprechung der einzelnen Anwendungs-ete über, so sei zuerst der Knochenerkrankungen gedacht, da ntlich die Wiedereinführung der Sr-Therapie in den letzten en von Beobachtungen ausging, die bei der Behandlung der chenerkrankungen mit Strontiumsalzen gemacht worden sind. grundlegenden experimentellen Untersuchungen über den Ein-, des Sr auf das Wachstum der Knochen stammen von ehnerdt. Er hat auch bereits die wichtigen Unterschiede, die ieser Beziehung zwischen Ca und Sr bestehen, erkannt und be-chieben: Der wesentliche Unterschied in ihrem Einfluß auf das Knochensystem besteht darin, daß man durch Verabreichung von Ca in der Lage ist, den Knochen mit unlöslichen Salzen zu imprägnieren und so zu festigen. Beim Sr dagegen tritt keine Imprägnierung ein, dafür wird aber ein starker, formativer Reiz auf das Gewebe aus-geübt und so einer reichlichen Neubildung von Gewebe der Weg gebahnt. Dieses Gewebe ist jedoch weich und wie Lehnerdt schreibt, osteoid, ja es gelang ihm sogar, durch Verfütterung von Sr an tragende Ratten bei den Jungen Rachitis zu erzeugen. Was dieses neue Gewebe aber auszeichnet, ist die Fähigkeit, sich sekun-där stark mit Kalksalzen zu imprägnieren. Hierdurch war theoretisch die Möglichkeit gegeben, zunächst einmal das Knochenwachstum anzuregen und es dann zu festigen. Alwens hat diese theo-retische Möglichkeit nun mit gutem Erfolge in die Praxis umgesetzt. An Hand eines großen Materials von sogenannten Hunger-osteopathien, wie sie nach dem Kriege auftraten, hat er einwandfrei zeigen können, daß die Sr-Therapie der mit Osteoporose einher-gehenden Knochenkrankheiten dem Kalk und auch dem Phosphor wesentlich überlegen ist. In weiteren Untersuchungen, zum Teil in Gemeinschaft mit mir, wurde dann die Sr-Medikation auf alle Knochenerkrankungen ausgedehnt, die mit gesteigerter Einschmel-zung vorhandener oder ungenügender Apposition neuen Knochen-gewebes einhergehen. In diese Gruppe gehören noch die Osteo-porose des Alters, die Osteogenesis imperfekta, die Osteopsathyrosis congenita, die Spätrachitis und schließlich die Knochenbrüche mit schlechter Tendenz zur Kallusbildung. Auch bei all diesen Erkran-kungen war der Erfolg ein durchaus guter. Nach den Untersuchungen Lehnerdts fragte es sich nun, ob man der echten jugendlichen Rachitis Sr geben dürfe, da ja hier nicht die Bedingungen vorliegen, die eigentlich die Indikation für die Sr-Verabfolgung bilden. Nach den Versuchen an Tieren war sogar zu fürchten, daß man hier den entgegengesetzten Effekt erzielt. Es hat sich jedoch gezeigt, daß beim Menschen die Verhältnisse anders liegen, als bei den von Lehnerdt für seine Versuche verwandten Ratten. Eine Schädi-gung jedenfalls, wie man sie erwarten mußte, konnte nicht be-obachtet werden, dagegen kann man auch bei dieser Erkrankung von einem nennenswerten Erfolg durch Sr nicht sprechen; s. a. Wielandt. So bleibt denn das Sr für das wohlab-gegrenzte Gebiet der Porosen vorbehalten, da es hier wesentlich wirksamer als das Ca ist, während bei der Rachitis und auch bei der Osteo-malazie das Ca und der Phosphor weiterhin den Vorrang haben. Besonders sei auf die praktisch wichtige Ver-wertbarkeit des Sr bei schlecht heilenden Knochenbrüchen und zur Beschleunigung der Kallusbildung überhaupt, nochmals hingewiesen.

Es seien hier einige Worte über die orale Darreichungsart des Sr eingefügt; zunächst ist zu sagen, daß das Sr in praxi völlig un-giftig ist. Alwens und ich haben bei einem Patienten im Verlaufe von zwei Monaten gegen 400 g gegeben, ohne die geringsten Neben-erscheinungen zu bemerken. Nach dem Obengesagten wird eine Kur — nach Alwens — am besten so durchgeführt, daß man zunächst einige Wochen Sr verabfolgt und nachher eine Kalkkur anschließt. An Salzen haben wir zuerst das Sr-lacticum verwandt, später mit gutem Erfolge einen strontiumhaltigen Lebertran (Vitamulsion) gegeben. Genau wie beim Ca muß man auch beim Sr leider damit rechnen, daß bei der oralen Darreichung nur ein geringer Teil der gegebenen Anionen wirklich resorbiert resp. retiniert wird; ein großer Teil wird im Darm gefällt und durch den Darm wieder ausgeschieden. Um diesem Uebel abzuhelfen, hat Zuckmayer

eingehende Untersuchungen an Hunden angestellt und gefunden, daß man die Ausnützung wesentlich verbessern könnte, wenn man den Kalk in Form eines kolloiden Eiweiß herstellt. Analog einem so hergestellten Kalkpräparat (Tricalcol) ist nun auch ein kolloides Sr-Eiweißpräparat (Stronticol) hergestellt worden, das somit wohl in bezug auf Resorption als auch Ausnützung für die orale Darreichung des reinen Sr am geeignetsten erscheint.

Beobachtungen, die Alwens und ich bei der Behandlung der Knochenerkrankungen gemacht haben, haben dann den Indikationskreis für die Anwendung der Strontiumsalze wesentlich erweitert. Es fiel uns nämlich auf, daß bereits nach kurzer Darreichung von Sr die Schmerzen der Patienten nachließen und zwar zu einem Zeitpunkt, als von einer Sklerosierung des Knochens noch nicht die Rede sein konnte. Diese Beobachtung führte mich dazu, Untersuchungen über den Einfluß des Sr auf das Nervensystem anzustellen und die Untersuchungen haben dann auch tatsächlich ergeben, daß das Nachlassen des Schmerzes auf eine spezifische Beeinflussung des Nervensystems zurückzuführen ist. Ich konnte zeigen, daß nach Einspritzung von Strontiumchloridlösung die Schmerzreaktion bei Fröschen verzögert und daß auch beim Warmblüter unter Sr die elektrische Erregbarkeit der Haut herabgemindert wird. In weiteren Untersuchungen zusammen mit Boruttau konnte dann erwiesen werden, daß als Angriffspunkt des Strontiums die Nervenfaser in ihrem Verlaufe anzusehen ist und daß es sowohl auf die motorischen, als auch auf die sensiblen Nerven hemmend wirkt. Es sei diese Tatsache besonders hervorgehoben, da in einigen Arbeiten fälschlich zitiert worden ist, ich hätte gefunden, das Strontium wirke lähmend auf die Nervenendigungen. Das ist ein Irrtum, denn gerade hierin unterscheidet sich das Strontium von dem ähnlich wirkenden Mg. Während das Mg nämlich tatsächlich an den Nervenendigungen angreift, bleiben diese unter Sr-Wirkung frei und nur die Nervenfaser wird gelähmt. Auch in bezug auf zentrale Wirkungen besteht ein wesentlicher Unterschied; während das Mg von Meltzer und Auer als Narkotikum mit zentraler Wirkung erkannt worden ist, konnten wir zeigen, daß das Strontiumchlorid diese Eigenschaft nicht besitzt und bei Kaninchen nach Freilegung des Großhirns die Reflexerregbarkeit der Rindenfelder nach elektrischer Reizung durch Strontium nicht herabgemindert wird. Eine Ausnahme macht das Strontiumbromid (Alwens), doch ist hier die zentrale Wirkung wesentlich der Brom-Komponente zuzuschreiben, worauf wir weiter unten noch zurückkommen werden.

Die analgetische Wirkung des Sr hat dazu geführt, es in Kombination mit anderen Mitteln auch bei Schmerzzuständen anzuwenden, man hat es z. B. so mit Salizylsäure kombiniert (Strontisal) und bei der Therapie schmerzhafter Gelenkerkrankungen angewandt. Für die Behandlung der Epilepsie hat Alwens die Injektionen von Sr-Bromid empfohlen und es sogar bei verschiedenen Erkrankungen neurogenen Ursprungs endolumbal appliziert. Ich habe zu gleicher Zeit Untersuchungen mit einem Sr-Bromid, an das ein Barbytursäurekomplex gekoppelt ist (Neurostrontyl) angestellt und kann die Angaben Alwens vollkommen bestätigen. Es dürfte ein Vorteil gegenüber den bisherigen Präparaten sein, daß man beim Sr-Bromid sowohl peripher, als auch zentral gleichzeitig angreifen kann und so die Erregbarkeit von zwei verschiedenen Seiten her herabsetzt. Es wird dadurch eine Potenzierung der Wirkung erzielt. Hervorzuheben ist auch noch, daß unangenehme Nebenerscheinungen, wie sie im Laufe längerer Darreichung doch nach anderen Mitteln (z. B. Luminal) auftreten, nach dem Neurostrontyl nicht beobachtet wurden. Gerade bei der Epilepsie ist ja die Bewertung eines Erfolges durch ein Heilmittel äußerst schwer, da bekannterweise Anfälle auch so fortzubleiben pflegen. In drei meiner Fälle glaube ich aber doch den Erfolg auf die Therapie mit Sicherheit beziehen zu dürfen, da es sich hier um junge Mädchen handelte, die stets regelmäßig nach den Menses ihre epileptischen Anfälle bekamen. Diese blieben nach der Kur vollkommen aus. Die Behandlung wurde folgendermaßen durchgeführt: Die Patientin erhielt zwei- bis dreimal wöchentlich eine Spritze Neurostrontyl intravenös und zu den Zeiten, an denen der Anfall erwartet wurde, die doppelte Dosis = 10 ccm. An den Tagen, an denen keine Spritze verabfolgt wurde, wurden Neurostrontyltabletten gegeben und zwar 2 bis 3 Stück täglich. Leider ist mein eigenes Material zu klein, um ein abschließendes Urteil zu fällen, doch dürfte eine Nachprüfung von großem Nutzen sein, da diese Therapie einen neuen Weg darstellt, mit einem unschädlichen Mittel Erregungs- und Schmerzzustände zu behandeln. Mit Recht weist Alwens darauf hin, daß man somit auch in der Lage wäre, Kranke, welche an länger dauernden, Schmerzen einhergehenden Erkrankungen leiden, vor dem Mor nismus zu bewahren. In das Indikationsgebiet des Bromstrontiu gehören ferner die klimakterischen Psychosen und die Basedows Krankheit. Bei beiden konnte häufig eine ausgezeichnete sedat Wirkung beobachtet werden. Außer dem Neurostrontyl, dessen Wi samkeit noch durch die von Noorden eingeführte Barbytursäu komponente verstärkt wird, ist als Sr-Brompräparat noch das N strontan zu nennen.

An dieser Stelle muß auch der Untersuchungen von Hirsch dacht werden, der das Sr mit gutem Erfolge bei der Tetanie wandte und die günstige Wirkung auch am Tier experimentell wandfrei zeigen konnte. Dieselben Erfolge bestätigen a Bragstedt und Sudan sowie Tezner, welche Sr sow therapeutisch als auch prophylaktisch bei Tetanie anwandten.

Am meisten Eingang hat die Sr-Therapie seit meinen ers Veröffentlichungen aber bei der Behandlung von Störungen des ve tativen Nervensystems gefunden. Gute Erfolge beim Asthma br chiale, beim Heufieber, bei der Colitis membranacea sind unterdes auch von Kempinski, Kayser u. a. bestätigt worden. Es li in der Natur auch dieser Erkrankungen, daß wir selbstverständl therapeutische Erfolge stets äußerst kritisch bewerten müssen, bei diesen Patienten Suggestion eine große Rolle spielt. Auch d man nicht erwarten, nun in dem Sr ein Allheilmittel zu besitz zumal jeder Patient anders reagiert. Immerhin glaube i doch sagen zu können, daß das Sr in seiner Wir samkeit auf das vegetative Nervensystem dem überlegen ist. So konnte ich bei vergleichenden Untersuch gen feststellen, daß die Beeinflussung der Adrenalin-Blutdruckku durch vorher oder gleichzeitig injiziertes $SrCl_2$ wesentlich stärk als durch gleiche Mengen $CaCl_2$ ist und zwar sowohl in bezug die Intensität, als auch auf die Dauer des Reaktionsvorganges. Hi für spricht auch, daß Kempinski bei mehreren Patienten, die vo mit Ca erfolglos behandelt wurden, mit Sr Erfolge erzielte. möchte hier auch eine Beobachtung wiedergeben, die mir H Dr. Petow aus unserer Klinik mitteilte, nämlich, daß mit Str tiuran behandelte Patienten besonders gut auf Atropinga reagieren.

Schließlich gehören in diese Gruppe, bei denen die Beeinflussu des Nervensystems eine Rolle spielt, direkt und indirekt auch n gewisse Hauterkrankungen, wie die Urtikaria, deren Entstehen in direkten Zusammenhang mit dem vegetativen Nervensystem bringen ist, wie auch verschiedene juckende Hauterkrankungen, Prurigo, Pruritus etc. Als erster hat Rosenthal das Sr in Dermatologie eingeführt und gleichzeitig auf die Wirksamkeit Strontiurans bei Kupierung von Ueberempfindlichkeitserscheinun mancher Patienten nach Salvarsan durch Desensibilisierung h gewiesen. Auch hat er betont, daß durch Auflösung des Salvars in Strontiuran höhere Dosen, die vorher von den betreffen Patienten nicht vertragen wurden, jetzt ohne irgendwelchen Schad angewandt werden konnten. In dem gleichen Sinne äußerte s dann auch Keller und auch unsere eigenen Erfahrungen stimm mit diesen Beobachtungen überein. Gerade in jüngster Zeit konnte Darlegung Rosenthals von Hartmann und von Roques der Herxheimerschen Klinik an einem großen Material bestät werden. Diese Autoren legen den wesentlichen Wert bei der g stigen Wirkung des von ihnen verwandten Bromostrontiuran auf Stillung des Juckreizes, ausgehend von der Spießschen These, d Schmerzstillung zugleich auch Heilung bedeutet. Ebenso güns sprechen sich für die Wirkung von Sr- und Br-Kombination diesen Hauterkrankungen Kadisch und Ritter aus, die Ek brol anwandten. Man kann demgemäß also sowo nach den experimentellen Untersuchungen, a auch nach den praktischen Erfahrungen z sammenfassend sagen, daß die Einführung des bei allen Erkrankungen des vegetativen Nerve systems einen nicht zu unterschätzenden For schritt bedeutet.

Nachdem so auf vielen Gebieten ein Vergleich zwischen Wirksamkeit des Ca und Sr gezogen war, lag es nahe, auch Herzwirkung des Sr experimentell zu erforschen und sie gegeben falls für die Therapie auszunutzen. Es seien hier die älter Arbeiten übergangen und nur die in jüngster Zeit veröffentlicht erwähnt. Kurz sei folgendes vorangeschickt: Die Untersuchung von O. Loewi haben erwiesen, eine wie wichtige Rolle das V

ndensein von Ca für die Herzaktion bedeutet und vor allen Dingen, 3 wir eine Digitaliswirkung oder das Vorhandensein von Ca nicht hr erwarten können, denn erst das Ca erzeugt eine Sensibili-rung für Digitalis. Auf die Einzelheiten braucht hier nicht mehr gegangen zu werden, da sie von Loewi selbst in zahlreichen beiten niedergelegt sind. Es fragte sich nun, ob auch hierin das einen Ersatz bieten könnte. Diese Frage muß nach den Unter-hungen von Grassheim und von der Weth, Salzmann Haffner, Hirsch und Oppenheimer theoretisch bejaht rden, nur daß die beiden letzteren Autoren die Einschränkung chten, daß auf die Dauer die Sr-Wirkung der des Ca nicht chwertig bleibt. Uebereinstimmend ist von allen Autoren be-gt worden, daß durch das Sr, ebenso wie durch Ca ein zum lstand gebrachtes Froschherz durch Sr wieder belebt werden n und die Untersuchungen haben auch ergeben, daß die Hub-e eines unter Sr schlagenden Herzens größer ist, als bei äqui-lekularen Ca-Mengen. Ferner ist die Wirkung des Sr auf die vösen Zentren dem Reizbildungsapparat des Herzens stärker als n Ca. Das konnten wir dadurch beweisen, daß wir Frosch-zen mit Chloralhydrat vergifteten und der eingetretene Stillstand ch Sr noch behoben werden konnte, wenn Ca schon versagte. lers ist es bei Schädigung des Muskelapparates. Hier wirken le Elemente gleich. Auch bei Rhythmusstörungen konnte sowohl Kaltblüterherz, als auch bei der Katze (Boruttau) eine gute einflußbarkeit gesehen werden. Wiechmann hatte daher vor-chlagen, daß man bei Rhythmusstörungen Sr als Ergänzung der nidintherapie geben sollte. Auf Grund der experimetellen Ergeb-e habe ich nun versucht, Sr in vielen derartigen Fällen zu geben, 3 aber sagen, daß ich praktisch kaum je einen Erfolg gesehen e und möchte daher annehmen, daß für die Beeinflussung des zens beim Menschen dem Ca auch weiterhin der Vorzug zu en ist.

In der alten Literatur findet man häufiger den Hinweis, daß man ch Sr den Blutdruck senken könnte; auch diese Angaben kann keineswegs bestätigen, im Gegenteil wird durch die gewöhnlich ewandte Dose von Sr der Blutdruck, wenn auch nur kurze Zeit, r deutlich heraufgesetzt. Eine Dauerwirkung gar darf man sich einem Falle von dem Sr versprechen. Lediglich in einem Falle las Sr indiziert, nämlich wenn wir durch zeitweise Erhöhung des icks ein Gefälle erzeugen wollen, welches die Wasserausschei-g durch die Nieren ermöglichen und befördern soll. Bei ndig hohem Blutdruck aber halte ich die An-ndung von Sr sogar für kontraindiziert. Auch als retikum ist Sr empfohlen worden. Es ist zuzugeben, daß gegen-b Ca im Tierexperiment eine stärkere Wasserausscheidung er-lt, doch ist diese nicht so groß, als daß sie einen Ersatz be-nter und bewährter Diuretika durch Sr rechtfertigt. Erwähnt sei er noch, daß von Hermann das Sr zur Verhinderung post-rativer Pneumonien empfohlen worden ist und daß es auch bei Behandlung der Cholangitis und Cholelithiasis in Verbindung mit eren Mitteln gegeben wird (strontiumhaltige Cholagoga: Ago-l, Iriphan).

Zum Schluß sei noch auf einen Streit kurz eingegangen, der nicht theoretischen Interesses entbehrt und der durch die Einfüh-n des Sr in die Therapie herbeigeführt wurde. Wie ich oben its erwähnt habe, kann durch Auflösung von Salvarsan in Stron-n bei vielen Patienten der angioneurotische Symptomenkom-c verhindert werden. Nun hat man gefunden, daß einzelne Sal-ane sich nicht, wie die überaus große Mehrzahl, in Strontiuran lösten, sondern daß eine Trübung auftrat. Die Frage war nun: delt es sich dabei um einen Vorgang, der eine vorangegangene xdation des Salvarsans und so seine Schädlichkeit anzeigte, oder de die Trübung nur durch die Ausfällung eines harmlosen Sr-es herbeigeführt? Kolle und seine Mitarbeiter Kircher und Ruppertz stehen auf dem Standpunkt, daß die Trübung nur Ausdruck einer Ausfällung eines Sr-Salzes des Salvarsans ist, ärend vor allem Hirsch, Keller, Schumacher, Weil Gamper auf einem entgegengesetzten Standpunkt stehen und eupten, daß die Trübung nur bei Salvarsanen vorkommt, die be-ei von Oxydationsvorgängen im Salvarsankern ergriffen sind. kwürdig bleibt gegenüber der Kolleschen Auffassung doch die ache, daß nur ganz wenige Salvarsane die Trübungsreaktion n. Bisher hat aber noch keine der beiden Parteien einen end-igen Beweis geliefert, so daß die Frage keineswegs geklärt ist. Schwierigkeit, diese Frage experimentell anzugreifen, liegt eben daran, daß es schwer ist, größere Mengen solcher Salvarsane zu bekommen, die sich sofort mit einer Trübung lösten, eine Beantwortung aber nur möglich ist, wenn man größere Mengen derartig ausgefällten Salvarsans einer genauen chemischen Analyse unterziehen könnte.

Literatur.

J. Alwens: Ther. Halbmon.-Hefte 1921. — Dtsch. med. W. 1924, 17. — M. m. W. 1926 Nr. 11, 12.
J. Alwens und Grassheim: M. m. W. 1921 Nr. 42.
Boruttau und Grassheim: Ztschr. f. d. ges. exp. Med. 1922 Nr. 3.
Dragstedt und Sudan: Amer. journ. of phys. 1926.
Grassheim: Kongr. dtsch. Naturf. u. Arzt 1924. — Kli. Wo. 4, Nr. 39.
Grassheim und von der Weth: Pflüg. Arch. 1925.
Hartmann und von Roques: M. m. W. 1926.
Hermann: M. m. W. 1925 Nr. 11.
F. Hirsch: Schw. med. W. 1926. — M. m. W. 1925. — Pharmac. Ztschr. 1925.
S. Hirsch: Kli. Wo. 1924 Nr. 50. — Ztrbl. f. d. ges. Neur. 1925.
S. Hirsch und Oppenheimer: Arch. f. exp. Path. 110.
Kadisch und Ritter: Ther. d. Gegenwart 1927.
Kayser: Med. Kl. 1925 Nr. 5.
Keller: M. m. W. 1925.
Kolle: M. m. W. 1925 Nr. 48.
Kempinski: D. m. W. 1925 Nr. 38.
Klewitz: Kongr. f. inn. Med. Wiesb. 1927.
Kircher und von Ruppertz: Pharm. Ztschr. 1926 Nr. 17.
Lehnerdt: Ztschr. f. exp. M. 1913.
Rosenthal: Arch. f. Derm. Bd. 145.
Salzmann und Haffner: Kli. Wo. 1926.
Schumacher: Biochem. Ztschr. 166. — M. m. W. 1926 Nr. 4.
Tezner: Dtsch. Arch. f. Kinderheilk. 1927.
Weil, Weil und Gamper: Fortschr. d. Ther. 1926.
Wiechmann: Kli. Wo. 1925.

Mitteilungen.

Mitteilung betr. Psychotherapeut. Kurs.

Der Vorstand des Allgemeinen ärztlichen Kongresses für Psychotherapie beabsichtigt, einen fünftägigen Kurs über Psychotherapie bei Jugendlichen mit praktischen Demonstrationen für Ärzte zu veranstalten und zwar etwa vom 14. bis 18. April 1928.

Teilnahmemeldungen sowie Anfragen können schon jetzt gerichtet werden an die Geschäftsführung: **Dr. med. ed. phil. W. Eliasberg, Nervenarzt, München, Maximilianplatz 12.**

Laufende medizinische Literatur.

Medizinische Klinik.

Nr. 32, 12. August 1927.

Ueber die Behandlung der septischen Allgemeininfektion. Wenn wir über Erfolge der spezifischen Therapie bei der septischen Allgemeininfektion sprechen, so können wir nur sagen, daß sie recht gering sind. Das gilt vor allem bei der menschlichen Blutinfektion. Wenn wir überhaupt eine Berechtigung der spezifischen Therapie anerkennen wollen, so können wir das nur bei der pyogenen Blutinfektion und allerhöchstens bei der toxischen tun. Die spezifische Therapie bleibt auch da nur eine unterstützende Maßnahme neben der wirksameren chirurgischen und symptomatischen Behandlung. Wir alle wissen, daß eine enorme Arbeit in der experimentellen Erforschung und Behandlung der Eiterinfektion beim Versuchstiere geleistet worden ist, und die großen Fortschritte der Chemotherapie und der spezifischen Serumbehandlung erwecken naturgemäß frohe Hoffnungen für die Behandlung der humanen Sepsis; aber eine Erfüllung der Hoffnungen ist uns bisher noch mehr oder minder versagt geblieben. Es ist stets zu betonen, daß die Heilung der Blutinfektion vom Körper selbst ausgehen muß durch Kräftigung und Wiedergewinnung seines physiologischen Abwehrmechanismus gegen die Infektion. Wenn wir heute die vielen verschiedenen Präparate der rührigen chemischen Industrie betrachten, so wollen wir nicht darüber die ältere chirurgische und symptomatische Therapie im

Stiche lassen. Patienten, die derart schwer krank sind, brauchen unsere ärztliche Hilfe und unser gesamtes ärztliches Können mehr als jeder andere. Es ist verhältnismäßig leicht, ein durch Literatur oder durch eine Fabrik empfohlenes spezifisches Mittel nach Vorschrift ein- oder mehrere Male anzuwenden. Viel schwerer, aber dafür weit aussichtsreicher ist es, den Kranken sorgfältig und stündlich zu beobachten und dabei die Funktion der einzelnen Organe ständig zu kontrollieren. Es ist wichtig, drohenden Schaden rechtzeitig zu erkennen und frühzeitig zu bekämpfen.

Die Nabelschnurumschlingung als geburtshilfliche Komplikation. Wenn auch die Geburtshilfe im Laufe der Jahrtausende auf das hohe Niveau gebracht wurde, auf dem wir sie heute sehen, so muß doch zugegeben werden, daß wir trotz allem noch vereinzelte Lücken haben. Wir können z. B. heute noch nicht mit Bestimmtheit die Nabelschnurumschlingung intra partum genau erkennen. Frist schildert einen Fall, auf Grund dessen er die Dignität aller der Symptome, welche uns die Vermutungsdiagnose stellen lassen, hervorhebt. In bezug auf die Mutter sehen wir sehr schmerzhafte Wehen und ein ungenügendes Fortschreiten der Geburt trotz der starken Wehen. Was das Kind anbelangt, so alterieren die fötalen Herztöne und wir bemerken mißfarbiges Fruchtwasser bei Kopflage als Zeichen drohender Asphyxie. Verf. will nun bei dem Verdacht der Nabelschnurumschlingung sich auf Grund des beschriebenen Falles prinzipiell folgendermaßen verhalten: Wenn der Verdacht der Nabelschnurumschlingung vorhanden ist, soll die Gebärende sofort in eine Klinik gebracht werden, wo zuächst unter genauester Kontrolle der kindlichen Herztöne abgewartet wird. Bei der Mutter ist hierbei auf vorzeitige Plazentalösung genau zu achten. Tritt drohende kindliche Asphyxie ein, so beginnt das aktive Vorgehen, und zwar folgendermaßen: Die Geburt muß sofort beendet werden, und zwar, wenn möglich, unblutig, wie z. B. durch Anlegen einer Zange, wenn der Kopf zangengerecht liegt. Gestatten es die äußeren Umstände, so will Verf. sich nicht scheuen, den Kaiserschnitt vorzunehmen, aus der Indikation „zur Rettung des kindlichen Lebens".

Die Untersuchung des menschlichen Stuhles im polarisierten Lichte. Verf. führen einzelne Ergebnisse an, aus denen wir ersehen, daß zwar der Untersuchung des menschlichen Stuhles im polarisierten Lichte kein entscheidender Wert, jedoch immerhin eine gewisse Bedeutung zukommt. Wir werden dadurch unter Umständen in die Lage versetzt, auch dann noch wenigstens die allgemeine Natur eines Objektes zu bestimmen, wenn wir mit dem mikroskopischen Bild allein nicht auskommen. Verf. heben besonders die Bedeutung der Differenzierung von Schleim und Bindegewebe hervor und weisen ferner auf die Tatsache hin, daß die Durchmusterung eines Präparates im polarisierten Lichte dadurch, daß die zellulosehaltigen Bestandteile im allgemeinen unter den doppellichtbrechenden Substanzen im Stuhl dominieren, einen raschen Ueberblick über den Zellulosegehalt im Stuhle ermöglicht. Schon Wasserthal und Goiffon haben darauf seinerzeit bereits hingewiesen.

Hofbauer, Berlin.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 33, 19. August.

Verwendung der Lobelin-Ingelheim zur intraspinalen Injektion. Im Gegensatz zur subkutanen Injektion stellt sich die Wirkung der intraspinalen Zufuhr ebenso schnell ein wie die der intravenösen Einspritzung. Die um das 3—4fache verzögerte Wirkung der subkutanen Injektion läßt es geboten erscheinen, bei der Asphyxie der Neugeborenen Lobelin intralumbal zu injizieren, wenn die intravenöse Zufuhr — wie so oft — unmöglich ist. Die intrakardiale Injektion ist zu gefährlich. Im Vergleich zu den übrigen Anwendungsarten hält die Wirkung des intralumbal verabfolgten Lobelins am längsten an, wahrscheinlich weil die Spinalflüssigkeit das Medikament nicht so schnell zerstört wie das Blut und das Lobelin nicht so rasch zu den abbauenden und ausscheidenden Organen (Leber und Nieren) befördert wird. Die Menge des Liquor ist viel geringer als die des Blutes, so daß das Lobelin in viel stärkerer Konzentration am Nervensystem angreifen kann. Therapeutisch sind daher bei der intralumbalen Zufuhr viel kleinere Mengen zum Erfolg nötig bei der intravenösen Injektion (1/10 der intravenösen, 1/20 der s[illegible] kutanen injizierten Dosen).

Nr. 34, 26. August.

Biberfeld

Die Medizinische Welt.

Nr. 27, 6. August 1927.

Bakteriophagen-Frage. Die praktische Verwendbarkeit [illegible] Bakteriophagen Lysin. Die gundlegenden Versuche von d'Here[illegible] bestehen in folgendem: Bringt man in einem Bouillonröhrchen [illegible] eignete Stuhlfiltrate mit Ruhrkeimen zusammen, so klären sich [illegible] durch die Bakterien anfangs getrübten Röhrchen in wenig[illegible] Stunden. Die so geklärte Bouillon gewinnt die Eigenschaft, sel[illegible] in geringen Spuren mit neuen Ruhrbazillen zusammengebracht, a[illegible] diese zu lösen. Der Versuch läßt sich ad infinitum wiederhol[illegible] die Bouillon erreicht dabei eine selbst bei den stärksten D[illegible] infektionsmitteln nicht gekannte Wirksamkeit: sie bringt noch [illegible] millionenfacher Verdünnung die Bakterien zur Auflösung. Legt m[illegible] von einem Bouillonröhrchen, das Filtrat und Bakterien enthält, [illegible] Zeit zu Zeit auf Agar Oberflächenkulturen an, so sieht man in d[illegible] Bakterienrasen (nach der Bebrütung) anfangs einige wenige, [illegible] den späteren Aussaaten mit der Zeit stetig an Zahl zunehmen[illegible] „sterile Flecke", und schließlich findet auf dem Agarröhrchen üb[illegible] haupt kein Bakterienwachstum mehr statt. Aus diesen Versuc[illegible] ergebnissen hatte d'Herelle den Schluß gezogen, daß es sich [illegible] der Bakterienauflösung um die Wirkung eines korpuskulären, ult[illegible] visiblen Lebewesen, des Bakteriophagen intestinale oder Protob[illegible] bacteriophagus, handele. Nach Ansicht des Verfassers liegen b[illegible] her keine zwingenden Beweise für ein autonomes Lebewesen v[illegible] Es kann sich auch um einen für die Bakterien toxischen, unbelebt[illegible] kolloidal gelösten Stoff, der von den affizierten Bakterien in [illegible] geheurem Maße produziert wird, handeln. Der „Bakteriophag[illegible] kommt nicht nur bei kranken Menschen vor, sondern auch bei [illegible] sunden Menschen und Tieren, und auch bei Pflanzen, im Bod[illegible] und Flußwasser, ja in Bakterienkulturen selbst, also überall d[illegible] wo Bakterienkeime zu finden sind. Die wichtigsten Eigenschaft[illegible] des „Bakteriophagen" sind folgende: Das Agens ist filtrierbar u[illegible] invisibel. Die Größe seiner Teilchen beträgt etwa 20 Millions[illegible] Millimeter. Das Lysin ist demnach unendlich klein, es ist a[illegible] nicht „flüchtig" im Sinne der klassischen Chemie. Gegen Hitze [illegible] es im allgemeinen widerstandsfähiger als die vegetativen Form[illegible] der Bakterien, meist wird es erst bei 75 Grad sicher vernicht[illegible] Auch gegen viele der üblichen Desinfektionsmittel zeigt es ei[illegible] auffallende Resistenz. Andererseits scheinen neutrale Chininsal[illegible] die Wirkung der „Bakteriophagen" leicht zu zerstören, während [illegible] in 50prozentigem Glyzerin jahrelang erhalten bleiben sollen. [illegible] eiweißfällenden Reagentien flocken den „Bakteriophagen" aus. [illegible] salzfreien Lösungen geht er schnell zugrunde. Im allgemeinen v[illegible] hält sich das Lysin physikalisch-chemisch also wie ein Eiwe[illegible] körper. Was die praktische Verwendbarkeit des bakteriophag[illegible] Lysins zur Heilung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten [illegible] betrifft, so hat d'Herelle von Anfang an seinem „Bakteriophage[illegible] eine große Bedeutung zugelegt. Nach d'Herelle ist der Verlauf ei[illegible] Infektionskrankheit nichts anderes als der Kampf zwischen Ba[illegible]

ien und Bakteriophagen. Bei den Heilversuchen, die d'Herelle u. a. bei Ruhr- und Typhuskranken mit seinem „Bakteriophagen" sgeführt hat, will er ein gewisses Parallelgehen zwischen dem ftreten des „Bakteriophagen" und dem Befinden des Kranken tgestellt haben. Die geringe Zahl der von ihm anscheinend mit folg behandelten Kranken erlaubt nach der Meinung des Versers noch kein abschließendes Urteil. Die Urteile anderer toren lauten sehr verschieden. Die Mißerfolge in der Praxis beien zum Teil vielleicht darauf, daß nicht immer homologe bzw. die betreffenden Krankheitskeime in vitro als wirksam bedene Lysine verwandt sind. Es fehlen bisher jedenfalls gegende Beobachtungen für die therapeutische Wirkung des Bakiophagen. Auch über seine Verwendung zur prophylaktischen nunisierung liegen Erfahrungen in genügendem Ausmaße bisher ht vor. Einen Vorteil würde die Verwendung von bakterioagem Lysin bedeuten, wenn die durch das Lysin aufgelösten kterienkulturen weniger toxisch wirkten als die üblichen Impffe. Die Urteile der Autoren lauten aber auch in bezug auf se Frage verschieden. Es muß dabei in Betracht gezogen rden, daß jede durch den „Bakteriophagen" gelöste Bouillonkultur großer Menke bakterielle Stoffe enthält, so daß man schlecht nnen kann zwischen reiner Bakteriophagenwirkung und spezicher Immunitätssteigerung infolge Einverleibung von Bakterienffen. Dazu kommt noch die Möglichkeit einer unspezifischen oteinwirkung. Jedenfalls muß eine weitere Nachprüfung der erellschen Angaben erwünscht sein und sollte zunächst in der terinärpraxis durchgeführt werden.

Netztorsionen unter den Anzeichen der Appendizitis. An Hand es Falles wird der Standpunkt vertreten, daß bei vorhandener rnie immer an eine Netztorsion zu denken ist, wenn abdomie Erscheinungen bestehen. Man sieht des öfteren, daß bei Bruchgern der freie Rand des Netzes, welcher in dem Bruchsack lag, zündliche Veränderungen eingeht, wodurch sich hier kompakte zmassen bilden. Diese können unter Umständen bei schnellen wegungen dadurch, daß sie an dem dünnen Netze ziehen, eine hung des Netzes veranlassen. Die klinischen Zeichen der Netzsion sind die abdominellen Affektionen. Bisweilen wohl je nach Lage der Stieldrehung werden mehr oder weniger Affektionen oberen oder unteren Bauchraum als vorliegend angesehen werden nen. Es muß da zunächst an Affektionen des Magens und der llenblase, bei den tiefer gelegenen Bauchorganen an Affektionen Blinddarms und bei Frauen an solche der Ovarien gedacht rden. Man soll bei Bruchoperationen Netzpartien, die im Bruchk gefunden werden und die entzündliche Veränderungen zeigen, Gesunden abtragen, um nicht später den Patienten der Gefahr er Netztorsion auszusetzen. Die Unterbindung ist am besten mit gut auszuführen. Die Ligaturen sollen Einzelligaturen und nicht ssenligaturen sein.

Blutbilder bei Gonorrhöe. Man muß drei Stadien der gonorischen Erkrankung unterscheiden: 1. die akute Gonorrhöe, d. h. erste Infektion, solange die Bakterien noch an einer Stelle lokalit sind, und die Abwehrkräfte des Körpers noch in vollster Tätigt sind, 2. die chronische Gonorrhöe, also das Stadium, in dem der rper bereits wieder zur Ruhe gekommen ist, ohne daß es ihm gegen wäre, die Bakterien vollständig zu vernichten, und 3. die reziierende Gonorrhöe, worunter ein neues Aufflackern der Infektion verstehen ist, wie es z. B. im Wochenbett vorkommt. In allen sen Stadien gibt es ziemlich typische Veränderungen im Blutbild. erdings können die Blutbilder nur für solche Fälle sprechen, die an Gonorrhöe erkrankt sind, bei denen man andere Erkrankun, wie Grippe, große Abszesse, akute Lungenerkrankungen, isch ausschließen kann. Bei der akuten Gonorrhöe ist differendiagnostisch wichtig, daß die neutrophilen Zellen, die sonst bei leren akuten Infektionskrankheiten, die mit einer Leukozytose eingehen, vermehrt sind, in der Norm bleiben, und die Lymphozyten, sonst immer erst im Regenerationsstadium auftreten, hier von ang erhöht sind. Beim chronischen Stadium findet sich ein viel ischeres Blutbild. Das Charakteristische hierbei ist, daß eine nphozytose und Eosinophilie bei nicht erhöhter Leukozytenzahl tritt. Die Krankheiten, bei denen gewöhnlich eine Eosinophilie tritt, wie z. B. Asthma bronchiale, Ekzem, Pemphigus, Wurmrankungen haben normale Lymphozytenzahl oder eher weniger nphozyten als im Durchschnitt; und wieder Erkrankungen mit nphozytosen, wie z. B. chronische Tuberkulose, zeigen für gewöhnli kaum eine Erhöhung der Eosinophilen. Bei der dritten Art des tbildes, das man bei rezidivierenden Prozessen findet, kombiren sich die beiden oben genannten Blutbilder. Man findet neben em Ansteigen der Leukozytenkurve, die an das Verhalten bei sis erinnert, mit hauptsächlichem Steigen der Lymphozytenzahl ch eine Vermehrung der eosinophilen Zellen. Zusammenfassend n man sagen: Erhöhung der lymphozytären und eosinophilen mente bei normaler Neutrophilenzahl spricht für Gonorrhöe, nur akuten Stadium sind die eosinophilen Zellen in der Norm.

Nr. 28, 13. August 1927.

Die Diagnose des Karzinoms aus dem Blutbild. Bei etwa 30 vom Verfasser untersuchten Fällen zeigten Monozyten und Lymphozyten in Ringold-Färbung dieselben mitotischen Veränderungen wie die Karzinomzellen selbst; d. h. man beobachtet Monozyten, deren Protoplasma Kerne enthält, die sich entweder bereits geteilt haben oder noch in Teilung begriffen sind. Häufig sind diese geteilten Kerne teilweise übereinandergelagert. Aehnlich zeigen sich die Lymphozyten, sowohl die großen wie die kleinen. Je weiter der Tumor vorgeschritten ist, desto zahlreicher finden sich im Blutbild die beschriebenen Veränderungen. Beim Leber- und Magenkarzinom sowie bei Lebermetastasen zeigten nun außer den Lymphozyten auch die Segmentkernigen eine scheinbar typische Veränderung, die darin besteht, daß der Kern sich in fünf einzelne Teile teilt, eine Veränderung, die Verfasser bei anders lokalisierten Karzinomen nicht hat feststellen können. Bei Tumoren am Uro-genitaltraktus fanden sich im Blutbild Endothelzellen. Verfasser glaubt auf Grund seiner Beobachtungen einen großen Schritt auf dem Wege zur Frühdiagnose des Karzinoms voran getan zu haben.

Pathogenese und Klinik der Spondylitis tuberculosa. Die Spondylitis tuberculosa stellt einen sekundären Prozeß im Ablauf der tuberkulösen Infektion dar; der Sitz des Primär-Infektes ist in der Regel die Lunge oder eine Lymphdrüsengruppe, meist im Bereich der Lungenwurzel; diese Herde können minimal sein und sich dem klinischen Nachweis ganz entziehen. Auf embolischem Wege entwickelt sich ein kleiner infektiöser Infarkt, meist im Zentrum eines Wirbels; dieser kleine zentrale Herd vergrößert sich, führt zu einer ausgedehnten Karies und lockert das Knochengefüge schließlich so, daß der Wirbel seinen architektonischen Halt verliert und zusammensinkt. Aeußerlich tritt das krankhafte Geschehen in der Form des Gibbus zutage; es kann auch durch den Knick in der Wirbelsäule zu einem Druck auf das Mark und zu den klinischen Erscheinungen der Kompressionsmyelitis kommen. In der großen Mehrzahl der Fälle ist die Rückenmarkschädigung nicht Folge einer direkten Kompression durch den zusammengesinterten Knochen, sondern sie ist zurückzuführen auf das Einbrechen eines kalten Abszesses in den Rückenmarkskanal. Die kalten Abszesse können riesige Ausdehnung erreichen und sind vor allem in der Form des Senkungsabszesses bedeutungsvoll. Sitzt der tuberkulöse Herd in der Halswirbelsäule, so senkt sich der Abszeß nach vorn, er beult die hintere Rachenwand vor und bietet das Bild des Retropharyngealabszesses; ist die untere Brust- oder Lendenwirbelsäule erkrankt, so wandert der tuberkulöse Eiter auf der Psoasfaszie abwärts und tritt vorwiegend im Bereich des Poupartschen Bandes als charakteristische Vorwölbung zutage. Der Abszeß kann auch das Foramen ischiadicum durchsetzen und sich als pralle Vorwölbung der Glutäalgegend dokumentieren. Im Bereich der Brustwirbelsäule kann der „Senkungsabszeß" auch steigen; so kann z. B. der Abszeß bei der Erkrankung eines unteren Brustwirbels unter der Nackenmuskulatur an die Oberfläche treten. Die Diagnose der Spondylitis kann recht schwierig sein. Oft vergehen viele Monate, ehe sie gestellt wird. Die ersten Erscheinungen sind immer dunkel und wenig eindeutig: unbestimmte Schmerzen im Nacken oder im Rücken, ein Gefühl von Steifigkeit, Symptome allgemeiner Natur, wie Appetitlosigkeit, Schwäche, reichliches Schwitzen, Gewichtsverlust. Besonders schwierig ist die Frühdiagnose beim Kinde; wenn das kleine Kind längere Zeit hindurch unzufrieden, unlustig ist, wenn es nicht mehr recht stehen und laufen will, auch das Sitzen auf dem Arm der Mutter verschmäht und sein Behagen erst wieder findet, wenn es liegt, dann sollte eine genaue klinische und röntgenologische Untersuchung der Wirbelsäule nicht unterlassen werden. Beim Erwachsenen sollte die Diagnose einer einseitigen oder gar doppelseitigen Ischias nicht gestellt werden, wenn nicht vorher die Intaktheit der Lendenwirbelsäule sichergestellt ist; die ischiadischen Schmerzen sind häufig durch den

Druck eines kalten Abszesses auf die hinteren Wurzeln hervorgerufen. Bei exakter Untersuchungstechnik lassen sich immer Anhaltspunkte für das Bestehen einer Spondylitis finden. Allgemein findet man leichte nächtliche Temperatursteigerungen (rektal!), reduziertes Aussehen, Bronchialdrüsenvergrößerung, Drüsennarben am Halse usw. Meistens sieht man eine geringfügige Prominenz des erkrankten Processus spinosus; dieser Dorn ist dann auch druck- und klopfempfindlich. Sehr suspekt ist immer eine auffällige Spannung der langen Rückenmuskeln in einem umschriebenen Abschnitt der Wirbelsäule. Das Röntgenbild zeigt sehr charakteristische Veränderungen: Einsinken des Wirbels partiell oder in der Totalität, Zusammensintern mehrerer Wirbel, so daß die Zwischenräume zwischen den Wirbeln ganz verschwinden, skoliotische Verbiegung der Wirbelsäule, die sich auf seitliche Kompression eines oder mehrerer Wirbel gründet. Sehr schwierig zu deuten sind die Anfangsstadien der Erkrankung im Röntgenbild: kleine Verdichtungen im Zentrum des Wirbelkörpers, feine Randusuren, Unregelmäßigkeiten am Ansatz der Querfortsätze müssen im Verein mit den Ergebnissen der klinischen Untersuchung den Verdacht auf eine tuberkulöse Erkrankung nahelegen. Die Behandlung der Spondylitis ist außergewöhnlich langwierig. Beim Erwachsenen muß man mit einer Behandlungszeit von 2—3 Jahren rechnen. Die therapeutischen Methoden sind vorwiegend konservativer Natur; sie zielen ab auf eine exakte Fixation in guter Stellung des erkrankten Abschnittes der Wirbelsäule und haben vor allem die Aufgabe, eine Läsion des Marks vorzubeugen. Die souveräne Methode für frische Fälle ist die Lagerung im Reklinationsgipsbett. Die ausgesprochenen Querschnittsläsionen sind nur in ganz seltenen Fällen noch zu beeinflussen. Bei Erkrankungen der Halswirbelsäule sichert man die Ruhigstellung durch Lagerung in der Glissonschen Schlinge bei erhöhtem Kopfende des Bettes. Nach einigen Monaten gibt man dann portative Verbände. Zu der physikalischen Behandlung tritt von vornherein die diätetische. Besonderen Vorteil bieten die Behandlungsmethoden im Hochgebirge. Der Hauptheilfaktor in den Hochgebirgskurorten liegt in der systematischen Verwendung der Sonnenbestrahlung. Besonders sorgfältige Behandlung erfordert der kalte Abszeß. Es liegt alles daran, dem Entstehen einer Fistel vorzubeugen. Die Fistel öffnet der Mischinfektion Tür und Tor. Die Inzision eines kalten Abszesses ist ein ausgesprochener Kunstfehler. Die Methode der Wahl ist die Entleerung durch Punktion mit nachfolgender Einfüllung eines desinfizierenden Mittels. Die Punktion geschieht mit dicker Kanüle oder dünnem Trokar an einer Stelle, an der die Haut unverändert ist. Zur Einfüllung bedient man sich meist des 10prozent. Jodoformglyzerin in Mengen von 5 bis 20 ccm. Empfehlenswert ist die Calotsche Mischung: Jodoformii 10,0, Aether sulf. 30,0, Kreosot 5,0. Guajacol 1,0, Ol. Olivarum 70,0. Die Punktion ist alle 10—20—30 Tage zu wiederholen. Das Exsudat wird allmählich dünnflüssig, bräunlich, fadenziehend und kommt schließlich ganz zur Resorption. Ergeben sich bei der Entleerung Schwierigkeiten wegen der dicken Konsistenz des Eiters, so kann die Injektion von 10—20 ccm steriler Kochsalzlösung vom Vorteil sein. Die Indikation zu größeren chirurgischen Eingriffen ist selten gegeben. Die Operationsmethoden, die durch Einpflanzung eines Knochen- oder Elfenbeinspans der Wirbelsäule erhöhte Belastungsfähigkeit wiedergeben und dem Fortschreiten der kyphotischen Verkrümmung Einhalt gebieten wollen, führen zu guten Erfolgen, wenn man nicht zu viel von ihnen erwartet.

Der dorsale Vorhautschnitt. Eine in der Sprechstunde leicht ausführbare Modifikation. Nach Einführung der Hohlsonde zwischen inneres Vorhautblatt und Glans penis werden die beiden Vorhautblätter dorsal mit einem Scheerenschlage bis zum Sulcus coronarius durchtrennt und ohne Anlegen von Nähten verbunden. Die Epithelisierung vollzieht sich innerhalb weniger Tage, wenn der Schnitt bis zum Sulcus coronarius durchgeführt wurde. Andernfalls entsteht ein meist schnell vorübergehendes, den Heilungsvorgang aber aufhaltendes Oedema praeputii. Die Operation kann in lokaler Anästhesie mit Aethylchlorid in der Sprechstunde ausgeführt werden. Das kosmetische Resultat ist stets sehr gut.

Nr. 29, 20. August 1927.

Indikation und Methode der Mandeloperationen. Die Hyperpla der Mandeln ist eine Erkrankung des Kindesalters. Verfasser gla daß sie auch angeboren vorkommen kann. Für das Zustandekomm der Hyperplasie der Mandeln kommen konstitutionelle Verhältnis die Ernährung und Infektionen in Betracht. Die wichtigste V bedingung für die Mandelhypertrophie ist die körperliche Ver lagung, und zwar die exsudative Diathese. Czerny macht üb reichliche Ernährung für die Mandelhypertrophie verantwortli Sehr wichtig sind wiederholte Infektionen der Luftwege; jeder n Katarrh führt zu einer Anschwellung des lymphatischen Geweb besonders der Rachenmandel und der Gaumentonsillen. Bei geri gradigen Hyperplasien ist die Unterscheidung zwischen norma Größe und pathologischer Anschwellung schwierig. Die Entsch dung ist bis zum gewissen Grade von der individuellen Auffass des Beobachters abhängig, der den Zustand des gesamten lymp tischen Apparates, nicht nur des Rachenrings, sondern auch Drüsen und der Thymus bei seiner Beurteilung berücksichtigen m Praktisch kommt die Unterscheidung geringgradiger Hyperplas kaum in Betracht, da operative Eingriffe an den Mandeln nur in Fällen vorzunehmen sind, in denen durch ihre Größe Störungen h vorgerufen werden. Es ist also nicht die absolute Größe der Mand sondern ihr Verhältnis zur Weite des Rachens ausschlaggebend. Indikation für die Entfernung der Nasenrachenwucherungen di nur das Vorhandensein von Störungen. Prophylaktisch darf Operation nicht vorgenommen werden. Das wichtigste Sympt der adenoiden Vegetationen ist die Nasenstenose. Das Vorhand sein des Typus adenoideus ist nicht ausschlaggebend, da die gleic Veränderungen des Gesichtsausdruckes auch durch andere die Nas atmung verhindernde Ursachen bedingt sein können. Die We der Nasenhöhle muß bei der Indikationsstellung genau berücksicht werden. Schwellungen der Muscheln gehen nach Beseitigung Mandeln spontan zurück, Verengerungen der Nase aber, die du hohen und schmalen Gaumen bedingt sind, bleiben auch nach Operation bestehen. Im Anschluß an die Operation muß in solch Fällen unbedingt eine orthodontische Dehnung des Gaumens v genommen werden. Nächst der Nasenstenose sind rezidivieren Otitiden und Schwerhörigkeit durch Tubenkatarrh eine dringen Indikation für die Entfernung der Nasenrachenwucherungen. Entfernung der Vegetationen beseitigt außerdem die Neigung z Angina retronasalis, die häufig zu Ohrkomplikationen führt. Wei müssen Katarrhe der oberen und tieferen Luftwege bei Mundatme als Indikation genannt werden. Bei Mundatmern gelangt die Ins rationsluft nur ungenügend vorbereitet in die tieferen Luftwe wirkt infolgedessen als Reiz auf die Schleimhäute der tieferen Lu wege und schafft dadurch eine Disposition für katarrhalische E krankungen. Häufig wird durch die Nasenverstopfung bei den ade oiden Vegetationen die Nachtruhe der Patienten gestört. Im Sch sinkt der Unterkiefer nach hinten, der Zungengrund legt sich üb den Kehlkopfeingang, die Atmung wird dadurch erschwert, und Kinder werden unruhig. Morgens sind die Kinder dann müde u abgespannt, sie können sich deshalb nur schwer beim Unterric konzentrieren — Aprosexia nasalis. Die Frage der Fernwirkung der adenoiden Vegetationen ist noch strittig. Verfasser bekennt si zu der Ueberzeugung, daß Appetitlosigkeit, Enuresis nocturna u Pavor nocturnus durch die Entfernung der Adenoiden mit groß Wahrscheinlichkeit beseitigt werden können. Die Adenoidoton soll nicht vor dem vierten Lebensjahr gemacht werden. Verfass empfiehlt, die Operation bei kleineren Kindern im Chloräthyl- od Aetherrausch auszuführen, weil die Schockwirkung auf die Patient dadurch vermieden wird. Bei größeren Kindern und Erwachsen bevorzugt Verfasser die Lokalanästhesie durch Einpinselung v Kokain. Starke Nachblutungen kommen äußerst selten vor und si fast immer auf hängengebliebene Reste zurückzuführen. Die A pharyngea ascendens kann abnorm verlaufen, man muß desha regelmäßig vor der Operation auf das Vorhandensein abnorm Pharynxpulsation achten. Eine besondere Nachbehandlung ist nic notwendig.

Die Hyperplasie der Gaumenmandeln ist seltener die Vera lassung für operative Eingriffe. Nur bei Behinderung der Atmu und des Schluckens ist die Beseitigung des Hindernisses erforde lich. Es genügt in solchen Fällen, die Tonsillotomie zu machen. S kann meistens in Lokalanästhesie ausgeführt werden. Bei E wachsenen geben die Indikationen für die Eingriffe an den Mande meistens die chronisch katarrhalischen Veränderungen und die vo ihnen ausgehenden Infektionen. Als solche sind zu nennen: Per tonsillitis habitualis, Polyarthritis rheumatica, Nephritis, Endokarditi Sepsis und Pyämie. In diesen Fällen muß natürlich die Tonsillektom gemacht werden. Bei der Ausschälung der Mandeln soll man wege der vorhandenen Blutungs- und Aspirationsgefahr die Lokalanästhesi

lem Rausch und der Narkose vorziehen. Die Ausschälung soll möglichst stumpf ausgeführt werden. Die Nachbehandlung besteht in Bettruhe von 5—6 Tagen. Gurgelungen sind zu widerraten. Als Contraindikation ist nur die Hämophilie und die schwere Endokarditis mit häufigen Schüttelfrösten zu nennen. Im akuten Stadium einer Angina oder bei frischer Peritonsillitis soll die Operation möglichst vermieden werden.

L. Gordon.

Reichs-Gesundheitsblatt.

2. Jahrg., Nr. 33, Berlin, 17. August 1927.

Zum Kampf gegen das Kurpfuschertum. Kurzer Ueberblick über Geschichte und Ziele der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums sowie Beschreibung ihrer neuen Wanderausstellung.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

Zeitschrift für Medizinalbeamte und Krankenhausärzte.

Jahrg. 40/49, Nr. 15, 1. August 1927.

Gedanken über das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Die Polizei handelt nur selbständig, soweit sie als Ordnungspolizei Veranlassung findet. Immer handelt sie im Benehmen, d. h. nach Anhören des beamteten Kreisarztes. Gesundheitsbehörde im Sinne des Gesetzes sind — nach den Ausführungen Engelsmanns — die staatlichen Medizinalbeamten. Sie haben die Listen zu führen, bzw. es sind ihnen alle Fälle zu melden. Attestauflagen, Einweisungen in ein Krankenhaus erfolgen durch den staatlichen Medizinalbeamten, u. U. unter Mitwirkung der Polizei. Die städtischen Gesundheitsämter haben die ärztliche Liste der Pflegeämter und die Beratungsstellen zu überwachen. Die Pflegeämter beschäftigen sich mit den wirtschaftlichen und sozialen Belangen, die Beratungsstellen mit den gesundheitlichen. Die Beratungsstellen unterstehen den staatlichen Gesundheitsbeamten. Die Atteste der praktischen Aerzte sind als vollwertig anzusehen und eine Untersuchung durch einen besonders benannten Arzt soll nur auf den eigenen Wunsch des behandelnden Arztes angeordnet werden oder wenn begründete Ursache zu einer solchen Maßnahme besteht.

Psychische Eignung zu Berufen im öffentlichen Verkehr. Marloth fordert bei der enormen Steigerung des Verkehrs eine psychotechnische Prüfung der Kraftwagen- und Motorradführer. Der Interessenverband Deutscher Kraftfahrer errichtet ein derartiges Musterinstitut in Leipzig.

Jahrg. 40/49, Nr. 16, 15. August 1927.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

Archiv für soziale Hygiene und Demographie.

2. Heft 5.

Erfahrungen mit der Blutgruppenbestimmung bei strittiger Vaterschaft. An Hand von 70 Fällen weist der Verfasser auf die überaus große Bedeutung der Blutgruppenbestimmung als Hilfsmittel für die Entscheidung bei strittiger Vaterschaft hin. Das Verfahren beruht im wesentlichen darauf, daß es rote Blutkörperchen gibt, die durch bestimmte Eigenschaften wohl charakterisiert sind und zwar derart, daß sie durch das Serum mancher anderer Menschen agglutiniert werden. Man nennt diese agglutinablen Eigenschaften A bzw. B. Je nach dem Vorkommen oder Fehlen lassen sich alle Menschen in vier Gruppen einteilen: Gruppe 0, d. h. Blutkörperchen ohne A und B, Gruppe A, Gruppe B und Gruppe AB. Der prozentuale Anteil ist in Mitteleuropa etwa 40 : 40 : 15 : 5. Es handelt sich also um Grupenmerkmale und nicht um individuelle Merkmale. Jedoch sind auf Grund von speziellen Untersuchungen und Berechnungen diese Gruppenmerkmale sehr aufschlußreich. Die Blutgruppenbestimmung wird zu einem wertvollen Hilfsmittel nicht nur durch ihre Ergebnisse an sich, sondern auch durch weitere der Blutuntersuchung anzuschließende ärztliche Feststellungen und die Kritik aller erreichbaren Indizien. Durch dieses Vorgehen bei einer wissenschaftlich begründeten Vaterschaftsdiagnose wird die Zahl der Fälle mit einem non liquet zur Bedeutungslosigkeit verringert. Die zahlreichen, anläßlich der Blutgruppenbestimmung gemachten Einzelbeobachtungen sind nicht nur für die Rechtspflege von Wichtigkeit, sondern auch für eine Reihe anderer wissenschaftlicher Fragestellungen, wie z. B. für die Beziehungen der Konstitution eines Kindes zu der der Mutter bei ungleichen Blutgruppen, für die Beobachtungen über die Sterblichkeit von Säuglingen (Ausblicke auf die Sterilität mancher Ehen) und anderes.

Gesundheitsverhältnisse im Strafvollzug unter besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose. Der Verfasser versucht an Hand von Selbstbeobachtungen, Statistiken und Literatur die vielfach und immer wieder aufs neue verbreitete Ansicht, daß die Strafanstalten meist mehr oder weniger Brutstätten von Tuberkulose sind, zu widerlegen. Er weist darauf hin, daß die Gesundheitsfürsorge für unsere Gefangenen im allgemeinen jetzt so geregelt ist, daß Schädigungen ihrer Person und ihrer Arbeitsfähigkeit ausgeschlossen sind. Im Kampf gegen die Krankheiten und besonders gegen die Tuberkulose finden wir alle modernen Mittel und Waffen auch im Gefängnis vertreten. Am weiteren Ausbau wird ständig gearbeitet. Die Strafanstalten sind demnach keine Bruststätten der Tuberkulose, sondern sie helfen vielmehr, diese Volksseuche zu bekämpfen. Kranke Gefangene werden besser verpflegt als sie es selbst in Freiheit haben könnten. Sie haben besondere Vergünstigungen. Verurteilung zu lebenslänglicher Haft ist nicht gleichbedeutend mit dem Tod an Tuberkulose. Der Tuberkuloserückgang bei den Strafanstalten dürfte bald auf seinem niedrigsten Punkt angelangt sein und mit dem allgemeinen Sinken der Kriminalität zusammenhängen. Die Ernährung der Gefangenen ist einwandfrei. Der Krankenstand im Strafvollzug kann im allgemeinen als günstig angesehen werden. Einige Autoren empfehlen, indem sie Kriminalität mit Tuberkulose im Zusammenhang bringen, Verbrechern wegen ihrer Krankheit eine Sonderstellung bei der Beurteilung ihrer Zurechnungsfähigkeit einräumen zu wollen. Das lehnt der Verfasser ab. Die Krankheit kann höchstens mildernde Umstände bewirken, nicht Straffreiheit. Dagegen befürwortet er die Forderung der Schaffung einer Fachabteilung für tuberkulöse Gefangene, eventuell mehrere Länder umfassend.

Kurse für Epidemiologie und Vital-Statistik. Prof. Greenwood, dem ein Lehrstuhl der „London School of Hygiene and Tropical Medicine" übertragen worden ist, veranstaltet im Akademiejahr 1927/28 Instruktionskurse für Epidemiologie und Vital-Statistik, die am 4. Oktober beginnen werden. Diese Kurse, die in Form eines Seminars abgehalten werden sollen, sind vornehmlich für Aerzte bestimmt; noch nicht graduierte Studenten werden nicht zugelassen. Es dürfte allgemein begrüßt werden, wenn auch ausländische Aerzte an diesem Kursus teilnehmen dürften. Die Gebühren betragen 5 Guineas. Nähere Auskunft erteilt der Secretary of the London School of Hygiene and Tropical Medicine, Malet Street, London W. C. 1.

Ist der soziale Aufstieg mit anthropologischer Auslese verbunden? Verfasser kommt zu dem Ergebnis, daß die Auslese der Begabung für wirtschaftliches Fortkommen und beruflich-gesellschaftliches Emporsteigen unabhängig zu erachten ist von einer rassenbiologischen Differenzierung.

Das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als Kompromiss. Verfasser bezeichnet das neue Gesetz als größeren Sieg der Abolitionisten als der Reglementaristen. Zu den letzteren gehört nach der Behauptung des Verfassers die Mehrzahl der Aerzte. Er

bedauert durchaus die Abschaffung der Reglementation und sieht der künftigen Methode der Untersuchung der Prostituierten durch freie Arztwahl usw. mit Skepsis entgegen.

Das Wohnungsproblem in der Nachkriegszeit. Verfasser unterzieht die heute in aller Herren Länder herrschende Wohnungsnot einer eingehenden Analyse. Die Wurzeln der Wohnungsnot greifen in die Vorkriegszeit zurück. Das rapide Wachsen der Industrie, die mangelhafte Siedlungspolitik und nicht zuletzt der rein privatkapitalistische Wohnungsbau dürften wohl die Urheber des Wohnungselendes sein. Die heutige Wohnungszwangswirtschaft ist unerläßlich und muß bestehen, solange der dringende Wohnungsbedarf nicht gedeckt ist. Das kann aber nur geschehen, wenn für das ganze Reich ein Wohnungsbauprogramm aufgestellt wird, wie es z. B. 1924 Großbritannien machte. Die Tendenz dieses Programms müßte sein, den Fehlbestand an Wohnungen in allerhöchstens 10 Jahren zu beseitigen und außerdem dem Neubedarf an Wohnungen Rechnung zu tragen (etwa 150000 Wohnungen im Jahr). Demnach wäre zu bestimmen, wieviel Kleinwohnungen jährlich mindestens gebaut werden müssen und gleichzeitig müßte die Hauszinssteuer für solange festgelegt werden, so daß die erforderlichen öffentlichen Mittel zur Durchführung des Wohnungsbauprogramms sichergestellt würden. Voraussichtlich würden 30 bis 35% der Friedensmiete genügen, um ein derartiges Wohnungsbauprogramm innerhalb von 10 Jahren durchzuführen. Dieser Bertrag ließe sich vielleicht noch ermäßigen, wenn es gelingen sollte, einen größeren Teil der Mittel als bisher auf dem Anleihewege aufzubringen, so daß ein Teil des Ertrages aus der Hauszinssteuer zur Verzinsung und Tilgung dieser Anleihen anstatt zur unmittelbaren Hergabe von Hypotheken Verwendung finden könnte. Die Durchführung eines derartigen Wohnungbauprogramms in Verbindung mit der Festlegung der Hauszinssteuer ist die allerwichtigste und dringendste Aufgabe unserer Wohnungspolitik. Wer vom sozialhygienischen Standpunkte aus das Wohnungsproblem betrachtet, muß dringend wünschen, daß dieser Weg gewählt wird, der allein einen Ausweg aus der heutigen furchtbaren Wohnungsnot gewährleisten kann.

Eine internationale Enquête über die Ursachen der Säuglingssterblichkeit. Das Kinderwohlfahrtskomitee des Völkerbundes hat in der Sitzung im März 1926 vorgeschlagen, einen Unterausschuß zu bilden, der Spezialisten verschiedener Länder zur Mitarbeit in Fragen der Kinderhygiene auffordern sollte. Es sollten vor allem untersucht werden die Fragen der Säuglingssterblichkeit vom Standpunkt der Ernährung und andere mit der Kinderhygiene verbundene Fragen. Auf der ersten Kommissionssitzung wurden u. a. zwei Punkte behandelt: eine internationale Enquête über die Ursachen der Säuglingssterblichkeit und die Vereinheitlichung der Registrierung von Säuglingssterbefällen. Zu der internationalen Enquête wurden als Erhebungsgebiete in jedem einzelnen Lande zwei städtische und zwei ländliche Bezirke gewählt, die bei annähernd gleicher Bevölkerungsagglomeration eine möglichst verschieden hohe Säuglingssterblichkeit aufweisen, wobei durch Vermeidung der demographischen, bereits bekannten Faktoren, der spezielle Einfluß geprüft werden soll, den andere, noch zu wenig gewürdigte Faktoren auf bestimmte Gebiete — in denen die Bedingungen möglichst gleich sind — ausüben. Auch die Frage des Einflusses anormaler Geburt und einzelner Krankheiten auf die Sterblichkeit sollten in Betracht gezogen werden. In der zweiten Sitzung der Sachverständigenkommission (Paris, 17. bis 20. Januar 1927) wurde über eine internationale Enquête über die Säuglingssterblichkeit eine endgültige Festlegung erzielt. Gegenstand der Erhebung sind sämtliche Kinder, die im Jahre 1927 in den Erhebungsgebieten sterben, ohne das erste Lebensjahr vollendet zu haben, und sämtliche in den Erhebungsgebieten im Jahre 1927 totgeborenen Kinder. Fehlgeburten sind nicht mit einbegriffen. Zur Ermöglichung der Vergleichbarkeit der Resultate wurde sowohl eine einheitliche Anwendung des Begriffes „Totgeburt" sowie auch ein einheitliches Todesursachenverzeichnis vereinbart. Der Begriff Fehlgeburt wurde folgendermaßen definiert: „Ein Fötus, der einer unabhängigen Existenz fähig ist, ist ein „lebensfähiger" Fötus." Er ist das Produkt einer Schwangerschaft, die mindestens 28 Wochen gedauert hat; ein solcher Fötus wird normalerweise mindestens 35 cm lang sein, gemessen vom Scheitel bis zur Fußsohle, wenn der Körper vollständig ausgestreckt ist. Die Frucht ist „totgeboren", wenn ein lebensfähiger Fötus geboren wird, in dem sich die Lungenatmung nicht einstellt; sein Tod kann erfolgt sein a) vor, b) während, c) nach der Entbindung, aber in jedem Fall, bevor er geatmet hat. Diese Definition schließt nicht ein, daß ein Fötus unter sieben Monaten nicht als lebend geboren angesehen werden kann, aber sie besagt, daß unter 28 Wochen die Geburt eines Fötus, in dem die Atmung nicht einsetzt, nicht als Totgeburt angesehen werden kann, sondern als Fehlgeburt. Da die Todesursachenstatistik erstaunlich viele Todesursachen zeigt — mehr als die Hälfte — „angeborene Lebensschwäche" usw. — wurde ein Schema der Todesursachen im ersten Lebensjahr, das etwa 100 Krankheiten enthält, zum allgemeinen Gebrauch ausgegeben; jede Krankheit ist mit einer einzigen numme-rierten Bezeichnung aufgeführt. Die Benennung von bloßen Symptom[en] ist ganz vermieden. Jede Diagnose muß mit einem der hund[ert] Krankheitsnamen übereinstimmen und seine Nummer tragen. Für [die] Erzielung einer gebrauchsfähigen Todesursachenstatistik ist die A[uf]stellung eines für jeden Fall ausreichenden Einheitsfrag[e]bogens Vorbedingung. Er muß nicht lediglich unter den [demo]graphischen Gesichtspunkten geführt werden, wie es bis jetzt übli[ch] war, sondern es müssen auch soziale Ursachen berücksicht[igt] werden. Der Fragebogen hebt besonders folgende Punkte hera[us]: Allgemeine Personalien des Kindes, Wohnungsverhältnisse, gesu[nd]heitlicher und wirtschaftlicher Zustand der Familie, besonders [der] Mutter (Erwerbsarbeit, frühere Schwangerschaften), Geburtsverl[auf] (Geburtshilfe), Entwicklung des Kindes, Unterbringung (Pflegeste[lle], Anstalt), Ernährung, Pflege, gesundheitliche Ueberwachung, Krank[en]geschichte (besonders der zum Tode führenden Krankheit). Da[nk] dieser Enquête werden nunmehr die Ursachen der Totgeburten z[um] ersten Mal statistisch erfaßt (Krankheiten der Mutter, vorzeitige G[e]burt, mangelnde Geburtshilfe, Geburtsschädigung durch fehlerha[fte] Geburt, Schwachheit der Mutter vor der Geburt), ebenso diejenig[en] der Frühsterblichkeit. Auch hier sollen besonders die Beziehung[en] der Schäden während der Schwangerschaft und Geburt ermitt[elt] werden. Ferner ist noch das Problem der Immunität der Säuglin[ge] gegen akute Infektionskrankheiten in die Debatte geworfen word[en]. Sie kann von der Mutter auf das Kind übertragen worden sein u[nd] hält in diesem Falle während der ersten drei Monate an. Di[e] Immunität kann die Mutter auch durch leichte Ansteckung erworb[en] haben. Demnach wird eine Städterin im allgemeinen ihrem Kin[de] einen solchen Krankheitsschutz mitgeben, während eine Mutter v[om] Lande, die niemals einer so sehr von Ansteckungskeimen erfüllt[en] Umgebung ausgesetzt war, ihrem Kinde eine Immunität nicht [zu] übertragen vermag. Bei einem immunisierten Kinde verläuft ei[ne] Infektionskrankheit, mit der es angesteckt ist, unter den charak[te]ristischen Zeichen (Diphtherie ohne Membran, Keuchhusten oh[ne] typischen Husten, Masern ohne Ausschlag). In solchen Fällen si[nd] nur Fieber, Ernährungsstörung, Gewichtsabnahme und sonstige se[hr] allgemeine Symptome festzustellen und die Diagnose lautet de[m]entsprechend: „Durchfall", „Krämpfe", „Unterernährung" us[w]. Der Fragebogen ermöglicht es, im Zusammenhang einerseits mit d[er] Ansteckungsmöglichkeit (gleichzeitige typische Erkrankungen in d[er] Umgebung des Kindes), andererseits mit der Herkunft der Mut[ter] (Stadt oder Land) bei einem Kinde in den ersten Lebensmonat[en] der wirklichen Diagnose näherzukommen. Statistische Sichtung d[er] Ergebnisse wird bestimmte Anhaltspunkte ergeben. Ohne auf d[ie] Technik weiter eingehen zu wollen, möchten wir uns den E[r]wartungen der Verfassers anschließen, daß diese Erhebung wervoll[e] neue Ergebnisse für die Hygiene und Sozialhygiene des Säugling[s]alters liefern wird.

M. Kantorowicz, Berlin.

Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter.

2., Heft 4/5.

Zur Ernährung des Kindes in den ersten beiden Lebensjahr[en] außerhalb und innerhalb von Anstalten. Besonderheiten der E[r]nährungsform in verschiedenen Anstalten erklärt der Verfass[er] lediglich mit Besonderheiten der Bedingungen. Hier spielen b[e]sonders Gewohnheiten und psychische Eigenarten des Kindes ei[ne] besondere Rolle. Sich ihnen anzupassen ist prima res. Die E[r]fahrungen zeigen, daß bei konzentrierteren Nahrungsgemisch[en] Störungen wesentlich seltener auftreten. Auch kommt der Fa[ll] seltener vor, daß, wie es bei Halbmilchernährung der Fall ist, d[ie] Gewichtszunahme nur langsam zu erzielen ist. Man gewinnt d[en] Eindruck, daß der normale Ablauf der Verdauungsvorgänge, in[s]besondere auch die Nahrungsresorption und Nahrungsverwertu[ng] bei den gewöhnlichen Milchmischungen nur unter besonde[rs] günstigen Anstaltsbedingungen — wenigstens b[ei] konstitutionell nicht ganz vollwertigen Kindern — aufrechterhalt[en] wird. Der Angriffspunkt des meist eintretenden „dekonstituierende[n] Pflegeschadens" ist wiederum, wie v. Pfaundler sagt, die See[le] des Kindes, als Erfolgsorgan aber kommt vorwiegend die vegetativ[e] Sphäre in Betracht. Keller und Freund haben eine große Reil[he] von überzeugenden Kurven veröffentlicht, aus denen hervorgel[ht], daß dieselbe Nahrungsmenge, die nachweislich draußen zu glänze[nden]

er Körpergewichtszunahme führte, diesen Effekt in der Anstalt cht hervorbrachte. Erst seitdem wir systematisch dem Einfluß er Anstalt bzw. der Anstaltspflege auf die Energiebilanz bei der nstlichen Ernährung Rechnung tragen, sind unsere Resultate in elen Anstalten erfreulicher geworden. Wer die geschilderten erhältnisse sich nicht genügend klar macht, läuft Gefahr, das, was in der Anstalt gesehen hat, in der Außenpraxis sklavisch nachahmen. Tatsächlich sehen wir heutzutage, daß viele Aerzte und uglingspflegerinnen ohne besonderen Grund im Privathaus recht nzentrierte Nahrungsgemische empfehlen, lediglich, weil sie sie der Anstalt als nützlich kennengelernt haben. Ist Gelegenheit, uglinge bei gleich hoher Nahrungsmenge, nachdem sie in gutem stand aus der Anstalt entlassen sind, weiter zu verfolgen, so ernnt man vielfach an einer nunmehr bald überflüssig werdenden wichtszunahme, daß der Nahrungsbedarf ein geringerer geworden . In Fällen, wo dieser Vergleich nicht möglich ist, vielmehr von rnherein im Privathause konzentrierte Gemische gewählt werden, t man sich vielfach Selbsttäuschungen hin. Es kann nicht genug pfohlen werden, sich in gebildeten Familien ganz genau die verreichten Nahrungsmengen der üblichen Milchgemische nennen zu ssen. Man wird dann erkennen, daß vielfach zu ausgezeichnetem deihen Quantitäten genügen, die in der Anstalt mit Sicherheit r Dystrophie führen würden.

Die Sauermilchnahrung ist nur in solchen Fällen von Vorteil, mit dem Auftreten zahlreicher Infekte gerechnet werden muß. auchbar als Dauernahrung ist eine Sauermilch, die genügend hlehydrate und auch Fett enthält. Obwohl auch bei der Säuggsernährung noch keine idealen Resultate erzielt worden sind, ist s Problem des Kleinkindes in den späteren Monaten und inssondere im zweiten Lebensjahre ein noch schwiegeres Problem. r Verfasser hat jedoch in seiner Praxis keinerlei Schwierigkeiten ebt. Er berichtet hierüber: „Den Grund hierfür sehe ich in der tsache, daß wir gewöhnt sind, frühzeitig, d. h. mit vier bis fünf naten zu einer Milchbreimahlzeit, mit 5 bis 6 Monaten zu einer müsebreimahlzeit überzugehen und überhaupt frühzeitig — auch untergewichtigen Kindern — die flüssige Ernährung verlassen d ausschließlich Brei verfüttern. Wir verabreichen die ormalnahrung“ bereits in den letzten Monaten des ersten Lebensres nach dem Vorbild der Czernyschen Klinik vier Mahliten, bestehend aus zwei Milchbreien (mit 200 ccm Milch), em Gemüse-Kartoffel-Fleischbrei und einem Obst-Zwiebackbrei. e große Masse der Anstaltskinder um die Wende des ersten bensjahres ist auf diese Weise gut vorwärts zu bringen, und ich lte diese Ernährungsform auch im Privathause für die beste. stellt hier bei den meist höhergewichtigen Kindern eine im Vertnis knappere Kost dar, aber das entspricht ja den oben schon die jüngeren Kinder als notwendig erkannten Grundsätzen. lbstverständlich gibt es eine ganze Reihe von Kindern, bei denen se Ernährungsform nicht durchführbar ist. Während eines hochberhaften Infekts bei zerebral Abnormen, bei Atonie des Magens w. sind Abweichungen von der Normalkost erforderlich. Worauf jedoch ankommt, ist die Tatsache, daß Dinge, wie sie bei der staltsernährung mit Halbmilch im ersten Säuglingsalter sogar bei sunden Kindern vorkommen und oben erörtert wurden, im allgeinen bei der Verabreichung einer gemischten Kost in vier Breinhlzeiten bei älteren Kindern nicht zu gewärtigen sind. Es kann ht meine Aufgabe sein, an dieser Stelle, wo allgemeine Richtlinien z geben sind, im einzelnen die etwa notwendig werdenden Abichungen von der genannten Normalkost zu besprechen. Nur viel sei gesagt, daß auch hier die Konzentrierung der Nahrung e große Rolle spielt, und daß andererseits vielfach eine stärkere wechslung in der Art der angebotenen Nahrung (z. B. an Stelle s Milchbreis Butterbrot) wünschenswert ist.“

Zur Begutachtung des Stillens und zur Praxis der Stillbescheinigungen. Bekanntlich bekommt ein sehr erheblicher Teil aller Mütter e sogenanntes Stillgeld, und zwar nur so lange, als sie den Nachwis erbringen, daß sie ihr Kind selbst stillen. Um dieses nachzuwisen, muß die Mutter ein ärztliches Attest mitbringen. Meistens rden solche Atteste von Fürsorgeärzte ausgestellt, jedoch auch der allgemeinen Praxis kommt es vor, daß solche Atteste gestellt werden müssen. Objektive Merkmale einwandfrei zu ennen, ob die zur Untersuchung stehenden Milchdrüsen einer Fu zur Zeit zum Stillen verwendet werden, ist nicht immer leicht. bei spielt hier der Umstand keine Rolle, ob nur Brustnahrung geben wird, oder eine Zwiemilchernährung statthat, ob häufig r ob selten angelegt wird. Es handelt sich lediglich darum, daß erhaupt gestillt oder nicht gestillt wird. Im Sinne des Gezes wird man von Stillen noch sprechen können, wenn, um den remsten Fall anzuführen, auch nur ein einziges Mal täglich gelegt wird, und wenn das Kind dabei auch nur minimale Milchngen, sagen wir nur 10 oder 20 g erhält. Wichtig ist es weiterhin, sich gegenwärtig zu halten, daß Stillen und Anlegen an die Brust nht immer identisch sind. Es gibt einesteils Mütter, die zweifellos stillen, ohne daß sie das Kind anlegen. Auch eine solche Ernährungsweise berechtigt natürlich zum Bezuge des Stillgeldes. Andererseits kann es auch vorkommen, daß Kinder zwar angelegt werden aber nicht gestillt, weil die Brust von einigen Trophen Colostrum abgesehen, nicht mehr Sekret liefert. Nicht immer ist dieses Scheinstillen als ein Mißbrauch zu betrachten. Denn es gibt jüngere Mütter, die doch glauben, ihr Kind zu stillen. Besonders ist es dann der Fall, wenn der Säugling die leere Brustwarze wie einen Schnuller benutzt. Aber auch sonst gibt es noch Schwierigkeiten, über die hier nicht mehr näher eingegangen werden soll. Die Erfahrungen des Verfassers haben zweierlei Verfahren als zuverlässig festgehalten: 1. eine Stillprobe vorzunehmen, 2. das Sekret der Brustdrüse auf Konsistenzveränderung mikroskopisch nachzuprüfen, da meist nach vier bis sieben Tagen, spätestens aber nach 13. Tagen, Kolostrumkörperchen in dem Sekret der nicht mehr entleerten Brust auftreten. Jedenfalls ist es nicht ratsam, ein Attest nur auf Grund bloßer Berichterstattung durch die Wöchnerin aufzustellen.

M. Kantorowicz, Berlin.

Zeitschrift für klinische Medizin.

106., H. 1/2, Juli.

Intravitale Diagnose des Myokardinfarktes. Tritt bei Menschen höheren oder mittleren Alters ohne nachweisbare Ursache akut oder subakut eine Herzschwäche in beliebiger Form ein, für die eine genügende Ursache außerhalb des Herzens nicht nachzuweisen ist, so muß der Grund des öfteren in einem Myokardinfarkt erblickt werden. Die Diagnose ist fast mit völliger Sicherheit zu stellen, wenn dieser zumeist von Erstickungsgefühlen begleiteten Periode der Herzinsuffizienz Schmerzanfälle in der Herzgegend vorausgegangen sind, die später plötzlich nachließen. Die Schmerzen bei Verengerung der Mündungsstellen der Karonararterien sind nie so heftig und intensiv wie beim Myokardinfarkt. Der Status anginosus hält außergewöhnlich — meist mehrere Monate — bis zum Tode an, wobei die geringste Bewegung eine Verschlimmerung der Schmerzen herbeiruft. Atemnot tritt nicht hervor und es fehlen die schweren insultartig einsetzenden Anfälle, die den Herzmuskelinfarkt charakterisieren. Aetiologisch ist stets die Lues für die Stenose der Kranzarterien verantwortlich zu machen.

Biberfeld.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.

98., Heft 4—6, August 1927.

Motorische Reizerscheinungen bei Tabes. Tabiker mit kurzen, kräftigen Zuckungen des Zwerchfelles, kurzen Kontraktionen in

beiden Quadrizipites, Sartorii, Adduktorengruppen. Solche myoklonische Erscheinungen sind bei Tabes sehr selten.

Erkrankungen der Ventrikel. Fall von Tumor unter dem Balken, vom Splenium bis zum Genu corporis callosi reichend. Der Fall lehrt bezüglich der Syndrome der Erkrankung des 3. Ventrikels, daß bei langsam sich steigerndem Druck im 3. Ventrikel und einer mäßigen Druckwirkung auf die Wandung der Ventrikel ohne Destruktion der Ventrikelwände folgende Symptome auftreten können, welche als charakteristisch und differentialdiagnostisch verwertbar bezeichnet werden können: langsam zunehmende Schlafsucht, nur geringe Kopfschmerzen, aber unangenehme Empfindungen im Kopf, welche bei Schütteln zunehmen, rasch an Intensität wechseln; angioneurotische Störungen an der Haut des Gesichts und Halses und eigenartige peinliche Parästhesien in der Haut des ganzen Körpers; an einzelnen Tagen flüchtige Augenmuskelstörungen, und zwar Störung der Lichtreaktion der Pupillen und eigenartige, nur in der Uebergangsphase von Benommenheit zum Wachen bestehende Augenmuskellähmungen (Schlafaugenmuskellähmungen).

Neues Ischiassymptom. Das neue Symptom ist die Druckempfindlichkeit der Achillessehne. Bei Ischias besteht eine Schmerzhaftigkeit der Achillessehne des kranken Beines. Diese ist nicht spontaner Art, sondern wird durch Druck der Sehne ausgelöst (latente Achillodynie). Achillessehnendruckschmerz und Areflexie der gleichnamigen Sehne schließen sich in Ischiasfällen nicht aus. Das Achillessehnenschmerzsymptom wird auf ein Ergriffensein der langen Stammfasern des Hüftnerven bezogen und ist deshalb auch differentialdiagnostisch gegen Lumbago und andere ähnliche Erkrankungen von Bedeutung.

Rheumatische Fazialisparalyse. Bei einer Anzahl von Fällen geht die sog. rheumatische Fazialislähmung mit einer Erkrankung der Ohrspeicheldrüse einher oder letztere geht der Gesichtslähmung voraus. Dies deutet auf eine Fazialiserkrankung per consignitatem durch die primär erkrankte Parotis. Eine zweite Gruppe von Fazialislähmungen ist durch Mitbeteiligung des Oktavus, Intermedius, Trigeminus sowie durch Herpes und sonstige trophisch-motorische Störungen gekennzeichnet.

Klazomanie und Palilalie. Fall I: Zwangsschreianfälle (Klazomanie) nach Encephalitis epidem. Fall II und III: Palilalie bei Parkinsonismus. Die Palilalie ist eigentlich eine Dissoziation zwischen der willkürlichen Sprache und der automatischen Sprachbewegung und beruht auf einem Antagonismus zwischen der willkürlichen und automatischen Muskeltätigkeit. Die Kranken sind unfähig wieder aufzuhören, ebenso wie bei der Propulsion das plötzliche Stehenbleiben nicht gelingt. Außer einer Striatumläsion kann man bei der Klazomanie und Palilalie auch eine Rindenalteration annehmen, weiter ist die Klazomanie mit dem Zwangsweinen und -lachen analog (Zwangsschreien).

Kurt Mendel, Berlin.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.

64., Heft 3/4, Juli 1927.

Encephalomyelitis disseminata. Verf. sah in letzter Zeit eine größere Zahl von Fällen, die nach Symptomatologie und Verlauf eine gewisse Zusammengehörigkeit und Eigenart darboten. Es handelt sich um Fälle, wo sich subakut, innerhalb weniger Wochen, selbst Tagen Erscheinungen entwickelten, die auf eine Affektion des Rückenmarks bzw. des Gehirns und Rückenmarks hinwiesen, die auf der Höhe der Erkrankung meist ein recht schweres Symptomenbild boten, das aber in vielen Fällen sich rasch bis auf geringfügige Reste wieder zurückbildete, in anderen Fällen stationär blieb oder auch unter Rückgang einzelner Symptome nach anderer Richtung hin eine Progression zeigte. Alle Altersklassen waren vertreten, Frauen überwogen etwas über die Männer. Verf. meint, daß es sich in seinen Fällen um das gehäufte Auftreten einer Encephalomyelitis disseminata handle, und nicht um multiple Sklerose oder abgeschwächte Encephalitis epidemica.

Ueberwertigkeit der einen Hemisphäre. Es gibt möglicherweise Grade der Ueberwertigkeit; von dem einen Extrem absoluter Ueberwertigkeit führen stete Uebergänge zu dem anderen Extrem einer völligen Gleichwertigkeit beider Hirnhälften. Der Zustand der ausgesprochenen Ueberwertigkeit einer spezifisch humanen Hirnleistung muß als der „normale" des Erwachsenen angeseh werden. Die fortschreitende Hirnentwicklung drängt unter gewöh lichen Bedingungen stets auf Ueberwertigkeit. Es kann jemand Rechtshänder sein und doch auf seiner als unterwertig betrachtet rechten Hirnhälfte partielle Ueberwertigkeiten — wenigst morphologischer Art — besitzen. Eine als überwertig zu trachtende lokalisationsfähige Leistung kann auch auf derjenig Hirnhälfte ihr anatomisches Substrat finden, welche in ande Hinsicht als unterwertig angesehen werden muß.

Mathematische Begabung und Persönlichkeit. 8jähr. epile sches Mädchen mit mathematisch-rechnerischem Talent. Der F führt — ebenso wie verschiedene andere Beobachtungen — folgendem Schlusse: entweder müssen wir die mathemati intellektuellen Prozesse zusammen mit den unentbehrlichen optisch in einen Teil der optischen Region — nach Kleist in die d Gyrus angularis benachbarte — verlegen, oder wir müssen nehmen, daß die Grundlagen der allgemeinen Intelligenz an ande Teile des Gehirns gebunden sind, beim Mathematiker aber bestimmten Teilen der optischen Region besonders eng verknü sind, so daß ein vielleicht über weite Teile des Gehirns sich streckendes funktionelles Partialsystem der mathematischen B gabung entspräche, das nur in seinem optischen Knoten besond leicht und besonders stark geschädigt zu werden pflegt.

Kurt Mendel, Berlin

Archiv für orthopädische und Unfall-Chirurgie.

25., 2. Heft.

Der Nutzen frühzeitiger Extension und Gipskorsettbehandlu bei schweren Luxationsfrakturen der Lendenwirbelkörper. Sow bei Luxations- wie auch bei Kompressionsfrakturen der Wirbelkör ist die Ruhigstellung im Gipskorsett — gegebenenfalls nach Extensi im Engelmannschen Apparat — die souveräne Behandlung. Verletzten entgehen so den gefährlichen Infektionen, welche du die medullären Ausfälle und durch Monate dauernde Bettlägerigk bedingt sind.

Ueber Frakturheilung. Bei einem Material von 363 Röhr knochenbrüchen aus den Jahren 1922/26 war die durchschnittlic Heilungsdauer sehr hoch. Es wird die Frage aufgeworfen, ob ni innersekretorische Ausfallserscheinungen (z. B. Kropf) für minderwertige Knochenbildung ausschlaggebend sind? Außerd wird auf die geringere Regenerationsfähigkeit derjenigen Patient hingewiesen, die während der Kriegsjahre schlecht und unzureiche ernährt wurden.

Die Arthritis deformans des Schultergelenkes. Die Arthri deformans des Schultergelenks, welche eine chronische produkti Entzündung darstellt, ist mikroskopisch gekennzeichnet durch Kombination von Gelenkknorpelveränderungen mit Vaskularisatio und Ossifikationsbefunden, die von den subchondralen Markräum aus in den kalklosen Gelenkknorpel zur Ausbildung gelangen. Entstehungsweise der Arthritis deformans wird als rein funktion angesehen auf Grund zahlreicher Erfahrungen, welche die Arthri deformans als Berufs- und Gewerbekrankheit kennzeichnen. Auß dem sind lange zurückliegende traumatische Einwirkungen für Entstehung der Arthritis deformans bedeutungsvoll, so daß der B ginn der Erkrankung in der Jugendzeit zu suchen ist.

Ein neues Verfahren der Schultergelenkarthrodese. Um ei möglichst breite Berührung der Knochenflächen bei der Schult arthrodese zu erzielen bohrt F. ein rundes Loch von möglic großem Umfang in der Facies glenoidalis aus. Der Humerusk erhält eine entsprechende Form, so daß er sich zwanglos einstell

ßt und durch einen Gipsverband fixiert wird. Neben ausgiebiger erührung der angefrischten Knochenflächen wird völlige Aushaltung fremdartiger Körper aus dem Operationsfeld (Drahtnähte w.) erzielt.

Ueber schnappende Schulter. Die in Lokalanästhesie vorgenommene Operation ergab als Ursache der schnappenden Schulter s Hinüberschnellen eines Deltoideusstranges über das Akromion.

Beitrag zur muskulären Neurotisation. Tierexperiment und nische Resultate sprechen dafür, daß durch Transplantation einer, nervös gut versorgter Muskelläppchen in einen Schlitz eines lähmten Muskels von dem Transplantat aus eine neue Innertion des gelähmten Muskels einsetzt.

Ein Sitzstuhl für Kinder mit doppelseitiger Hüftgelenkverrenkung Gipsverband. Vorderwand (35 cm hoch) und Rückenlehne (55 cm ch) sind in Höhe von 15 cm durch Querhölzer verbunden. Darüber d mehr lateral sind 2 Matratzengurte angebracht, welche als terstützung der im Gipsverband gespreizten Oberschenkel dienen, rstellbar sind und sich so der Unterschenkellänge des Kindes anssen. Die Maße entsprechen den Größenverhältnissen eines etwa ährigen Kindes. Stimming.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 34, 20. August 1927.

X. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie zu Bonn, vom 8. bis 11. Juni 1927. (Schluß.)
edikomechanische Methode der Wehenerregung. Hellmuth.
ediane Scheiden-Dammspaltung. Seynsche.
eckenmessung mit Röntgenstrahlen. Martius.
ereinfachung und Behandlung der Geburt beim engen Becken. Sellheim.
ie beeinflußt die Art der Geburt das spätere Schicksal des Kindes? Seitz.
eburtsmechanismus ohne Fruchtwirbelsäulendruck. Lüttge.
eburtsmechanische und praktische Bedeutung der trichterförmigen Becken. Schumacher.
oher Geradstand und Kjellandzange. Lunz.
leichterung schwieriger Geburten durch Beckenbodenschnitt. Rieck.
ühdiagnose der Einklemmung am Isthmus uteri sub partu. Frey.
Jahre subkutane Symphysiotomie. Bauch.
uzeitliche Methode der abdominalen Schnittentbindung (intraperiton. Zervixschnitt). Schweitzer.
perative Geburtshilfe: vaginal oder abdominal? Hirsch.
olloidverschiebungen im Plasma in der Schwangerschaft. Seitz
hwangerschaftsnephropathie und Kolloidnephrose. Eufinger.
tiologie und Pathogenese der Eklampsie und der Schwangerschaftstoxikosen. Dienst.
deutung der Milchsäure in der Eklampsie. Zweifel.
r Eklampsiefrage. Nevermann.
handlung der Eklampsie durch Subokzipitalstich usw. Wieloch.
hwangerschaftsikterus. Rißmann.
station und Tuberkulose. Schultze und Rhonhof.
handlung der perforierten Appendizitis bei vorgeschrittener Schwangerschaft. Michel.
agnose der Extrauteringravidität. Haselhorst.
r kyphoskolioticum in der Gestation. Klein.
istologie der Blasenmole. Weinzierl.
erapeutische Schwangerschaftsunterbrechung durch Röntgenstrahlen. Fürst.
kteriologische Untersuchungen am graviden Uterus. Albert.
rchlässigkeit der Plazenta für Protozoen. Philipp.
teoarthropathia iliosarcralis. Albrecht.
Neutrum (Menschenform ohne männliche oder weibliche Keimdrüsen). Sellheim.
erusinfarkte. Benthin.
pernephrom der Vagina. Gragert.
riß des inneren Muttermunds infolge Rigidität bei Metreuryse. Vogt.
nglionfibroneurom des Lig. latum. Neumann.
pernephroider Ovarialtumor. Schwoerer.
Adenomyosis-Frage. Lahm.
poskop. Hinselmann.
renkarzinom und Schwangerschaft. Stoeckel.
mphangiofibrom und 2 Sarkome des Uterus. Brakemann.
aubenförmiges Scheidensarkom bei einem zweijährigen Kind. Esch.
locardius amorphus. Holtermann.
sodermale heterologe Mischgeschwulst des Uterus. Eymer.
kapitationshaken; Uterusdilatator für zervikal. Kaiserschnitt. Zangemeister.
erstitieller Tubenabschnitt im Röntgenbilde. Hoehne.
ne Instrumente. Gauß.
urosis vulvae. Terruhn.
foration des graviden Uterus mit Sigmoid-Verletzung. Saenger.
parat für verschiedene Narkoseverfahren. Franken.
krotische Ausstoßung der Portio usw. Bracht.
llandsche Prolapsoperation. H. Köhler.
atyphus nebst Gallensteinen und Gallenblasenperforation in der Schwangerschaft. Chr. Schmidt.
ge der Gutartigkeit der Corpuspapillome. Schmechel.
pravaginale Amputation oder abdominelle Totalexstirpation bei Fibromyomteri. Kriwsky.
hloß für die Kjellandzange. Riediger.
Sectio caesarea nach L. Portes. Kupferberg.

Zur Frage der Gutartigkeit der Papillome des Corpus uteri. Die Papillome des Corpus uteri sind im Gegensatz zu den vorwiegend gutartigen Papillomen anderer Lokalisation am weibl. Genitale fast durchweg karzinomatös, selbst die kleinsten Wucherungen dieser Art, wie Rob. Meyer nachweisen konnte. Bericht über eine seltene Tumorbildung, die von der Schleimhaut des Corpus uteri ausging und makroskopisch wie auch histologisch den Aufbau eines Papilloms mit adenomatösen Einschlüssen zeigte. Ein destruierendes Wachstum ließ sich mikroskopisch an zahlreichen, aus verschiedenen Teilen entnommenen Schnitten nicht feststellen. Aetiologisch kommen für diese seltenen Tumore weniger entzündliche als entwicklungsgeschichtliche Grundlagen in Betracht. Bei einer eventuellen Abrasio ist die Möglichkeit zu Verwechslungen mit Adenokarzinomen oder Sarkomen gegeben, welche nur durch exakte hsitologische Untersuchung vermieden werden kann.

Nr. 35, 27. August 1927.

Adenomyosis des Nabels. R. Köhler.
Flottierende Pyosalpinx tuberculosa. Waser.
* Operative Geburtshilfe vor der Frage: vaginal oder abdominal? M. Hirsch.
Klinische Erfahrungen über die Rektalnarkose mit Avertin (E 107). Conrad.
Kritik der Gwathmeyschen Methode der schmerzlosen Geburt. Kahn.
Doppelseitige symmetrische Femurschaftfraktur beim Neugeborenen bei Spontangeburt. Murken.
* Große Uteruszyste. Fukuschima.

Die operative Geburtshilfe vor der Frage: vaginal oder abdominal? Das vaginale Vorgehen des geburtshilflichen Operateurs beruht auf traditionellem Festhalten an alten Methoden zum Schaden unendlich vieler Frauen und Kinder. Auf Grund von in die Jahrzehnte zurückgehenden landesstatistischen und klinischen Erhebungen kommt Verfasser zu dem Resultat, daß eine grundsätzliche Ueberführung der operativen Geburtshilfe aus der antiseptischen in die aseptische Chirurgie anzustreben sei, mit andern Worten: er wünscht eine grundsätzliche (wenn auch nicht ausnahmslose) Abkehr der operativen Geburtshilfe von den bisher geübten vaginalen Operationsmethoden, die nur den Boden für Verletzungen und Infektion bereiten. Durch Verzicht auf innere Untersuchung und auf häusliche Operation wird die abdominale Schnittentbindung zum souveränen Verfahren der operativen Geburtshilfe, das berufen ist, den größten Teil der 6000 Mütter und 90 000 Kinder zu retten, welche heute noch der vaginal-operativen Geburtshilfe jährlich zum Opfer fallen.

Große Uteruszyste. Bei einer 40jährigen Nullipara wurde ein dünnwandiger, etwa kindskopfgroßer Tumor durch Laparotomie entfernt. Er erwies sich als eine mit hohem Flimmerepithel ausgekleidete, mit Muskel- und Bindegewebe ausgestattete Zyste, welche aus dem Fundus uteri, vorwiegend aus der linken Tubenecke entsprang. Als Zysteninhalt fand sich eine weißliche, trübe, eiweißreiche Flüssigkeit von spezifischem Gewicht 1017. Auf dem Durchschnitt durch den Uterus und die Zyste finden sich drei, deren eine von der Außenseite, zwei von der Inenfläche der Zyste ausgehende Tochterzysten von verschiedener Größe. Mikroskopisch ließ sich das von Frankl aufgestellte Bild der Adenomyosis in der Grenzpartie des Uterus und der Zyste und außerdem ahlreiche Drüsen in der Zystenwand nachweisen. Verf. neigt zu der Ansicht, daß es sich ätiologisch um eine postfötale, entzündliche Wucherung der Uterusschleimhaut mit sekundärer Zystenbildung handle. Bei der äußeren Untersuchung war nur ein kugeliger, prall-elastischer Tumor von glatter Oberfläche nachweisbar gewesen, der ohne weiteres mit einem graviden Uterus hätte verwechselt werden können, wenn nicht der Uterus sich deutlich rechts und hinter dem Tumor hätte bei der inneren Untersuchung abtasten lassen. Die große Mehrzahl derartiger Tumoren sind entwicklungsgeschichtlichen Ursprungs und als Reste des Gartnerschen Gangs anzusprechen. Schwab, Hamburg.

Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

18. 1. Heft.

* Die konservative und chirurgische Behandlung der entzündlichen Erkrankungen des Innenohres mit besonderer Berücksichtigung der Indikationsstellung. Zange.
* Die konservative und chirurgische Behandlung der Labyrinthentzündungen mit besonderer Berücksichtigung der Indikationsstellung. Ruttin.

Die konservative und chirurgische Behandlung der entzündlichen Erkrankungen des Innenohrs usw. Nach eingehender pathologisch-anatomischer und klinischer Beschreibung der verschiedenen Arten von Labyrinthitis ohne und mit weiteren endokraniellen Komplikationen, wobei das gesamte bisher in der Literatur niedergelegte Material in vorbildlicher und kritischer Weise verwendet wird, kommt Verf. zu folgenden Behandlungsvorschlägen: In allen bereits mit Folgeerkrankungen im Schädel (Meningitis, Hirn-

abszeß, tiefer Extraduralabszeß) verwickelten Fällen von diffuser Otitis interna stets sofort Labyrinthoperation nach Hinsberg, unter Umständen nach Neumann oder Uffenorde mit gleichzeitiger Eröffnung des inneren Gehörganges und Sorge für Liquorabfluß, gegebenenfalls auch durch Spaltung der Hirnhäute im Bereiche des inneren Gehörganges und Drainage der Seitenzisterne. Letzteres, ebenso die Neumann'sche Volloperation jedoch nur bei schon ausgesprochener Meningitis.

Bei verwickelten Innenohr-Entzündungen mit Funktionsresten Labyrinthoperation nur, wenn Verwicklung als labyrinthogen sichergestellt, also abhängig vom Mittelohroperationsbefund, oder zunächst Abwarten des Mittelohroperationserfolges. Bei diffuser Innenohrentzündung solcher Art Ganzeröffnung des Innenohrs, unter Umständen einschließlich des inneren Gehörganges, bei nur umschriebener vorsichtige Teileröffnung.

Bei unverwickelten Innenohrentzündungen, wenn die Funtion teilweise noch erhalten, Behandlung im ganzen konservativ, höchstens vorsichtige Mittelohroperation möglichst in örtlicher Betäubung mit tamponloser Nachbehandlung, täglichem Verbandwechsel, Funktions- und Liquorüberwachung. Dieses gilt sowohl für die umschriebene wie auch für die chronische in Schüben fortschreitende Labyrinthitis. Nur bei letzterer, wenn die Mittelohroperation umfangreiche Zerstörungen der Labyrinthkapsel aufdeckt, bei starker Granulationsbildung und Eiterverhaltung auch Teileröffnung des Innenohrs. Bei diffuser Innenohrentzündung mit Funktionsresten Behandlung konservativ, höchstens Mittelohroperation. Dagegen bei den diffusen Innenohrentzündungen mit erloschener oder voraussichtlich noch erlöschender Funktion, falls sonst Mittelohroperation nötig, stets gleichzeitig auch Hinsbergsche Labyrinthoperation. Bei akuter und subakuter Labyrinthitis mit erloschener Funktion: sofort einseitige Mittelohr- und Labyrinthoperation nach Hinsberg. Nur bei klinisch weniger gefährlich erscheinendem Mittelohrbefund und bei anscheinend mehr seriöser Entzündung des Innenohrs kann letzteres zunächst unter Liquorüberwachung in Ruhe gelassen werden.

Bei Scharlach und unverwickelter diffuser Innenohrentzündung mit erloschener Funktion konservative Behandlung, bei akuter nekrotisierender Otitis, bei älteren Prozessen und Eiterverhaltung einseitige Mittel- und Innenohroperation. Handelt es sich dagegen um eine gewöhnliche akute eitrige Otitis, nicht nekrotisierende, die gleichfalls bei Scharlach eintreten kann, so kommen die obigen Indikationen in Betracht.

Bei tuberkulöser Otitis media nur bei stürmischer diffuser Interna mit verlorener Funktion — dann zumeist Mischinfektion — einseitige Mittelohr- und Labyrintheröffnung.

Bei diffusen Innenohrentzündungen nach Operationsverletzung — die des Bogenganges weniger gefährlich als Fensterverletzung — zunächst abwartendes Verhalten, bei stürmischen Erscheinungen Innenohreröffnung. Bei Labyrinthitis nach Polypenentfernung und Aetzung im Mittelohr sofort Labyrinthoperation nach Hinsberg.

Bei Spontanverletzung (Schädelgrund-Felsenbeinbrüchen) nur bei schwerer Infektion Aufdeckung des Mittelohres. Zeigt sich hierbei Bruchlinie durch das Innenrohr oder handet es sich um infizierte Schußverletzung und Splitterbrüche, dann auch sogleich Labyrinthoperation in entsprechend großer Ausdehnung.

Die Indikation zur Labyrinthoperation ist, wie man aus dem Vorhergehenden ersieht, recht kompliziert und läßt sich kaum in feste Regeln fassen. Wer die Indikation zu stellen hat, muß sowohl die pathologisch-anatomische wie klinische Seite der Labyrinthitis voll beherrschen, und allen denen ist dieses ausführliche Referat Zanges warm zur Lektüre zu empfehlen, da es sich nur mangelhaft in wenigen Zeilen zusammenfassen läßt.

Die konservative und chirurgische Behandlung der Labyrinthentzündungen mit besonderer Berücksichtigung der Indikationsstellung. In seinem Referat teilt Verf. die Labyrinthitis nach verschiedenen Stadien des entzündlichen Prozesses ein in:

1. Zirkumskripte Labyrinthitis. Die Kochlear- und Vestibularfunktion ist erhalten. Es handelt sich hauptsächlich um Fälle von Labyrinthfistel. Hier kommt lediglich eine Operation des Mittelohres in Frage, das Innenohr, die Fistel bleibt unberührt. Ebenso ist das Vorgehen bei Paralabyrinthitis, d. h. bei reiner Erkrankung der Labyrinthwand.

2. Diffuse seröse sekundäre Labyrinthitis. Hierbei Symptome einer diffusen Labyrinthitis (Schwindel, Nystagmus zur gesunden Seite) und zugleich Fistelsymptom. Da die Labyrinthoperation im allgemeinen nur bei völligem Funktionsverlust indiziert ist, so kommt hier dieselbe nicht in Frage.

3. Diffuse seröse induzierte Labyrinthitis. Es handelt sich um eine diffuse seröse bzw. serös-fibriöse Labyrinthitis, die ohne nachweisbare Fistel in der Labyrinthwand entsteht. Klinisch zeigen sich hier Labyrinthsymptome: Schwindel, ev. Erbrechen und Gleichgewichtsstörungen, Nystagmus zur gesunden Seite, die Hörfunktion ist nicht völlig erloschen oder kehrt ganz oder teilweise zurück. Fistelsymptom fehlt. Auch hier im allgemeinen keine Labyrint operation, entweder ganz konservativ oder Parazentese, Antrotom oder Radikaloperation. Jedoch Uebergang in eitrige Labyrinthi möglich.

4. Diffuse eitrige manifeste Labyrinthitis. Dieselbe ist diagnostizieren, wenn bei einer eitrigen Otitis plötzlich Labyrint symptome, Schwindel, evtl. Gleichgewichtsstörungen und Erbrech und starker Nystagmus zur gesunden Seite auftritt und die Funkt des Labyrinths völlig erlischt. Im allgemeinen hierbei soforti Labyrinthoperation und zwar einseitig mit der operativen Eröffnu des Mittelohres. Ebenso ist das Verhalten bei postoperativer diffus eitriger manifester Labyrinthitis.

5. Diffuse, eitrige, latente Labyrinthitis. In der Anamnese de liche Vestibularsymptome und zur Zeit der Untersuchung v ständiger Funktionsausfall. Da in diesen Fällen Eiterherde im Lab rinth versteckt liegen und jeder Zeit progressiven Charakter a nehmen können, so ist hier im allgemeinen, wenn das Mittelohr ei Operation erfordert, zugleich auch das Labyrinth nach der Na mannschen Methode zu eröffnen.

6. Bei Labyrinthitis und Kleinhirnabszeß oder tiefem Etradur abszeß, die labyrinthogen entstanden sind, ist unbedingt die Lab rinthoperation mit Freilegung der Dura der hinteren Schädelgru und Eröffnung des Abszesses von hier aus vorzunehmen.

Hesse, Berlin.

Zahnärztliche Rundschau.

Nr. 33, 14. August 1927.

* Welche Rolle spielt die Lehre von den Fremdkörpern der oberen Luft- Speisewege für den Zahnarzt? (Schluß.) W. Klestadt.
* Ueber die Verwertbarkeit des Wasserstoffsuperoxyds zu diagnostischen Zweck in der Mundhöhle. K. Peter.

Betrachtung über Balters Theorie und Artikulator. L. M. Willemse.
Die Anwendung des biologischen Grundgesetzes nach Arndt-Schulz in bezug die Wurzelbehandlung und Wurzelfüllung devitalisierter Zähne. Haubach.
Psychologische Vorbedingungen bei der Festsetzung schulzahnärztlicher handlungszeit. E. Hustede.
Ueber weitere Erfolge der Kamillosanbehandlung. L. Schwartz.

Welche Rolle spielt die Lehre von den Fremdkörpern der ober Luftwege und Speisewege für den Zahnarzt? Wenn Objekte a dem Gehege der Zähne körpereinwärts befördert werden, so gelang sie zunächst ins Reich des Rhino-Laryngologen. Es kann sich dab um Teile des Gebisses, um Zahnersatzstücke und um Instrumen handeln, mit denen der Zahnarzt arbeitet, oder die der Patient sel betätigt hat (Bohrerstücke, Nervnadeln, Zahnstocher und Nad verschiedener Art). Solche Körper können zu Fremdkörpern d oberen Luft- und Speisewege werden auf spontanem Wege und l der fachlichen Arbeit. Die Fremdkörper kann man einteilen in solc der Kieferhöhle, des Mund- und Nasenrachens, des Kehlkopfes u der Luftröhrenverzweigung und solche der Speiseröhre. Für Kief höhlenfremdkörper muß die sofortige Revision und prophylaktisc Behandlung verlangt werden, die in einem Akt nach dem Typ d Caldwell-Lucsschen Operation (Eröffnung der Kieferhöhle von d Fazialisfläche aus und Resektion der medialen Wand als bre Abfluß- und Ventilationspforte) durchzuführen ist. Einen ga anderen Typ repräsentieren die Fremdkörper, die in röhrenförmig Durchgangsgebilden des Körpers liegen bleiben. Die Beförderu an die erste Fundstelle geschieht einphasig oder mehrphasig. V einer Phase können wir reden, wenn mit einem schnellen und tie Atemzug der Fremdkörper sofort bis in den Kehlkopf oder in Luftröhre und ihre Verzweigungen eingesogen wird. Viel häufig ist der Mechanismus mehrphasig. Eine der Phasen wird dann st durch den Schluckakt repräsentiert, und zwar verläuft dieser e weder physiologisch, oder er führt durch irgendeine falsche B wegungsausführung zum Fehlschlucken. Die vorausgegangene er Phase bestand im Fallen oder schnipsenden Ausrutschen in die Mu höhle. Gerät der Fremdkörper sofort oder durch eine Mittelpha in den Rachen, so wird jener verhängnisvolle Schluckmechanism ausgelöst. Eine Mittelphase kann durch die Schwere des Geg standes, durch Zungenbewegugen, vor allem aber durch den na greifenden Finger oder das zum selben Zweck verwendete Instr ment ausgelöst werden. Die Fremdkörper können in Luft- u Speiseröhre gefährlich werden durch Verstopfen des Lumens, dur Verletzung der Wand und durch Schädigung des Nachbargewe bzw. der Nachbarorgane. Diese Folgen werden direkt durch d Fremdkörper oder auf dem Wege einer durch ihn vermittelten fektion erzeugt. Verletzungen in der Speiseröhre führen zu Wa abszessen, Perioesophagitiden im Halszellgewebe, im Mittelfellra und Durchbruch in die Pleura oder das Perikard, gelegentlich Blutungen aus der Aorta. In den Luftwegen entstehen eitrige Bronc tiden, Bronchiektasien, Lungenentzündungen und vor allem Lunge abszesse und -gangrän mit Brustfellentzündung oder jauchig

npyemen. Auch Blutungen aus Lungengefäßen, die nächst den onchien verlaufen, sind durch Verletzungen und eitrige Arrosion befürchten. Im Nasenrachenraum und Nase entwickeln sich emdkörpereiterungen, die Nebenhöhlen- und Mittelohreiterungen t ihren Komplikationen herbeiführen können. Viele der genannten stände bedrohen unmittelbar, zum mindesten mittelbar das Leben. s ist auch der Fall, wenn sich im einzelnen nur ein recht chronicher, anscheinend harmloser Verlauf zeigen kann, oder das Indi-luum scheinbar mit dem Schreck davongekommen ist. Der limmste Fehler liegt in Vertuschungs- oder Selbstberuhigungs-strebungen. Tritt nach den ersten charakteristischen Husten-ällen eine, gelegentlich tagelange Ruhepause ein, so ist zur Zeit Neuauftretens von Erscheinungen die Erinnerung an das Ereignis geblaßt. In einem solchen Falle drängt sich der Eindruck einer onchitis, einer Tuberkulose, bei Kindern auch eines Keuchhustens den Vordergrund. Bei Speiseröhrenfremdkörpern ist eine Latenz-iode seltener zu befürchten. Wird der Rhino-Laryngologe sofort ch dem Unglücksfall zugezogen, so gelingt es durch autoskopische thoden in den meisten Fällen des Fremdkörpers habhaft zu rden.

Ueber die Verwertbarkeit des Wasserstoffsuperoxyds zu dia-ostischen Zwecken in der Mundhöhle. Es ist allgemein bekannt, 3 bei Verwendung von konzentriertem Perhydrol oder auch schon ch längerer Einwirkung der 3%igen H_2O_2-Lösung unter Umständen e schneeweiße Verfärbung des Gewebes eintritt. Man sieht sie ch Säuberung der Geschwürsfläche einer Stomatitis ulcerosa, bei Nachbehandlung einer infizierten Alveolenwunde, wenn nach reichend langer Einwirkungszeit alle oxydationsfähigen Sub-nzen fortgeschwemmt sind, und zwar tritt die Weißfärbung niger auf der eigentlichen Geschwürsfläche und in der Alveolen-nde auf, als vielmehr in dem Epithel, welches den Defekt oder die nde begrenzt. Man legt dieser Erscheinung keine Bedeutung bei, n sie verschwindet bald, ohne eine Belästigung des Patienten er-igt zu haben. Bei stärkerer Wirkung beobachtet man nach dem rschwinden der Verfärbung eine leichte Epitheldesquamation llich wie z. B. bei der Gingivitis catarrhalis. Dieses Phänomen bisher schlechtweg als Aetzung bezeichnet worden. Aetzung ist och Koagulation und Nekrose des vom Medikament durch-ungenen Gewebes und irreversibel. Die Verfärbung des Aetz-orfes beruht hier auf dem Undurchsichtigwerden der Epithelien. der Wasserstoffsuperoxydwirkung handelt es sich dagegen um e Gasdurchtränkung der Gewebe, was der Verf. histologisch be-tigen konnte. Die Gasblasen liegen hauptsächlich extrazellulär l verwandeln den Zellverband in ein poröses, schwammartiges bilde. Der mit dem bloßen Auge wahrnehmbare optische Effekt d hier durch die Lichtzerstreuung infolge zahlloser kleinster tmengen hervorgerufen. Die Entstehung der Weißfärbung im thel müssen wir uns so vorstellen, daß die Interzellularräume r die Zellen selbst oxydationsbefördernde Agentien enthalten. se haben entweder Enzymcharakter oder sind Stoffwechsel-bauprodukte, die ja beide Sauerstoff aus Wasserstoffsuperoxyd palten. Und da das Gas nicht entweichen kann, breitet es sich h Art eines Emphysems in den präformierten oder traumatisch eugten Spalten aus. Ist das Gewebe zu schwach, um den Ueber-ick des Sauerstoffs bis zur Resorption auszuhalten, wie z. B. in obersten Lagen beschädigten Epithels, so erfolgt Absprengung Gewebsteilchen, eine Desquamation. Wir können zwei Arten Verfärbung unterscheiden, eine blasse, diffus über größere chen ausgebreitete, und eine schneeweiße. Die Weißfärbung ist ihrem Auftreten und in der Intensität der Farbe ein Ausdruck den Grad und die Art der Sauerstoffabspaltung im Gewebe. terschiede ergeben sich einmal hinsichtlich der Gewebeart und n hinsichtlich ihres vitalen Zustandes. Am intensivsten spricht thel an. Dringt von einer Epithelwunde aus Sauerstoff ins sub-köse Gewebe, so sehen wir die bereits beschriebene blasse färbung. Man könnte hier von einer phlegmonösen Ausbreitung en. Da nun geschädigte Zellen elektiv und zeitlich früher ver-lert werden als gesunde, so bietet das Verfahren die Möglichkeit diagnostischen Verwertung im Sinne einer physikochemischen aktion auf geschädigtes Gewebe. Der Verf. hat das Verfahren robt zur Diagnose und zu Lokalisationsbestimmungen von szessen in der Mundhöhle. Hat der Prozeß soweit Fortschritte nacht, daß bereits das Epithel in der Vitalität geschwächt ist, s sich durchaus noch nicht makroskopisch bemerkbar zu machen ucht, so muß Wasserstoffsuperoxyd, das hier zur Wirkung nmt, die Weißfärbung verursachen. Verf. empfiehlt dem Prak-ter, wenn er nach dem klinischen Befund einen Abszeß vermutet, dem Verfahren Gebrauch zu machen. Die Weißfärbung gibt au die Stelle an, wo das Gewebe am schwächsten ist. Es läßt dadurch entscheiden, ob ein Abszeß schnittreif ist. Unsicher die Anwendung bei Abszessen am harten Gaumen aus anatomi-en Gründen. Das Verfahren erleichtert bedeutend den Eingriff peritonsillären Abszessen und Phlegmonen.

Nr. 34, 21. August 1927.

Die Vermeidung von Ligaturen beim Außenbogen. G. Korkhaus.
Das System der kriminal-forensischen Odontologie. Schwarz.
Ein verbessertes Nietverfahren. Robert Stern.
Die Gefahren der Zahnbürste. S. Lehmann.
Die Gefahren der Zahnbürste. Ernst Mayer.
Noch ein seltener Fall. Lewinski.
Ein seltener Fall. Robert Weill.
Ein weiterer seltener Fall. Schaefer.
Nochmals ein seltener Fall. Beitrag zu dem Aufsatz in Nr. 31. G. Abts.
Letztmals Carpule. F. C. Münch.
Die Stellung des Klinikzahnarztes. Erwiderung an Dr. Lewinski (Jena). Erwin Goldmann.

L. Gordon.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift.

Nr. 15, 29. Juli 1927.

Ueber Symmetrie, Proportion und Formenharmonie bei Zahnprothesen. Josef Kieffer.

Nr. 16, 12. August 1927.

Ueber einen eigenartigen Erfolg einer orthodontischen Behandlung. Münch.
Die Fräsen. Emile Huet.

L. Gordon.

Allgemeine homöopathische Zeitung.

175. Nr. 2.

* Aesculus hippocastanum. Aebly.
* Herzkrankheiten. Stiegele.
Homöopathica Americana. Donner.
Homöopathia involuntaria. Balzli.
Arzt und Mediziner. Aebly.

Aesculus hippocastanum. Ohne die ganze Symptomatologie des Mittels abzuhandeln, bringt Aebly einzelne für die Praxis besonders wichtige Hinweise. Die in dem Mittelbild deutlichen vaso-konstriktorischen Momente beruhen auf einem Glykosid Aesculin, daneben aber ist das Aphrodaescien, ein Saponin, wirksam. Letzterem schreibt Verfasser die Wirkungen auf den Verdauungstraktus zu. Die Hauptindikation des Mittels gibt in der Homöopathie die Anwendung bei Hämorrhoiden, wo ganz ausgezeichnete Erfolge beobachtet werden. Nnben dieser Anwendung empfiehlt Aebly das Mittel für Erscheinungen von seiten des weiblichen Sexualtraktes, ferner bei Varicocele. Angewendet werden niedere Verdünnungen bis zur D 4.

Zur homöopathischen Behandlung der Herzkrankheiten. Stiegele zeigt die Homöopathicität der Digitalis und erwähnt u. a. folgendes: Durch Fränkel wurde auf die Schlaflosigkeit als ein Frühsymptom der Herzinsuffizienz hingewiesen, eine Beobachtung, die von homöopathischer Seite schon längst gemacht worden ist. Ferner auch das Auftreten gewisser psychotischer Erscheinungen bei Herzkranken und deren Beseitigung unter Digitalis entspricht den Ergebnissen der homöopathischen Prüfungen. Die Anwendung von Crataegus oxyac. bei Kompensationsstörungen ergibt häufig ausgezeichnete Erfolge. Bei der kardial bedingten Dyspnoe empfiehlt er neben der Anwendung von Digitalis und Crataegus Mittel, welche durch den Gehalt an Blausäure organotrope Beziehungen zum Atemzentrum haben wie Ac. hydrocyan., Tct. laurocerasi. Für die Anwendung von Cactus grandiflorus spricht ein Gefühl von Zusammenschnüren, heftige Stiche am Herzen und ähnliches, ein Bild ähnlich der Angina pectoris. Bei pyknischem Körperbau mit Auftreten von anginösen Erscheinungen wird häufig Aurum mit Erfolg angewendet.

Dermitzel.

Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie.

20., Heft 2.

* Permeabilität der Meningen bei Geisteskranken. Fred Weil.
Basalganglien. S. Kodama.
Malaria bei Paralyse. G. Mingazzini.
Nuclei dentati cerebelli. V. Demole.
* Amusie. Karl M. Walthard.
Das Unbewußte. O. Rothenhäusler.

Permeabilität der Meningen bei Geisteskranken. Permeabilitätsstörungen der Meningen kommt nicht immer eine ursächliche Bedeutung für die Entstehung der Geisteskrankheiten zu. Am ehesten

könnte dies noch für die Paralyse zutreffen; aber schon hier gibt es klinisch nicht abzutrennende Fälle, die ohne die als typisch hingestellte erhöhte Permeabilität einhergehen. Die genuine Epilepsie zeigt etwa in der Hälfte der Fälle Abweichungen von der Norm, und zwar häufiger im Sinne einer Herabsetzung der Permeabilität. Die Schizophrenie, für die dieselbe Tendenz charakteristisch sein soll, läßt sie in viel geringerer Häufigkeit erkennen.

Amusie. Uebersicht über die bisherige Literatur. Dann Mitteilung einer eigenen Beobachtung von Amusie: 48jähr. Berufsmusiker mit leichter Herzstörung verliert plötzlich das Sprachverständnis; dieser Zustand ging in einigen Tagen völlig zurück; Pat. bemerkte aber, daß er nicht mehr wie früher ungehindert im Ensemblespiel mitspielen konnte, er konnte sich dem Spiel der Mitspieler nicht anpassen, nicht mehr gleichzeitig sein eigenes Spiel und das der Mitspielenden beobachten und kontrollieren, sich nicht mehr in das Orchester hineinfügen: der Sinn für das Zusammenspiel war ihm abhanden gekommen. Die Untersuchung ergab ein kompliziertes Bild einer teils sensorischen, teils motorischen Amusie. Es schien bei ihm ein Intervall in der musikalischen Anlage gestört zu sein: die Sekunde. Er kann dieses Intervall nicht sofort wie die andern nachsingen, sondern singt zuerst eine Terz, um nachher zur Sekunde richtig abzusteigen. Es besteht eine Läsion einer Veranlagung, nämlich der Veranlagung, einen Ton als den betreffenden von einer bestimmten Schwingungszahl zu empfinden. Es ist ferner — wie bei der Aphasie — zu einem Abbau derjenigen Fähigkeiten gekommen, die zuletzt erworben worden sind; daher die Erschwerung beim Ensemblespiel (die Fähigkeit, in einem Orchester mitzuspielen, wird erst durch lange Uebung erworben). Pat. weist also zwei Formen von Störungen auf: 1. eine Störung in der Auffassung der Tonreinheit, 2. eine Störung der assoziativen Verknüpfung erhalten gebliebener musikalischer Teilfähigkeiten. Keine dieser Störungen stellt für sich ein Herdsymptom dar; es kann nicht gesagt werden, welche Hemisphäre durch den — wahrscheinlich ischämischen — Insult betroffen ist. Es ist auch nicht möglich, in diesem Falle eine Herdläsion mit bestimmter Lokalisation ausfindig zu machen.

Kurt Mendel, Berlin.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

2. Juli 1927, 2. Hälfte, Nr. 1.

* Ueber Abduzenslähmung bei akuter Mittelohrentzündung. Boonacker und Eelco Huizinga.
* Einige Besonderheiten über die „Dick-Reaction" und die Impfung gegen Scharlach. Gugelot.
Ein Fall von Situs viscerum inversus completus. Veening.

Ueber Abduzenslähmung bei akuter Mittelohrentzündung. Die Verfasser berichten über 7 Fälle, bei denen es im Laufe einer akuten Mittelohrentzündung zur Lähmung des gleichseitigen Abduzens gekommen ist. Außerdem kam es zu neuralgischen Schmerzen im Trigeminusgebiet. Möglicherweise war hierbei eine Entzündung des Warzenfortsatzes mit im Spiel, die in den Gehörgang durchbrach und so spotan zur Heilung kam. Bei 2 Fällen war nur eine katharralische Ohrentzündung nachgewiesen worden, sie heilte unter gewöhnlicher Behandlung. In einem Fall mußte zur Operation geschritten werden, inzwischen war aber die Abduzenslähmung bereits genesen. Im übrigen verliefen alle Fälle günstig. Ein Zusammenhang mit der damals herrschenden Grippe besteht ohne Zweifel. Die Abduzenslähmung ist nicht durch eine Ausbreitung der Ohreiterung entstanden, sondern mehr als eine Erscheinung allgemeiner Art aufzufassen.

Wie kommt es nun aber, daß alle Fälle von Aduzenslähmung diese an der gleichen Seite hatten wie die Ohraffektion? Vielleicht handelt es sich um Toxine, die aus dem Mittelohr auf den benachbarten Nerven eingewirkt haben.

Einige Besonderheiten über die „Dick-Reaktion" und die Impfung gegen Scharlich. Als in dem Kindersanatorium in Amsterdam 3 Scharlachfälle vorgekommen waren, schritt man im Januar dieses Jahres zur Impfung der Patienten, Schwestern und des übrigen Personals. Es wurden etwa 0.1 ccm unter die Haut des Unterarms eingespritzt, im ganzen bei 296 Personen. Die Reaktionen wurden vom ersten bis zum sechsten Tage inklusive verfolgt. 143 reagierten deutlich positiv, 120 negativ, 33 undeutlich. Die Anzahl der zweifelhaften Reaktionen stieg mit dem Lebensalter. Der günstigste Zeitpunkt zum Ablesen der Reaktionen ist der dritte Tag. Bei den positiv reagierenden Schwestern wurde der Versuch gemacht, mit Hilfe des Scharlachtoxins von Aldershoff eine aktive Immunisierung zu bewirken. Geimpft wurden 18 Personen, von denen 7 ursprünglich eine positive Dick-Reaktion hatten, die nach 2 Monaten negativ ausfiel, während sie bei 11 positiv geblieben war. Die Nebenwirkungen nach der Einspritzung des Scharlachtoxin[s] waren nach der ersten Spritze am stärksten, nahm dann ab[er] deutlich ab.

9. Juli 1927, 2. Hälfte, Nr. 2.

* Ueber das Syndrom der Akrodynie. J. Goudsmit, H. Rümke.
Ueber partus praematurus. M. H. G. H. Tholen.
Ueber das Vorkommen von Paratyphus A. in Niederland und die Epidemiolog[ie] dieser Krankheit. E. P. Snijders.
Ein Fall von Purpura fulminans mit symmetrischen Blutungen. W. F. Pfeifer.

Ueber das Syndrom der Akrodynie. Das vielfach beschrieben[e] Krankheitsbild der Akrodynie ist keine Krankheitseinheit, sonder[n] ein klinisches Syndrom, Resultat der Einwirkung verschiedene[r] Schädigungen. (Darmtoxine, enzephalitisches Virus, usw.) Wen[n] die Affektion ausschließlich die vegetativen Kerne angreift, dan[n] entstehen die von Feer beschriebenen Bilder, wenn auch das Mittel[-]hirn und das periphere Nervensystem ergriffen sind, dann sieht ma[n] die von amerikanischen Autoren beschriebenen Formen de[r] Akrodynie entstehen.

16. Juli 1927, 2. Hälfte, Nr. 3.

Das Krankheitsbild Akrodynie. Wiggelendamm und Taco Kuiper.
Die Enwicklung der Vena cava inferior beim Menschen. Chr. van Gelderen.
* Hautreaktion bei allergischen Meerschweinchen, als Hilfsmittel bei der Diagnos[e] Pocken. A. Charlotte Ruys.
Ein Fall von kongenitaler Atresie des linken Eileiters. Rudolf Finaly.
Die Rolle der Leber im Wasserhaushalt. W. Kouwenaar.

Hautreaktion bei allergischen Meerschweinchen. Da di[e] Diagnose der Pocken oft schwierig ist, sucht man nach eine[m] neuen Mittel zur Erleichterung der Diagnose. Gins hat versucht bei allergischen Meerschweinchen, innerhalb 24 Stunden die Pocken[-]diagnose zu stellen. Seit Pirquets Untersuchungen weiß man, da[ß] ein Individuum, das mit Kuhpockenlymphe geimpft ist, auf eine neu[e] Impfung allergisch reagiert, daß bei ihm eine verkürzte und ab[-]geschwächte Reaktion auftritt. Nach Tièche besteht die gleich[e] allergische Reaktion auch gegen Variola. Nach Ansicht von Gin[s] zeigen tatsächlich Meerschweinchen eine allergische Reaktion nac[h] 24 Stunden, sowohl beim Wiederimpfen mit Lymphe, als auch mi[t] Variolamaterial.

Bei Nachprüfung der Versuche von Gins fielen im Laboratorium in Amsterdam bei 8 Meerschweinchen 5 Reaktionen positiv aus. Be[i] nochmaliger Wiederholung mit Pockenmaterial von einem Pocken[-]kranken aus Maastricht und mit frischer Lymphe reagierten all[e] Meerschweinchen allergisch, sowohl in bezug auf Variola als au[f] Lymphe. Verfasser hat den Eindruck, daß diese Methode brauchba[r] ist, daß sie in einem Lande, wo Pocken endemisch sind, siche[r] von Nutzen sein kann. Erst wenn große Reihenversuche stets i[n] derselben Weise ausfallen, wird auch die Diagnose davo[n] profitieren.

Kurt Heymann, Berlin.

Hygiea.

89., Heft 14, 30. Juli.

Ueber das Vorkommen von choleinsauren Darmsteinen bei Menschen und neu[e] Erfahrungen auf diesem Gebiete. C. Th. Mörner.
Ueber Infektion mit anaeroben und Gasbrandbazillen und mit den dargestellte[n] Antisera. Rolf Bergmann.

S. Kalischer.

Acta Medica Scandinavica.

Supplementbd. 21.

* Klinische Beobachtungen über den Grundumsatz bei Erkrankungen der Schild[-]drüse. Eggert Møller.

Klinische Beobachtungen über den Grundumsatz bei Erkrankunge[n] der Schilddrüse. Der Grundumsatz wurde vom Verfasser nac[h] der von A. Krogh angegebenen Methode ermittelt. Nac[h] 159 Doppeluntersuchungen bei 46 Patienten wurde festgestellt, da[ß] es ausreichend ist, die vorbereitende Diät nur für einen Tag zu verabreichen. Der Grundumsatz wird am besten durch Vergleic[h] mit den Standardwerten von Harris und Benedict ausgedrückt. Auf Grund von 34 normalen Untersuchungen wurde als Mittel[-]wert 99,9% ermittelt, da die normalen Grenzen 90% einerseits und 110% andererseits sind.

Es ist eine allgemeine Anschauung, daß beim Morbus basedowi[i] der Grundumsatz immer erhöht sein müßte. Auf Grund von aus[-]giebigen Literaturstudien fand der Verfasser, daß exakte Nach[-]prüfungen über die Gültigkeit diess Satzes niemals angestell[t] worden sind. Er untersuchte 89 Fälle von Basedow und Forme[n]

ste. Nur Fälle mit auffälligem Kropf, Tremor und dauerndem rzjagen wurden als echte Basedowfälle angesehen. Zu dieser ippe gehören 70 von den 89 Patienten; die übrigen 19 Patienten rden als Fälle von Forme fruste angesehen.

Bei diesen 89 Patienten wurde der Grundumsatz im ganzen mal bestimmt. Dabei wurde beobachtet, ob die Resultate irgend-en Kausalzusammenhang zwischen Geschlecht und Alter der ienten oder der Dauer der Erkrankung aufwiesen. Der Grund-satz wurde beim Morbus Basedow zwischen 99,1% und 190,2% end gefunden; in 10% der Fälle war er unter 110%. Bei den mes frustes schwankte er zwischen 95,8% und 138,1%. In 69% Fälle war er unter 110%.

Die Beziehung zwischen dem Anstieg des Grundumsatzes und Auftreten der verschiedenen gewöhnlichen Symptome wird vom fasser tabellarisch dargestellt.

Bei 40 Patienten mit Basedow wurden die Magensekretionsver-nisse geprüft; bei 17 Fällen bestand Achylie. Verhältnismäßig e von diesen 17 hatten unter Durchfall zu leiden. Arhythmie be-nd in 5 Fällen, die ausführlich beschrieben werden.

Wenn man die Ergebnisse der Untersuchungen betrachtet und chzeitig den Begriff Basedow, so ist der Schluß gerechtfertigt, ein in normalen Grenzen liegender Grundumsatz die Diagnose edow nicht ausschließen sollte. Die Reihenfolge in der Häufig-der gewöhnlichsten Symptome ist: Tachykardie, Tremor, Kropf, vöse Beschwerden, Ansteigen des Grundumsatzes, Palpitationen, ohte Schweißsekretion und Exophthalmus. In 3 Fällen trat der in Verbindung mit einer akuten Psychose ein. Diese Fälle hatten ner keinen besonders hohen Grundumsatz gezeigt. Während der andlung mit Ruhe und Ueberfütterung trat ein Abfall im Grund-atz von 10 bis 20% ein und zwar in den meisten Fällen im Laufe 2 bis 4 Wochen.

Der Effekt der Röntgenbehandlung wurde in 33 Fällen studiert. großen ganzen nahm der Grundumsatz gleichmäßig mit den eren Symptomen ab, doch gewöhnlich begann dieser Abfall nicht , bis sich die Besserung auch auf andere Art gezeigt hatte, genau der Anstieg des Grundumsatzes in einigen Fällen eins der letzten vindenden Symptome war. In der Regel schwinden zuerst die ektiven Symptome.

Es gilt als feststehend, daß in mindestens der Hälfte aller Fälle Röntgenbestrahlung eine deutliche Besserung und nicht selten Heilung bewirkt. Als korrekte Indikationsstellung für diese Be-llung erachtet der Verfasser den Standpunkt von Means und nes. Fälle, die auf die Röntgenbehandlung und auf interne Be-llung nicht günstig reagieren, sollten in der Regel unverzüglich Operation kommen. Werte von 113,7% bis 129,2% wurden in ntersuchungen bei 5 Patienten mit toxischem Adenom der Schild-e gefunden. 3 Fälle von Adenom ohne Hyperthyreoidismus ten normale Werte. Außer 21 Patienten mit einfachem Kropf en 20 einen Grundumsatz in normalen Grenzen, lediglich atient zeigte 79,7%.

Es wurden bei 18 Patienten mit Myxödem 180 Bestimmungen Grundumsatzes gemacht, 2 mit Cachexia strumipriva und 3 mit tem Hypothyreoidismus. Bei allen unbehandelten Fällen von ödem und Cachexia strumipriva fanden sich niedrige Werte. Die te schienen nie unter 60% zu gehen, welcher Wert also dem en Ausfall der Schilddrüsenfunktion entspricht. Die 3 Fälle von tem Hypothyreoidismus zeigten Werte von rund 90%. Der Ver-er stellt dann die wichtigsten Symptome des Hypothyreoidismus er 23 Fälle tabellarisch zusammen.

Bei 19 von diesen Patienten wurde die Wirkung der Schild-enmedikation auf den Grundumsatz beobachtet. Es wurde in fast Fällen ein nach C. O. Jensen standardisiertes Schilddrüsen-arat gebraucht. In allen 19 Fällen stieg der Grundumsatz an. er Anstieg begann nie vor 2 bis 3 Tagen und erreichte nie maximale Wirkung vor 2 bis 8 Wochen.

Bei Berechnung der Dosis nach kg Körpergewicht wurden An-e gleicher Art gewöhnlich gefunden, jedoch mit einigen Aus-hen. Der Anstieg des Stoffwechsels ist ein Frühsymptom der erung, während die subjektiven Symptome oft spät schwanden. Es wird dann eine Aufzählung der Leitsätze bei der Schild-enbehandlung des Myxödems gegeben und es wird für die is der beste Weg angegeben, diese Behandlung durchzuführen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Acta psychiatrica et neurologica.

Vol. II, Fasc. 1, 1927.

Neue Behandlung der Heine-Medinschen Krankheit. Die Be-andlung besteht in Röntgenbestrahlung des Rückenmarks und Diathermie der befallenen Extremitäten sowie Galvanisation der atrophischen Muskeln. Sehr ermutigende Erfolge.

Menièresche Krankheit. Verf. beobachtete 26 Männer und 11 Frauen mit Menièrescher Krankheit. Pathogenese, Diagnose und Therapie werden des genaueren besprochen.

Kurt Mendel, Berlin.

Acta Dermato-Venereologica.

Volumen VIII, Fasc. 2, Juni 1927.

Ein Fall von Pityriasis rubra Hebra mit ungewöhnlichem Verlauf. P. konnte 10 Jahre lang einen Patienten beobachten, bei dem sich im Verlauf dieser Zeit eine Hautaffektion, die zuerst an sebor-rhoisches Ekzem denken ließ, allmählich in eine typische Pityriasis rubra Hebra umwandelte, ohne daß es möglich gewesen, vor Ablauf des gesamten Entwicklungszyklus die richtige Diagnose zu stellen. Weiterhin zeichnete sich der Fall aus durch Fehlen jeder Störung in den Anhangsgebilden der Haut.

Die Proteintherapie bei Hautkrankheiten. Michaelis verwendet Caseosan außer zur Behandlung von Epididymitiden und Salpingi-tiden auch bei Hautkrankheiten aller Art, besonders bei solchen, die mit erheblicher Infiltration einhergehen, wie chron. Ekzem, Psoriasis, Lichen usw. Wenn das Caseosan diese Affektionen auch nicht restlos zur Abheilung bringt, so hebt es deutlich bei ihnen die Heil-tendenz, so daß sehr resistente Fäle, die keine Neigung zur Besserung zeigen wollten, nach Einsetzen der Proteintherapie sich prompt besserten und durch die unterstützende Salbentherapie völlig aus-heilten. Tritt, wie es bisweilen vorkommt, nach mehreren Caseosan-injektionen ein Stillstand der Heiltendenz ein, so empfiehlt es sich, einige Spritzen Aolan, Neoprotein usw. zu geben, und dann erst wieder weiter mit Caseosan fortzufahren. Zwischenfälle irgend-welcher Art werden bei dieser Therapie nicht beobachtet. Ihre Wirkung wird erklärt und besteht 1. in der Leukopenie mit ihrer Vermehrung der roten Blutkörperchen, 2. in der Vermehrung des Fibrins, der Globuline und des Blutzuckers, 3. in der Vermehrung der proteolytischen Fermente und 4. in der Vermehrung der Anti-körper im Blut.

Ueber Leukoderm und Melanoderm bei den verschiedenen Hautkrankheiten. Almkvist schließt sich der Ansicht Brandweiners an, daß ein syphilitisches Leukoderm aus einer Makula ein syphilitisches Melanoderm aus einer Papel entsteht. Hier wie bei den anderen Hautkrankheiten beruht das Melanoderm auf einer Wirkung der Plasmazellen, der Lymphozyten und anderer infiltrierender Gewebs-elemente, während das Leukoderm als Wirkung von Toxinen spezifischer oder unspezifischer Bakterien anzusehen ist.

Bab.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 31, 4. August.

Magenkrebs bei jungen Menschen. Lottrup weist hier auf das ziemlich häufige Vorkommen von Magenkrebs bei jungen Menschen, besonders Frauen unter 30 Jahren hin. Mehr als 50 Fälle sind bei Personen unter 30 beschrieben und meist mit sehr schnellem Verlauf.

Nr. 32, 11. August.

Nervös bedingte Haut- und Muskeldystrophien. In den be-schriebenen Fällen handelt es sich um primäre endokrine Störungen, die sekundäre sympathische Innervationsstörungen verursachten und als deren Folge Veränderungen der Haut- und Muskulatur. In zwei der Fälle spielten primäre Genitaldysfunktionen eine Rolle. Besonders handelt es sich dabei um kutane Pigmentanomalien mit symme-trischer Ausbreitung.

Belastung mit 70 g Traubenzucker. Bei 14 normalen Individuen wurde die Belastungsprobe mit der von den Lebensversicherungsgesellschaften benutzten Glukosemenge (70 g Traubenzucker in 500 g Wasser) vorgenommen. Als oberste Grenze für die Blutzuckersteigerung wurde bei Normalen 210 mgr% festgestellt. Der Blutzucker ging in der Regel 2½ Stunden nach Eingabe des Traubenzuckers auf seinen ständigen normalen Wert zurück.

S. Kalischer.

Finska Läkaresällskapets Handlingar.

69., Juli 1927.

* Die gegenwärtigen Kenntnisse über die bei der experimentellen und der epizootischen Enkephalitis vorkommenden korpuskulären Bildungen. Carl Kling.
* Ueber Nachteile und Gefahren seitlicher Anastomosen und einseitiger Ausschaltungen am Darm. Beitrag zur Technik der Darmresektion. Langenskiöld.
* Alimentäre Hypoglykämie. Inga Schröder.
* Saccharosen-Toleranz und -Ausscheidung im Harn bei Kindern. Ossian Utter.
* Zusammengewachsene Zwillinge. Nils Poppius.

Die gegenwärtigen Kenntnisse über die bei der experimentellen und der epizootischen Enkephalitis vorkommenden korpuskulären Bildungen. Das Thema ist in Acta Societatis Medicorum Suecanae, 1926, Bd. 52, behandelt worden.

Nachteile und Gefahren seitlicher Anastomosen und einseitiger Ausschaltungen am Darm. Beitrag zur Technik der Darmresektionen. Das Referat wird demnächst in deutscher Sprache erscheinen.

Alimentäre Hypoglykämie. Wird demnächst in deutscher Sprache in der Acta Medica Scandinavica erscheinen.

Saccharosen-Toleranze und- Ausscheidung im Harn bei Kindern. In deutscher Sprache in Acta Pediatrica.

Zusammengewachsene Zwillinge. P. beschreibt ein Zwillingspaar vom Typus Ileothoracophagus monosymmetros. Beide Individualteile sind weiblichen Geschlechts. Ein Bein ist gemeinsam und aus zwei zusammengewachsenen entstanden. Das Herz ist gemeinsam, dreiräumig. Bei dem einen Individualteil verläuft die Arteria pulmonalis eine Strecke weit in der Kammerwand, beim anderen ist ein Truncus arteriosus vorhanden, aus dem die A. pulmonalis und eine rechtsseitige Aorta hervorgehen. Bei diesem Fetus besteht auch im übrigen ein Situs viscerum inversus. Die Leber ist gemeinsam, desgleichen der untere Teil des Darmes. — Es sind zwei Harnblasen und zwei Uteri vorhanden, sie sind aber den sekundären Vorderseiten genähert, was vielleicht darin zu erklären sein könnte, daß sie aus je zwei, je einem Individualteil zugehörigen Teilanlagen entstanden seien.

Russische Klinik.

Nr. 37/38, Mai/Juni 1927.

Die Konstitution und die Mechanismen des Stoffwechsels. N. Kabanow.
* Klinik der akuten Leukose. Eug. Tarejew.
* Klinik der akuten und chronischen Leukämien. P. Barchasch
Zur Frage der aplastischen Anämie. N. Stotzik und A. Galperin.
* Zur Frage der hämorrhagischen Aleukie (Franck). F. Wulf und W. Rachmann.
* Ueber die Pseudoleukämie. E. Kalantarowa.
* Isohämoagglutination und WaR. Z. Grüngott und A. Melkisch.
* Stellung des Phosphors im Kohlehydratstoffwechsel. S. Pospelow und G. Rajewskaja.
* Chloroform- und Aethernarkosen bei Operationen und ihre Wirkung auf das Nervensystem. N. Tschetwerikow.
* Pathogenese und Behandlung der Leistenbrüche. A. Son-Jaroschewitsch.
* Mineralstoffwechsel bei 14 tägigem Hungern. R. Gladstein.
* Zur Wirkung der endokrinen Drüsen auf die aktive Reaktion und Reservealkalose des Blutes. S. Kaplanski.
* Ueber die Wirkung von $CaCl_2$ und $MgCl_2$ auf die Duodenalsekretion. A. J. Hefter.
Zur Klinik der Lungeneiterungen. S. Winogradow.
Zur Obturationsthrombose der Bauchaorta. W. Tscherwakow.
Ueber die Wirkung der Sodaeinläufe auf die sekretorische und motorische Magentätigkeit. A. Wakar.
* Einige Formen der Kolitis und ihre diätetische Behandlung. K. Punin.
Ueber die Untersuchung und Behandlung nervenkranker Invaliden. W. Dechterew.
* Ein Fall von Lähmung nach akuter Arsenvergiftung. A. Iwantschenko.
Zur Röntgen-Therapie klimakterischer Ausfallerscheinungen. A. Kaplan.

Zur Klinik der akuten Leukose. Im letzten Jahrzehnt haben sich die akuten Leukosen im Vergleich mit anderen Blutkrankheiten vermehrt. Die akuten Leukosen lassen sich in zwei klinische Gruppen einteilen: die pseudoskorbutisch-diphtherischen und die anämisch-septischen. Die erstgenannte Form verläuft als eine akute Infektionskrankheit mit hämorrhagischer Diathese und ulzeröser Stomatitis. Klinisch läßt sie sich unterscheiden vom typischen Skorbut, von der Werlhofschen Krankheit und der Agranulo-Zytose. Von der hämorrhagischen Aleukie ist die Abgrenzung nur du laboratorische Blutuntersuchungen möglich. Die zweitgenar Form zeigt mehr chronischen Verlauf mit anämischem Syndro irregulärem Fieber, nicht konstanter Milz- und Lymphdrüs vergrößerung. Differentialdiagnostisch wichtig ist die Unterscheid von der perniziösen Anämie, Sepsis und hämorrhagischen Aleu Die Leukanämien dürften in der Mehrzahl den Leukosen zugez werden.

Klinik der akuten und chronischen Leukämien. Auf Grund se Untersuchungen hält es Verf. für begründet, die Leukämie als selbständige nosologische Einheit zu betrachten. Die akute chronische Leukämie sind nur Variationen einer und dersel nosologischen Einheit. Der Erreger beider Formen dürfte u den septischen Erregern gesucht werden. Das Verhältnis akuten Leukämie zur chronischen zeigt Aehnlichkeit mit dem akuten Sepsis zur chronischen. Differentialdiagnostisch müßte akute Leukämie stets bei akuten Infektionskrankheiten in Betra gezogen werden. Eine neurotische Angina mit hoher Tempera und hämorrhagischen Erscheinungen wirft Verdacht auf eine ak Leukämie und veranlaßt, das Blut zu untersuchen. Die Lok sation von Lymphomen oder Myelomen in der Leber ist nicht n gebend für die Form der Leukämie. Die Differentialdiagn zwischen lymphatischer und myelotischer Leukämie erford Untersuchung des Blutes, des Brustbeinpunktates. Bei der Bio und Sektion soll auf Protase und Oxydase untersucht werden. Therapie akuter Fälle ist erfolglos. In chronischen Fällen sieht zuweilen Erfolge von Arsen, Benzol und besonders Röntg bestrahlung. Dabei muß das Blut stets kontrolliert werden. von manchen empfohlene Splenektomie (Tönissen) wird von ande kategorisch verworfen (Herzen).

Zur Frage der hämorrhagischen Aleukie. Beschreibung ei Falles von aplastischer Anämie mit hochgradiger hämorrhagisc Diathese, Thrombopenie und nachfolgender Sepsis. Der Fall geh zur sog. Franckschen hämorrhagischen Aleukie. Nach Meinung Verf. kann jede beliebige Anämie aplastisch werden. Die häm rhagische Aleukie wird als eine Abart der aplastischen Anä betrachtet, wenn diese von Anfang an mit mangelnder Rege rationsfähigkeit des Blutes einhergeht, was auf eine prim Myelotoxikose zurückzuführen sei. Die Entstehung der hämorrh schen Diathese sei sowohl durch Thrombopenie wie durch Schädig der Enthodelzellen der Kapillaren bedingt.

Ueber die Pseudoleukämie. Die Pseudoleukämie ist keine heitliche Krankheit. Vielmehr umschließt diese Bezeichnung verschiedene Krankheitsformen: Lymphogranulomatolose, Lymp sarkomatose, aleukämische Lymphadenose, aleukämische Myelo Die klinischen Bilder dieser vier Formen unterscheiden sich so s voneinander, daß die Differentialdiagnose zu Lebzeiten des Patien stets möglich ist. Auch die Lymphosarkomatose kann mit V größerung der Milz und der Leber verlaufen und die Neigung Generalisation besitzen. Es gibt Fälle von Lymphosarkomat mit erheblicher Eosinophilie im Blute und Gewebe, und der Geda liegt nahe, daß diese Formen eine selbständige Krankheit bild

Isohämoagglutination und WaR. An einem Material von 3 Fällen, an welchen gleichzeitig Blutgruppenbestimmungen und W vorgenommen wurden, konnten Verff. die interessante Tatsa nachweisen, daß zwischen der Isoagglutination des Blutes und WaR. sinnfällige Zusammenhänge bestehen. Der größte Teil Materials gehörte zur Gruppe II und IV. Dabei zeigte sich aber, unter den Fällen mit positiver WaR. die Gruppe II stets überw Auch bei klinisch festgestellter Lues überwog die Gruppe II. klinischer Syphilis mit negativer WaR. war die Grupe IV die Re

Stellung des Phosphors im Kohlehydratenstoffwechsel. Ve leugnen auf Grund ihrer Blutuntersuchungen einen konstanten o gar gesetzmäßigen Zusammenhang zwischen Phosphor und Zuck gehalt des Blutes. Versuche in Vitro zeigten, daß das Oxalatplas im Vergleich mit dem Blutformelemente enthaltenden Plasma geringere Glykolyse und geringere Zunahme anorganischen Phosph bewirkt. Daraus schließen Verff., daß das anorganische Phosp aus den Formelementen des Blutes entstehen dürfte, und zwar dem Nukleoproteiden und Phosphatiden. Die Glykolyse und Abbau organischer Phosphorverbindungen kommen auf fermentativ Wege zustande. Dieser Prozeß wird merklich beeinflußt du Fermentoxyde.

Chloroform- und Aethernarkosen bei Operationen und i Wirkung auf das Nervensystem. Puls- und Blutdruck werden du gemischte Narkose stärker beeinflußt als durch Chloroform (erh liche Verzögerung des Pulses) und durch Aether (dauernde B schleunigung des Pulses). Das Zentralnervensystem wird bei al drei Betäubungsarten in gleicher Weise beeinflußt. Die Sehn

lexe zeigen die stärkste, die Hautreflexe geschwächte Resistenz. Erregbarkeit der Muskeln bleibt stets erhalten, in manchen llen sogar erscheint sie erhöht.

Pathogenese und Behandlung der Leistenbrüche. Bei gesunden nschen werden zwei verschiedene Formen des Bauches entechend dem Konstitutionstypus des Menschen beobachtet: hochhender und tiefstehender Bauchkegel. Die verschiedenen Formen dingen verschiedene anatomische Verhältnisse der Bauchpresse l folglich auch des Arbeitsmechanismus derselben. Entsprechend Konstitutionsformen ist die Beschaffenheit der Hernien verieden: bei asthenischen Personen finden sich schräge, bei rsonen mit muskulärem Typus gerade Leistenbrüche. Die Entlung der Hernien beginnt mit der Dehnung des unteren lateralen schnittes der Bauchwand, doch ist die Dehnung verschieden je ch der Form des Unterleibs, indem bei schrägen Brüchen der rdere, bei geraden der hintere Leistenkanal vornehmlich gedehnt rd. Diese Verschiedenheiten erfordern verschiedene Operationsthoden. Für schräge Brüche im Anfangsstadium sind die Veren mit Vernähung der äußeren Aponeurose (Estor u. a.) am samsten. Für fortgeschrittene schräge Brüche, wenn bereits die tere Wand des Kanals defekt geworden ist, sind die gemischten rfahren, z. B. nach Girard oder Czerny angebracht. Bei geraden ichen sind im Anfangsstadium die Verfahren von Bassini u. ä. eckmäßig. Aber wenn die Lücke schon größere Ausmaße aufist, sind diese Verfahren ungenügend. Hier müssen bereits npliziertere plastische Verfahren mit Verschluß der hinteren und des Kanals (Berger, Wreden, Plastik des Sartorius) anvendet werden.

Mineralstoffwechsel bei 14tägigem Hungern. Der Harn eines ngernden (14 Tage) wurde systematisch auf den Inhalt an Mineralffen untersucht. Die Tagesausscheidung von P_2O_5, CaO, MgO k allmählich, verschwand aber nie völlig. Nach Wiederbeginn Speiseaufnahme stellte sich der normale Gehalt an den genten Mineralstoffen rasch wieder her. Das Verhältnis CaO : MgO r vor dem Hungern größer, im Laufe des Hungerns kleiner und h der Wiederaufnahme normaler Ernährung wiederum größer 1. Schneller und merklicher sank die Ausscheidung von Chlor, daß man in den letzten Tagen der Hungerzeit nur noch Spuren Chlor im Harn finden konnte. Bei der Wiederaufnahme normaler ährung verschwand während der ersten Tage Cl vollständig aus n Harn. Die während des Hungerns ausgeschiedenen Mineraltfe scheinen den im Zerfall begriffenen Körpergeweben zu entnmen, es läßt sich aber nicht bestimmen, welche Körpergewebe bei beteiligt sind.

Zur Wirkung der endokrinen Drüsen auf die Reaktion und Reservealkalose des Blutes. Experimentelle Untersuchungen. Entung der Schilddrüse und der Bauchspeicheldrüse bewirkt Azidose Blutes; diese schwindet nach Einverleibung entsprechender anpräparate. Exstirpation der Nebenschilddrüsen führt im enteil zur Alkalose, die nach Einführung von Adrenalin in dose verwandelt wird.

Ueber die Wirkung von $CaCl_2$ und $MgCl_2$ auf die Duodenalsekretion. Untersuchungen an Hunden mit Fisteln am Magen und Zwölffingerdarm haben ergeben: die Wirkung von $CaCl_2$ auf die kretion des Duodenum hängt von der Salzkonzentration ab: n- und n40-Lösungen wirken hemmend, Konzentrationen von über n) $CaCl_2$ verringern die Alkaleszenz des Duodenalsaftes und den bsingehalt. $MgCl_2$ wirkt ähnlich dem Chlorsalz des Kalziums, b schwächer. Die Wirkungsweise beider Salze ist von dem and des Nervenapparates des Zwölffingerdarms oder der Bauchpcheldrüse vor Beginn des Versuches abhängig.

Einige Formen der Kolitis und ihre diätetische Behandlung. untersucht zwei Fundamentalformen der Kolitis. Eine Form e Kolitis geht gleichzeitig mit Achylia gastrica einher. Diese on hat oft eine nervöse Aetiologie, aber am häufigsten stellt diese on ein Frühsymptom latenter Lungentuberkulose dar; die Kolitis t dabei auf Toxämie zurückzuführen; die zweite Form ist die pastische Kolitis, die mit verschiedenen Veränderungen der lensekretion einhergeht. Bei der ersten Form, bei welcher ylie oder Hyperchlorhydrie angetroffen wird, muß für ausehende Ernährung, zuweilen Ueberernährung Sorge getragen den. Die Diät muß auf Beobachtungen der Klinik und den xerimentellen Befunden von Pawlow aufgebaut werden. Bei einer is mit Achylie sollte die Milch vollständig aus der Nahrung eschlossen werden. Die Milch kann in solchen Fällen nur lden. Besser wird Butter vertragen. Fleisch und Mehlspeisen n zulässig, aber unter der Bedingung, daß dabei Salzsäure zuührt wird. Immer müssen solchen Kranken in Anbetracht des ihnen vorliegenden Vitaminmangels Eier gegeben werden. Die hlzeiten müssen oft und in kleinen Portionen gereicht werden. Die Speisen müssen gemahlen, geschabt oder jedenfalls zerkleinert zubereitet werden.

Ein Fall von Lähmung nach akuter Arsenvergiftung. Ein Fall von Lähmung der unteren Extremitäten, die drei bis vier Monate nach Einnahme von 5 ccm Arsen aufgetreten war. Zehn Jahre nach der Vergiftung wurde an dem Patienten eine plastische Operation an den verschiedenen betroffenen Sehnen ausgeführt und dadurch wurde ihm die Bewegungsmöglichkeit wiedergegeben. Der Patient, der zehn Jahre lang bettlägerig mit gelähmten Beinen war, unternimmt jetzt 2 bis 3 Kilometer lange Spaziergänge.

Medycyna doswiadcyalna i spoleczna.

7., Heft 3—4. 1927.

Untersuchungen über die Phagozytose. Die Bakteriengiftigkeit steigert, die Schilddrüsenentfernung vermindert die Phagozytose, in der die Blutkörperchen die entscheidende und die Körpersäfte nur eine sekundäre Rolle spielen, denn ausgewaschene weiße Blutkörperchen können phagozytieren. Bei Durchschneidung des N. vagus sowie des N. sympathicus wird die Phagozytose schwächer, was mit dem Einfluß der endokrinen Drüsen im Zusammenhang steht.

Ueber die Immunisoagglutinine des Schweineblutserums. Bei der Bereitung vom Schweinepestserum werden die Isoagglutinine verstärkt, und es können auch Isoagglutinine gegen Blutkörperchen der Gruppe O sowie gegen andere Vertreter der Gruppe A vorgefunden werden.

Cieszynski, Warszawa.

Orvosi Hetilap.

71., Nr. 30, 24. Juli 1927.

Erfahrungen betreffs der frühen und späten Behandlung der durch Laugevergiftung verursachten Speiseröhrestenosen. Autor sah von der frühen Sondierung gute Erfolge, falls die Fälle sorgfältig sortiert werden: einerseits sind dafür diejenigen ungeeignet, bei welchen ein schlechtes Allgemeinbefinden, Schluckbeschwerden, blutiges Sputum usw. bestehen, andererseits muß bei Erwachsenen, die das Sondieren schlechter ertragen als Kinder, eine besondere Vorsicht obwalten. Falls das Fieber über 37,5 steigt, soll die Behandlung in jedem Falle unterbrochen und der weitere Verlauf desselben abgewartet werden. Das Sondieren ist insonderheit bei Erwachsenen in der 3. bis 4. Woche am gefährlichsten, deshalb muß die Behandlung, wenn zeitliche Anwendung derselben durch Komplikationen verunmöglicht wurde, zu dieser Zeit unterlassen werden.

Rohrartiger Rückenmarksabszeß. Beschreibung eines seltenen Falles: ein 14 Jahre alter Bursche erkrankte sechs Wochen vor seinem Tode an Typhus, indessen aspirierte er aber auch einen 1 cm langen Eisennagel, welcher gangränöse Pneumonie verschuldete. Beide Erkrankungen neigten schon zur Heilung, als wiederholt Hämoptoe auftrat, Symptome der Rückenmarkentzündung zum Vorschein traten und sich potenzierend den Kranken im raschesten Ablauf dem Tode zuführten. Die Sektion ergab in der Höhe des IV. Zervikal-, III. und X. Thorakal- und III. Lumbalwirbels eine spindelartige Intumeszenz, an der Schnittfläche rohrartige Abszesse der Medulla oblongata; als Nebenbefund die allgemeinen pathologisch-anatomischen Veränderungen des Typhus und der Bronchiektasie, Bronchopneumonie.

Parenterale Schwefeltherapie im Falle gonorrhoischer Komplikation. Bericht über 18 Fälle, welche mit einer 1—2 prozentigen kolloidalen Schwefellösung, dem „Sulpholein" behandelt wurden. Im ganzen fanden 2—4 Injektionen à ½—3,0 ccm in 1—2 tägigen Abständen statt. Die Einspritzungen gehen mit keiner besonderen Reaktion einher, können demzufolge auch ambulant vorgenommen werden, sie befördern den Ablauf der Krankheit, ermöglichen früher die lokale Behandlung.

71., Nr. 31, 31. Juli 1927.

Erfahrungen über das Hallesche innere Stirnhöhleneröffnen. Z. Wein.
Mit Strahlenbehandlung erzielte längere Heilerfolge beim Krebs der weiblichen Genitalien. F. Gál.
* Untersuchungen mit Secretin. L. Takács.
* Neue Diathermie-Elektrode. Z. Rausch.
Myome des Verdauungskanals. L. Szecsey.
Ueber den hohen Einguß. T. Bársony.
Instrument zur Messung des Volums der Extremitäten. K. Moll.

Untersuchungen mit Secretin. Aus der Schleimhaut des Dünndarms können solche Stoffe hergestellt werden, welche den Zuckergehalt des Blutes um 50—60% vermindern. Die Wirkung stellt sich schnell ein, erreicht ihren Gipfelpunkt im Gegensatz zum Insulin verhältnismäßig spät, in 4—5 Stunden, währt also vielfach länger, als die Insulinwirkung. Das Präparat ist auch per os und per rectum wirksam und verursacht gar keine unangenehmen Symptome. Außer der hypoglykämischen Eigenschaft beeinträchtigt sie wahrscheinlich in positivem Sinne die innere Sekretion der Bauchspeicheldrüse, velleicht kann sogar letztere im Verein mit der Steigerung der Zuckerzersetzungsfähigkeit der Zellen für den Einfluß auf den Zuckerspiegel des Blutes verantwortlich gemacht werden.

Neue Diathermie-Elektrode. Verf. empfiehlt Metallnetzelektrode, deren Erwärmung schneller beginnt und thermische Wirkung in der Tiefe des Körpers relativ intensiver ist, als an der Peripherie. Sie sind der „Randwirkung" ledig, demzufolge zur Erreichung einer gesteigerten Wärmewirkung geeignet. Ihre Herstellung ist billiger als diejenige der bleiernen; sie sind leicht und elastisch, wodurch ihre Anwendung angenehm wird. Orosz.

British medical Journal.

Nr. 3470, 9. Juli.

* Wichtige Frühsymptome der Brusterkrankungen. G. Lenthal Cheatle.
Rationelle Grundlage der Tuberkulinbehandlung. F. M. Pottenger.
Karbolsättigung in der Behandlung gewisser Formen der Blutinfektion mit Streptokokken. T. Stacey Wilson.
Zwei Fälle von Hydatidenerkrankung der Pleura. Fraser M. Rose.
Generalisierte Pneumokokkeninfektion mit raschem Tod. J. Browning Alexander.
Tod durch Chininvergiftung. H. M. Raven.
Alternierende Schwangerschaft in den Hörnern eines Uterus didelphys. J. Lloyd Davies und C. J. Cellan-Jones.

Wichtige Frühsymptome der Brusterkrankungen. Bei der Diagnose der Mammaerkrankungen ist zu beachten, daß ein sicheres Urteil über etwaige in der Drüse vorhandene Knoten nur dann abgegeben werden kann, wenn nur eine dünne Fettschicht zwischen dem Organ und der Haut sich befindet. Das die Brust eines jungen Mädchen bedeckende Fett ist ganz glatt. Mit zunehmendem Alter, besonders nach Laktation nehmen Größe und Gewicht der Brüste zu. Die Ligamenta suspensoria, Bindegewebsstreifen, die das zwischen Haut und Drüsengewebe liegende Fett in einzelne Läppchen gliedern, werden härter. Wenn eine solche Brust palpiert wird, kann das Gefühl entstehen, als wären viele, einzelne Knoten vorhanden, während in Wirklichkeit die Fettschicht es zur Unmöglichkeit macht, das eigentliche Drüsenparenchym abzutasten.

Als Frühsymptome maligner Brustdrüsenerkrankung haben die höckerige Beschaffenheit eines Drüsenteiles oder die stärkere Höckerung einer Partie inmitten einer im ganzen uneben beschaffenen Oberfläche sowie der Nachweis einer deutlichen Knotenbildung zu gelten, gleichgültig ob Vergrößerungen der regionären Lymphknoten oder Verwachsungen der Knoten mit der Haut vorhanden sind. Entgegen der allgemein verbreiteten Ansicht muß die Empfindung stechenden oder bohrenden Schmerzes in der Brust als Frühsymptom des Brustkrebses gelten. Freilich erweist erst die genaue Anamnese das längere Bestehen der Schmerzen, zumal die Frauen dem Schmerz in der Brust keinerlei Bedeutung beimessen. (Auftreten zur Pubertätszeit, bei der Menstruation, bei Störungen im Bereich der Beckenorgane und nach Erregung). Wichtig ist weiterhin das zeitweilige Ausfließen von Blut aus der Warze, ohne vorangegangenes Trauma. Solcher Blutabgang kann durch Krebs des Ausführungsganges, durch tief im Drüsenparenchym aus einem im Ductus terminalis oder in den Acini sich entwickelndem Karzinom oder durch Papillome zustande kommen, ohne daß Knotenbildung nachweisbar ist. Papillome können zu Hunderten in einem Milchgang vorhanden sein, in andern Fällen is nur ein Papi entstanden. Wie die papillären Geschwülste des Dickdarms auch sie sehr häufig mit Karzinom vergesellschaftet. Als eb ernstes Symptom wie der Blutabgang ist das Ausfließen von Se zu betrachten, das ebenfalls bei all diesen Erkrankungen sich ze kann. Gefahr zeigt eine allmählich sich einziehende Brustw an. Ein Knoten oder Höcker muß weit im Gesunden ausgeschn und untersucht werden, ebenso auch ein Drüsenabschnitt, in ständig Schmerzen auftreten. Bei Ausfluß von Blut oder Se aus der Warze ist die Entfernung der ganzen Brust wegen K noms sofort notwendig. Ein Hinweis der Frauen auf diese symptome ist unbedingt notwendig, denn alarmierende Ers nungen wie Blutausfluß werden bisher nicht beachtet, sol nicht ein Knoten fühlbar ist, weil für gewöhnlich nur dieses Sy tom als krebsverdächtig in den Aufklärungsschriften hervorgeh

Nr. 3471., 16. Juli.

Richard Bright als Mensch und Arzt. W. S. Thayer.
Klinische und therapeutische Gesichtspunkte bei der Influenza 1889—1927; We Salicylbehandlung. B. E. Turner.
* Lungenschrumpfung bei Kindern. Hazel H. Chrodak Gregory.
* „Polycythämia hypertonica". F. Parkes Weber.
Tod durch elektrischen Schlag (Kurzschluß beim Radiohören). Elizabeth E. J und W. Lewis Cowardin.
Herzruptur. C. W. Crawshaw.
Flächenhafte Adhäsion der Zunge bei Stomatitis mercurialis. H. Hydera'i
Verschwinden einer akuten Nephritis nach Scharlachausbruch. H. Walter
Schwangerschaft und Glykosurie. T. A. Kean.

Lungenschrumpfung bei Kindern. Viel häufiger als die tu kulöse Lungenfibrose und die nicht diagnostizierbare syphiliti Fibrose ist die Lungenschrumpfung auf unspezifischer Grund die als chronische interstitielle Pneumonie oftmals bezeichnet w ohne daß ein Entzündungsprozeß noch vorhanden ist. Die häuf Ursache dieser Lungenerkrankung gibt die nicht zur Lösung gela Bronchopneumonie ab, die bisweilen als Masern- oder Keuchhus komplikation aufgetreten ist. Schon bei den von einem La zum andern ziehenden „Wanderbronchopneumonien" ist frühz die Neigung zur Bindegewebsentwicklung bei relativ ku Krankheitsdauer erkennbar. Die außerordentliche Schädigung Lungengewebes, die Infiltration der Wände von Bronchiolen Alveolen mit Zellen und Flüssigkeit, das Eindringen von Bakte massen in peribronchiale und perivaskuläre Gewebsteile chara risieren das histologische Bild der Bronchopneumonie wirk gegenüber der lobären Pneumonie. So kommt es viel langsa zur Beseitigung der entzündlichen Veränderungen und geleger setzt zur „Organisation" des Exsudats die Tätigkeit von F blasten ein. Das gebildete feine bindegewebige Netzwerk schru allmählich und führt durch Verschluß oder Kompression Bronchioli terminalis zum Kollaps der Alveolen des befall Lungengebietes. An sich wäre für den Körper die Ausschal eines Lungenteiles gleichgültig, doch kommt es zumeist in oder minder ausgesprochenem Maße zur Bildung von Bronchiekt Die kleineren Bronchien sind gewöhnlich obliteriert, die größ hingegen werden durch den Zug des schrumpfenden Bindegew ausgedehnt, zumal ihre Wandung durch Entzündung geschw ist. Große Hohlräume entstehen selten, vielmehr liegen die kleinen oder mittelgroßen Kavernen in der Nähe der Lungenwu Eine gleichzeitig bestehende schrumpfende Pleuritis verstärkt d Narbenzug die Bronchiektasenbildung. Derartige Lungenfib beruht höchst selten auf Pneumokokkeninfektion. Am häufig geben Streptokokken die Ursache ab. Bei den nach krouy Pneumonie auftretenden Lungenzirrhosen ist gewöhnlich d kurz vorher überstandene Bronchopneumonien die Disposition Bindegewebsentwicklung geschaffen.

Bei marantischen Kindern kann die Lösung einer Lun infiltration sich so lange verzögern, daß es unmöglich erscheint, Zeitpunkt des Beginns der Fibrose anzugeben. Wenige Ra geräusche können noch monatelang über den Unterlappen zu h sein, ohne daß von einer Zirrhose die Rede sein kann. Im gemeinen bestehen bei voll entwickeltem Krankheitsbild w Allgemeinbeschwerden (Husten, Dyspnoe bei Anstrengung). stärkerer Entwicklung von Bronchiektasen treten quälen Symptome auf, wenn auch der Husten infolge der herabgeset Empfindlichkeit der veränderten Schleimhaut fast nur bei L wechsel sich einstellt. Trommelschlegelfinger können schon dreiwöchigem Kranksein an Bronchopneumonie entstehen, daß chronische interstitielle Prozesse vorhanden sind. Die ph kalischen Kennzeichen der Fibrose sind zumeist eindeutig flachung oder Einziehung der betreffenden Thoraxpartie mit abgeschwächtem Stimmzittern, tympanitische Schallverkür gewöhnlich über dem am häufigsten befallenen linken Unterla mit abgeschwächtem Atemgeräusch, Rasselgeräusche der schiedensten Art in ihrem Charakter häufig wechselnd). Prognose dieser äußerst langsam verlaufenden Krankheit häng

esentlichen von dem Ausmaß der Bronchiektasenbildung ab. Nicht selten tritt später eine tuberkulöse Infektion hinzu (fortlaufende putumuntersuchung notwendig!).

In den Frühstadien ist die Diagnose schwierig. Vor Ablauf von vei bis drei Monaten soll bei geschwächten Kindern auf den ysikalischen Befund hin eine dauernde Lungenschädigung nicht genommen werden, da eine Bronchopneumonie so lange Zeit zur sung benötigen kann. Wesentliche Schwierigkeiten bereitet die nterscheidung von der oft im Unterlappen beginnenden, zur Versung neigenden Tuberkulose (Nachtschweiße, Abmagerung, abends ber, keine größeren Sputummengen). Die Infiltration schreitet Röntgenbild bei der Tuberkulose von der Lungenwurzel fort, ährend sie bei der Fibrosis auch in der Peripherie schon zu ginn sich vorfindet.

Therapeutisch ist es anzustreben, die Ansammlung von Sekret den Bronchien zu verhüten (Freiluftaufenthalt, Hängelage morgens d abends, Inhalation, intratracheale Injektion und perorale Meditión von Guajac- und Kreosotpräparaten). Der artefizielle eumothorax bleibt gewöhnlich erfolglos. Selbst dort, wo seine legung nicht an Pleuraadhäsionen scheitert, können die weiten, erhalb des starren Lungengewebes gelegenen Bronchien nicht n Kollaps gebracht werden.

Polycythämia hypertonica. Trotz der überaus hohen Blutkosität bleibt häufig der Blutdruck bei der typischen Polycythämie : Megalosplenie niedrig und tritt eine Hypertrophie des Herzens ht ein. In solchen Fällen ist eine allgemeine Dilatation der pillaren nachzuweisen. Die sogenannte Polyc. hypertonica (Gaisck) scheint eine sekundäre oder symptomatische Erythrozytose rzustellen, die irgendwie mit der Blutdruckerhöhung in den ihstadien der arteriosklerotischen Nephrozirrhose in Verbindung ht. Von der Osler-Vaquezschen Form unterscheidet sie sich — gesehen von der Hypertonie — durch das Fehlen des Milztumors l der ausgesprochenen zyanotischen Färbung des Gesichts. Wie e eigene Beobachtung beweist, kommt dieses Syndrom der hyperischen Erythrozythose als vorübergehende Veränderung im hstadium der Granularatrophie der Nieren vor. Vielleicht stellt se Erythrozytenvermehrung eine Schutzmaßnahme des Körpers genüber dem erhöhten Blutdruck dar. Biberfeld.

La Riforma medica.

43., Nr. 28, 11. Juli 1927.

43., Nr. 29, 18. Juli 1927.

Excisio transgastrica des Magenulkus. Verf. beschreibt die sehr servative Methode Taddeis, nach einer Gastrotonica anterior nr Leitung des Auges nur das erkrankte Gewebe des Magens zu xdieren, eine Operation, die zum Unterschiede von der Balfourcln auch am unbeweglichen, durch Adhäsionen fixierten Magen lich ist. Er zeigt in Röntgenbildern an 5 Fällen die vorzügen damit erreichten Erfolge.

Der Schwefel in der Behandlung maligner Tumoren. Verf. hat i mehreren Jahren mit sehr guten Erfolgen die Schwefelarsenndlung von malignen Tumoren durchgeführt, in Form täglicher t muskulärer Injektionen von 1 ccm (enthaltend 0,3 S und 0 As). Selbst nach vielmonatlicher bis weijähriger andauernder ndlung wurde das Präparat gut vertragen. Auch bei wesentclr Erhöhung der Schwefeldosen — 2 Monate lang tägliche ktionen von 5 ccm (= 1,5 S + 0,003 As), weitere 3 Monate m (= 0.9 S + 0,002 As), sodann monatelang Fortsetzung mit Dosis von 1 ccm — war die Toleranz der Krebskranken gegen hwefel ausgesprochen gut, und nie wurden üble Nebenwirkungen achtet. Die Injektionen übten auf alle Symptome, einschließlich röße der Neubildung eine wohltätige Wirkung. Die kombinierte ndlung: Chirurgie, Strahlentherapie und Schwefelarsen ist die e. Bei operablen Fällen kommt Schwefelarsen nur als Hilfsl nach der Operation zur Verhinderung von Rezidiven in cht und hat in dieser Hinsicht nach Auffassung des Verf. gute ste geleistet. Die Wirkung läßt sich am besten bei inoperablen n studieren. Es wirkt am besten auf Magenkrebse, besonders gut auf zirrhöse Formen (Kombination von ovaler Darreichung und Injektion). Die Strahlenbehandlung zeigt bei gleichzeitiger Schwefeltherapie eine bessere Wirkung als ohne solche. Theoretische Erklärungsversuche der Schwefelarsen-Wirkung. Rontal.

Il Policlinico Sez. med.

34., Nr. 8, 1. August 1927.

Das Trauma in der Pathogenese und im Verlaufe der Leukämie und anderer Blutkrankheiten. Verf. erörtert die so häufig gehörte Auffassung, daß das Trauma eine wesentliche Rolle in der Aetiologie von Blutkrankheiten spiele. Auf Grund eines eigenen Falles, in welchem das Gericht trotz mehrfacher ablehnender Gutachten zu Unrecht eine Unfallrente zusprach, unterwirft er 30 Fälle von Leukämie, 6 Fälle von Chlorom, 7 Fälle von perniziöser Anämie aus der Literatur, in denen ein Zusammenhang von Trauma und Erkrankung behauptet war, einer Kritik und kommt zu dem Schluß, daß diese Kasuistik nichts beweist, und die Annahme, lokale und allgemeine Traumen hätten Einfluß auf die Entwicklung dieser Krankheiten, nicht zu Recht besteht. Das Trauma kann nur die schon vorher bestehende Krankheit in Erscheinung bringen, d. h. auf dieselbe die Aufmerksamkeit richten.

Il Policlinico Sez. chir.

34., Nr. 8, 15. August 1927.

Die Serien-Pyelographie und die Pyeloskopie bei verschiedenen Nierenkrankheiten. Mit der annähernd gleichen Technik, wie sie Leguen gebraucht, wurden einige normale Nierenbecken und 40 verschiedene Nierenerkrankungen mittels der Serienpyelographie und der Pyeloskopie untersucht. Der Schatten des normalen Beckens hat scharfe Umrisse. Die plötzlich auftretenden, sehr verschiedenartigen Kontraktionen rufen eine Verkleinerung des Schattens hervor und treiben einen Teil der Kontrastflüssigkeit gegen die Kelche, den größeren Teil unter Bildung des Harnleiterbulbus gegen den Harnleiter. Die Kontraktionen folgen sich in fast gleichen Zwischenräumen rhythmisch und verschwinden längs des Ureter gleichzeitig mit dem Bulbus, welcher die charakteristische Bildung für die regelmäßige Entleerung darstellt und mehr oder weniger konisch, mehr oder weniger dick ist, plötzlich auftritt und ebenso verschwindet. Mit der Serienpyelographie kann man zwei Arten von Kontraktionen unterscheiden, die eine mit großen, tiefen, auch pyeloskopisch sichtbaren, das Gesamtbild verändernden Wellen, die andere mit kleinen, kurzen Wellen. Die Serienbilder weichen in Form und Lage stark voneinander ab. Das Becken faßt zwischen 3 bis 14 ccm und entleert sich in 3 bis 15 Minuten. Pathologische Becken zeigen alle Arten von Veränderungen, so daß eine Schematisierung schwierig ist. Bei den Infektionen wechselt das Bild, je nachdem die Kontraktilität des Beckens erhalten ist oder nicht. Im ersten Fall ist das Organ überreizt, die rhythmischen Kontraktionen werden stark, ungeordnet und rasch, die Bulbusbildung tritt in veränderter Form auf, ist nicht immer sichtbar, die Unterscheidung zwischen kleiner und großer Peristaltik ist unmöglich. Die Umrisse der Serienbilder weichen mehr als in der Norm voneinander ab. Die Entleerungszeit ist stark reduziert. Bei Störung der Kontraktilität langsame, oberflächliche, unregelmäßige Kontraktionen bis zu vollkommenem Verschwinden bei Hydropyonephrose. Die Umrisse des Beckenschattens verschwimmen. Das Pyelogramm zeigt eine Dilatation, die Serienbilder geben die gleichen Formen nur mit Lageveränderungen in sagittalem Sinne, die Bulbusbildung fehlt stets, das Fassungsvermögen nimmt gleichzeitig mit der Entleerungszeit zu. Ein diffuser, blasser Schatten mit unbestimmten Umrissen und dunkleren fluktuierenden Flecken in der Mitte wurde nur einmal bei sehr starker Zerstörung des Parenchyms angetroffen. Bei Nierenptosis ohne sonstige Störungen und bei Nephritis erscheint das Becken normal. Bei Ureterstenose ist der Befund identisch wie bei Pyelitis, die Entleerung stets verzögert. Auch bei Hydronephrose Störungen der Kontraktilität, die aber nicht immer der Ausdehnung des Beckens proportional sind, langsame Entleerung, kaum erkennbare Bulbus-

bildung; die Retention kann vollkommen werden. Dieselben Störungen bei Nierensteinen, jedoch hindert der Stein die pyeloskopische Sichtbarkeit; ein in der Höhle freier Stein bewegt sich synchron mit den eventuell vorhandenen Kontraktionen. Bei Tumoren im Becken zeigt das Bild nur Deformationen der Schatten.

Akute postoperative Magendilatation. Im Jahre 1918 wurden in Amerika schon 83 derartige Fälle aus der Literatur gesammelt. Verf. berichtet über einen eigenen Fall im Anschluß an einen suprasymphysären, transperitonealen Kaiserschnitt. Er bespricht die zahlreichen Theorien und die Symptome, deren hervorstechendstes die Aerophagie ist. Die akute postoperative Magendilatation kann nach den verschiedenartigsten Operationen auftreten. Der überdehnte Magen sinkt bei den Personen mit besondern anatomischen Störungen wie z. B. Enteroptose gegen das Hypogastrium ab und drückt mit seinem großen Volumen auf den Dünndarm; die Art. mesenterica sup. schnürt so den dritten Abschnitt des Duodenums zusammen und ruft einen hohen Darmverschluß hervor. Die Ursachen sind Magenstörungen, Lageveränderungen der Bauchorgane, Konstitution, operatives Trauma und die extraabdominalen Operationen, Reizung des plexus solaris reflektorischer Natur. Das Anästhetikum hat keinen wesentlichen Einfluß. Er handelt sich um eine sehr schwere Komplikation, die in den meisten Fällen zum Tode führt, selbst nach Operationen, welche die größte Aussicht auf Erfolg haben.

Cystitis luetica mit multiplen Herden. Bericht über einen Fall von so häufig nicht erkannter Knochensyphilis, die sich in Form einer gummösen Osteoperiostitis der Tibia und einer Osteomyelitis der Ulna im Anschluß an ein Trauma bei latenter Syphilis entwickelte. Das Röntgenbild zeigt an der Ulna einen wesentlich zentralen spezifischen Prozeß und — eine Seltenheit bei erworbener Knochensyphilis — zentrale Sequesterbildung des gummösen Gewebes; eine starke periostale Reaktion giebt dem Knochen ein spindelförmiges Aussehen. An der Tibia erscheint die Krista erodiert. Ringsherum starke Kondensierung der Kortikalis und des Periosts, während der Markkanal frei von jedem Krankheitsprozeß ist. Heilung durch spezifische Therapie. Rontal.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 55, 9. Juli 1927.

* Physiologische und biochemische Untersuchungen über Oelinjektionen. L. u. H. Binet.
Jod in der Behandlung der Splenomegalie. A. Nanta.
Spätlähmungen des Cubitalis nach Frakturen des Condylus externus des Humerus. L. Desgouttes und K. Denis.
Zu dem Artikel von D'Allaines und Roseau über Varizenstumpfligaturen. J. Sénèque.
Wachstum und Ernährung der Kinder. K. Clément.

Physiologische und biochemische Untersuchungen über Oelinjektionen. Die experimentellen Untersuchungen zeigen, daß das unter die Haut injizierte Oel nicht in die Blut- und Lymphbahn eintritt, sondern in situ festgehalten wird und zwar besonders von mononukleären Elementen, die sich an Ort und Stelle im Bindegewebe differenzieren. Es erleidet dabei zweifellos eine Verseifung, macht fettsäurenfrei und verschwindet vollständig erst im Verlauf von zwei, drei, vier und mehr Monaten. Die dem Oel beigefügten Substanzen haben ihren eigenen Resorptionsfaktor.

Nr. 56. 13. Juli 1927.

Die Entfernung der Halsdrüsen beim Zungenkarzinom. J.-L. Roux-Berger.
Thoraxkontusionen als direkte Ursache der Lungentuberkulisation. Hinault und Moralis.
* Kinder, die man nicht hospitalisieren soll. Apert.

Kinder, die man nicht hospitalisieren soll. Verfasser, selbst Leiter eines Kinderkrankenhauses, gibt nach seinen Erfahrungen den Praktikern folgende Anweisungen: Es ist immer gefährlich, Kleinkinder, d. h. unter zwei Jahren, zu hospitalisieren. Etwas geringer sind die Gefahren für Kinder von 2—7 Jahren, noch geringer für die von 7—15 Jahren, aber jedenfalls immer größer als für Erwachsene. Die Gefahr wächst, wenn die Kinder noch keine Röteln gehabt haben, da sie sie meist unter sehr ungünstigen Verhältnissen bekommen, ebenso zu allen Zeiten von Grippe-Epidemien. Nur bei lebenswichtigen Eingriffen oder bei ganz ungenügender häuslicher Pflege ist Hospitalisation anzuraten.

Nr. 57. 16. Juli 1927.

Die klinischen Formen der durch Pilze hervorgerufenen Splenomegalie. P. Emile-Weil, K. Gregoire, P. Crevallier und Flandrin.

Nr. 58, 20. Juli 1927.

* Topographie und Klinik der lumbalen Abszesse und ihre Behandlung. H. Lorin und U. Laemmer.

Topographie und Klinik der lumbalen Abszesse und ihre Behandlung. Um die lumbalen Abszesse zu lokalisieren, ist genaue Beobachten der Symptome erforderlich. Die perinephritis Abszesse machen überwiegend lumbale physische Erscheinungen, subperitonealen und retrokolischen mehr abdominale Tumefaktion intestinale Beschwerden. Zeichen von Colonaffektionen, Diarrh flüssige oder schleimige Stühle, sind wichtig für die Aetiologie. Behandlung soll zunächst intern sein. Vakzinotherapie auf dem V dauungswege. Milchsäure, Collargol etc. um das Colon chemisch desinfizieren, Einläufe mit schwachen Argentum-nitricum-Lösun Eis oder heiße Kompressen auf die Schmerzregion, je nach der vösen Veranlagung des Patienten. Ist ein chirurgischer Eingriff n so hüte man sich vor einem unnützen Loslösen der Niere, um nicht dem Eiter auszusetzen, der bei Eröffnung eines retrokolis Abszesses hineingeraten kann. Auch darf sie nicht durch Drains reizt werden. Man operiere frühzeitig, wenn die gleichbleib Temperatur und teigige Infiltration Eiterbildung verrät. Von Wegen bei der Operation ist der lumbale der sicherste, beson wenn die Lokalisation des Abszesses nicht genau bestimmt ist. Habe

Revue neurologique.

34. Jahrg., 2. Bd., Nr. 1, Juli 1927.

* Die Sylvischen Erweichungen. Charles Foix und Maurice Lévy.

Die Sylvischen Erweichungen. Verff. besprechen ausführlich Syndrome, welche aus Herdläsionen im Gebiete der Arteria S und ihrer Aeste resultieren. Kurt Mendel, Berl

The Journal of the American Medical Association.

89. Nr. 1. 2. Juli 1927.

Die Beziehungen des Arztes zur öffentlichen Gesundheitspflege vom Stand des Arztes einer kleinen Stadt. A. T. Holbrook.
Die Beziehungen des Arztes zur öffentlichen Gesundheitspflege. H. S. Cum
Der Arzt und die öffentliche Gesundheitspflege. H. Brooks.
Untersuchungen über die Epidemiologie des rheumatischen Fiebers. D. Seeg B. C. Seegal.
Ein Experiment mit der Anwendung diabetischer Diäten. M. F. de Lorme.
Dermatitis infolge Beschäftigung mit Leinsamenöl. F. J. Vokonn.
* Akute Herzdilatation, eine ständige Gefahr bei intravenösen Injektionen. Clark.
Häufige Rezidive von Azidose und Koma bei Diabetes von Kindern. Th. A. C and G. A. Harrop.
Die nasale Anwendung von Hypophysenlösung zu geburtshilflichen Zw J. J. Hofbauer.
Ein neues Instrument zum Ansaugen und Irrigieren für intrakranielle Chi Temple Fay.
Eine zusammenlegbare binokulare Lupe. W. W. Goldnamer.

Akute Herzdilatation, eine ständige Gefahr bei intravenösen Injektionen. Intravenöse Injektionen sind nicht immer ein uns liches Verfahren, wie man im allgemeinen annimmt. Zum Be dessen bringt Verf. vier Fälle mit tödlichem Ausgang; nach i venöser Injektion von 500 ccm 10% Dextrose-Lösung (dreimal), in 425 ccm physiologischer Kochsalzlösung (einmal). Die beiden e Kranken bekamen etwa 20 Minuten nach der Dextroseinje Schüttelfröste, einen unregelmäßigen schwachen Puls und st nach vier bzw. neun Stunden. Die täglich frisch bereitete Dext lösung war von andern Patienten gut vertragen. Man könnte an individuelle Idiosynkrasie denken, wahrscheinlicher hat es sich in diesen zwei Fällen um eine akute Dilatation des Ventrikels handelt, wie es für die zwei andern nachgewiesen wurde. Es is her notwendig, den Zustand des Herzens zu überwachen, größere Mengen von Flüssigkeit zur Verwendung kommen. Bei langsamer Injektion und sorgsamer Beobachtung von Puls und durch häufige Blutdruckbestimmungen während der Injektion kö solche Unglücksfälle vermieden werden.

89. Nr. 2. 9. Juli 1927.

Der Haushalt der öffentlichen Gesundheitspflege. J. A. Ferrell.
Beziehungen privater Gesellschaften auf dem Gebiet der Gesundheitspfle Aerzten und Gesundheitsämtern. L. R. Williams.
* Bericht über 300 000 Kahnproben. R. L. Kahn, P. L. Kendrick and J. L. L
* Ein Fall von Leptospirosis icterohaemorrhagica. H. H. Towler and J. E. W
* Im Handel befindliche Kulturen und Präparate von B. acidophilus und B garicus. L. H. James.
Erkrankungen durch Hitze. E. G. Wakefield and W. W. Hall.
* Malariabehandlung der Neurosyphilis. P. A. O'Leary.
Fraktur des Processus xiphoideus als Ursache eines klonischen Zwerchfellkra C. E. Bird.
* Linseneiweiß, Bereitung, immunologische und chemische Eigenschaften. Woods and E. L. Burky.

Bericht über 300 000 Kahnproben. Vergleichende Kahn und Wa -sultate von mehr als 174 000 Sera, ebenso vergleichende Unter- :hungen von über 8600 unter Behandlung stehenden Syphilitikern :aben eine größere Empfindlichkeit der ersteren Probe gegenüber · WaR. Vergleichende Studien am Liqour von 1184 Syphilitikern gten gleiche Resultate für beide Proben, mit der einen Ausnahme, 3 antikomplementäre Eigenschaften der Flüssigkeiten ein Ablesen · WaR. verhinderten, die Kahn-Reaktion garnicht beeinträchtigten. ·t Oktober 1925 wurde im Gesundheitsamt von Michigan die Kahn- aktion als einzige offizielle Methode eingeführt, und weitere 125 000 hn-Proben beweisen ihre große Zuverlässigkeit für die Diagnose · Syphilis.

Ein Fall von Leptospirosis icterohaemorrhagica. Verff. fügen zu n sechs in der amerikanischen Literatur bekannten Fällen einen ten, von dem sie durch Meerschweinchenimpfung die Leptospira :erohaemorrhagica isolierten. Es handelte sich stets um sporadische ·le mit plötzlichem Einsetzen, Fieber und Schüttelfrösten, großer hwäche und starken Muskelschmerzen, am fünften bis sechsten ge einsetzendem Ikterus. In Anbetracht des Vorkommens aty- scher Fälle ist bei leisestem Verdacht im Beginn der Krankheit erschweinchenimpfung, später Untersuchung des Harnsediments orderlich. Wahrscheinlich bleiben in Amerika viele Fälle undiagno- :iert. Anscheinend spielen die Ratten bei der Uebertragung keine ·ße Rolle, sondern die Krankheit steht in Zusammenhang mit ·sser und Boden, die mit frei in der Natur lebenden Leptospiren unreinigt sind. Ueber die morphologische Aehnlichkeit der von guchi als ursächliches Agens des Gelbfiebers angesprochenen ptospira icteroides und der Leptospira icterohaemorrhagica be- hen keine Zweifel, über den Unterschied immunologischer Reak- nen gehen die Ansichten noch auseinander.

Im Handel befindliche Kulturen und Präparate von Bacillus acido- plus und Bacillus bulgaricus. Die Benutzung der B. acidophilus und 3bulgaricus-Kulturen und Präparate, flüssiger (Brühe oder Milch), ·er (Tabeltten oder Pulver) und halbfester (Gelees), erfreut sich Amerika bei Darmstörungen großer Beliebtheit, mehr noch im enpublikum, als unter Aerzten. Eine Untersuchung von 107 Proben d· verschiedenen, im Handel befindlichen Präparate ergab n 3 Fällen die etikettierten Bazillenarten in annähernder Reinkultur n genügender Menge; 15 weitere Proben konnte noch eine mög- ·e Wirkung zugeschrieben werden, alle andern waren hinsichtlich d angezeigten Kulturen wertlos.

Malariabehandlung der Neurosyphilis. Unter 100 an verschiedenen ·men der Neurosyphilis leidenden Kranken, die zwischen Mitte 1924 n Anfang 1926 in der Mayo-Klinik mit Pl. vivax geimpft wurden, ·nden sich 57 Fälle von progressiver Paralyse, von denen 49% si noch im Remissionsstadium befinden. Von 13 Kranken mit pro- gssiver Paralyse ohne paralytische Symptome wurden sechs sehr ·eblich gebessert und vier bekamen normale Blut- und Liquor- ·unde. Unkomplizierte Tabes dorsalis erfuhr keine Besserung. In ·ologisch negativen Fällen von Tabes wurde häufig (40%) ein Nach- ·en der lanzinierendenSchmerzen und derMagenkrisen beobachtet. V· neun Fällen mit Optikusatrophie kam es bei vier Patienten zum ·tstand der Sehstörungen. Die Mortalität durch die Malariatherapie ·ug 5%. Für parenchymatöse Neurosyphlilis bei geschwächten, ·n Leuten ist Tryparsamid-Behandlung vorzuziehen. Die klinischen ·ultate waren im allgemeinen besser, je früher die Fieberbehandlung ·ann, doch wurden noch vorzügliche Erfolge bei schon vierjährigem ·tehen der Erkrankung erzielt. Die Endresultate waren unabhängig ·c der Dauer der Syphilis. Bei Autopsien nach Malariabehandlung ·de fibröses Gewebe in Meningen und um die Blutgefäße gefunden, ·daß man von der Möglichkeit einer Heilung sprechen kann. Die ·ologischen Veränderungen gehen nicht immer der klinischen Besse- ·u parallel, da vollkommene Remissionen ohne serologische Ver- ·nerungen, andererseits plötzliche Todesfälle an Paralyse trotz bis ·u Norm veränderter Liquor- und Blutbefunde vorkommen. Verf. ·chte jedoch die Erfahrung, daß Veränderungen der kolloidalen Re- ·konen (Benzoë, Gold) nach Malariabehandlung von größerer pro- ·nstischer Bedeutung sind, als nach andern Behandlungsmethoden, ·aschon Uebergänge vom ersten zum zweiten Kurventypus, ge- ·eveige denn zu einer flachen oder negativen Kurve sehr oft kli- ·ischer Besserung vorangingen. Je länger die Beobachtungszeiten, ·eo größer war die Zahl der Fälle, in denen Liquor und Blut nor- ·m wurden. Im Ganzen hat sich die Malariabehandlung trotz ihres ·ikos in 278 Fällen der letzten drei Jahre als eine wertvolle ·thode erwiesen, die noch durch nachfolgende spezifische Therapie ·entlich unterstützt wurde. Die Behandlung geschah mit vier ver- ·edenen Pl. vivax-Stämmen, von welchen der eine 525 Passagen durchmachte, ohne etwas von seiner Virulenz einzubüßen. Das Blut wurde in Vakuumflaschen in einer Lösung, die 5% Natriumzitrat und 2 ccm 50% Dextroselösung enthielt, bei Körpertemperaturen auf große Entfernungen bis Kalifornien u. a. verschickt und noch 72 Stunden nach seiner Entnahme erfolgreich injiziert. Wo die Injektion von Malariablut kein Fieber erzeugte, blieben auch sechsmalige Wiederimpfungen erfolglos; ebensowenig war es möglich, durch Wiederimpfung, selbst nach 14monatlichem Intervall, bei Kranken, die nach der ersten Behandlungsserie keine Besserung erfuhren, Malaria zu erzeugen.

Linseneiweiß und seine Bestandteile, Erzeugung, immunologische und chemische Eigenschaften. Eine sehr eingehende Untersuchung über die Bereitung und die Eigenschaften des ganzen Linseneiweißes und seiner Alpha- und Beta-Bestandteile. Verff. geben eine Methode für die Herstellung des ganzen Linseneiweißes mittels Ammoniumhydroxyd an, ihr Präparat enthielt eine größere Menge Alpha- und eine geringere Menge Beta-Bestandteile als die älteren Präparate, wie z. B. das nach Cecil bereitete Mulford-Präparat. Da es unmöglich war, nach den bisher angegebenen Methoden serologisch reine Alpha- und Beta-Antigene zu erzeugen, arbeiteten sie ein Verfahren aus, das auf einer Benutzung der isoelektrischen Punkte der beiden Linsenbestandteile beruht und die Darstellung hochgradig reiner Präparate gestattete. Versuche mit diesen reinen Teilantigenen ergaben, daß Linseneiweiß und seine Bestandteile organspezifisch, aber nicht speciesspezifisch sind. Die beiden Antigene sind nicht in gleicher Weise beständig. Die Alphaantigene zeigen noch nach vielen Monaten keine Spur von Niederschlag. Frisch bereitetes Betaantigen erzeugt ein spezifisches Antiserum, das mit Betaantigen stark, mit andern Antigenen garnicht reagiert; es zeigt Neigung zu nichtspezifischen Praecipitinreaktionen mit heterologen Antisera und gibt selbst nach 24stündiger Inkubation keine Fällung mit Hetero-Immunserum. Nach einigen Wochen wird es aber unbeständig, entwickelt eine Neigung zu spontaner Fällung, besonders in den normalen Grenzen der H-Ionenkonzentration von Körperflüssigkeiten (pH 7,8—6,2) und zeigt eine nichtspezifische kreuzweise Fällung mit andern heterologen Immunsera. Bei Mischung des Beta- mit dem Alphaantigen, dem eine Schutzkraft eigen zu sein scheint, verliert ersteres die Neigung zu spontaner Fällung. Diese Beobachtung ermöglicht eine sehr annehmbare Erklärung für die Entstehung der senilen Katarakt. Nachdem Gess nachgewiesen hat, daß im hohen Alter und in Kataraktlinsen die Alphamenge des Linseneiweißes stark vermindert ist, kann man annehmen, daß die kolloide Schutzwirkung gegen die spontane Fällung der Beta-Bestandteile allmählich herabgesetzt wird, und die Fällung der letzteren zu einer wolkigen Trübung der Linse Anlaß gibt. Linseneiweiß enthält Globulin und Albumin, ersteres in zehnmal größerer Menge, als letzteres. Durch Reaktionen mit Antialpha- und Antibeta-Sera konnten Alpha- und Betabestandteile in beiden Eiweißarten nachgewiesen werden.

Die Linderung des Juckreizes durch Epinephrin in einigen Fällen von Kinderekzem. Epinephrin in subkutaner oder intramuskulärer Anwendung gibt eine zeitweise Linderung schwersten Juckreizes bei ekzematösen Kindern, in gleicher Weise, wie bei Urtikaria. Die erfolgreich behandelten Kinder hatten ein Alter zwischen 5 und 14 Monaten. Einige Kinder erhielten Epinephrininjektionen alle 3—4 Stunden am Tage 2—12 Tage lang und auch nachts nach Bedarf. Versuche mit ovaler Zuführung waren ergebnislos. Die Dosen betrugen 0,1—0,3 ccm der 1 pro mille-Lösung, selten mehr als 0,02 ccm. Niemals wurden unangenehme Zufälle beobachtet, gelegentlich Blässe im Gesicht und an Extremitäten, jedoch von nur kurzer Dauer und ohne andere toxische Symptome. Die Kinder reagieren individuell verschieden gegen Epinephrin, die relativ großen Dosen scheinen jedoch für eine gute Wirkung nötig zu sein. Ob die Droge außer der Verhütung des Kratztraumas auch sonst günstig auf Ekzeme wirkt, dafür liegt noch kein sicherer Beweis vor. Rontal.

Brasil medico.

Nr. 24. 11. Juni 1927.

Ueber subarachnoidale Hämorrhagie. Es handelt sich um einen 46jährigen Mann, der wegen unerträglicher Kopfschmerzen ins Krankenhaus aufgenommen wurde. Vor 15 Jahren Lues, mehrfach mit Salvarsan und Hg behandelt. Am 2. Tage nach der Krankenhausaufnahme verfiel Patient in ein Koma, welches nach erfolgter Lumbalpunktion einem Zustand dauernder Somnolenz wich. Daneben bestand Nackensteifigkeit, Opisthotonus, Kontraktur sämtlicher Extremitäten, positiver Kernio, Trousseau und Babinski, Hauthyperästhesie. Uebererregbarkeit der Sehnenreflexe. Bradykardie und Erbrechen. Das Ergebnis der Liquoruntersuchung war: Punktions-

flüssigkeit stark hämorrhagisch, bakteriologisch steril, zahlreiche Leukozyten und rote Blutkörperchen, Lymphozytose (80%) Album. 0,45 pro mille und Spuren von Zucker, positive Wassermannsche Reaktion. Differentialdiagnostisch sind diese Punkte für die subarachnoidale gegenüber der meningealen Hämorrhagie ausschlaggebend.

Ueber Gelbfieber. Es ist dem Verfasser gelungen, aus dem Blut der Kranken die Leptospira icteroides zu züchten, welche er für das endemische Auftreten von Gelbfieber verantwortlich macht. Therapeutisch legt Verfasser besonders Gewicht auf strenge Bettruhe; sonst symptomatische Behandlung.

Nr. 26, 25. Juni 1927.

Ueber die modernen Tendenzen in der Medizin. Annes Dias.
Das Krebsproblem vom Standpunkte der Lehre von der funktionellen Trophodynamik (Fortsetzung). A. L. Bueno.
Ueber Tuberkuloseprophylaxe. Henrique Autran.

Nr. 27, 2. Juli 1927.

* Ueber die pyramido-extrapyramidale Natur der Kontrakturen bei kapsulärer Hemiplegie. R. S. Texeira Mendes.
Das Krebsproblem vom Standpunkte der Lehre von der funktionellen Trophodynamik. A. L. Pimenta Bueno.
* Zur Behandlung der Taubheit durch auditive Nachschulung. Henrique Mercaldo.

Ueber die pyramido-extrapyramidale Natur der Kontrakturen bei kapsulärer Hemiplegie. Verfasser bringt einige Fälle von Kontrakturen bei kapsulärer Hemiplegie, welche er als sogenannte gemischte, d. i. als pyramido-extrapyramidale Kontrakturen charakterisiert, in welcher Ansicht er durch Beobachtungen anderer Autoren und ihre Erklärungsversuche bestärkt wird.

Zur Behandlung der Taubheit durch auditive Nachschulung. Die Kinesiphonie, welche ihrem Wesen nach eine Massage der Muskeln des Mittelohres ist, hat sich als ausgezeichnete Nachschulungsmethode von Gehörkranken erwiesen. Der Erfolg zeigt sich in Besserung des Gehöres, welche manchmal sogar hohe Grade erreicht, sowie in Veringerung der lästigen Ohrgeräusche und schließlich in Beruhigung der allgemeinen nervösen Erregbarkeit. Die Resultate der Kinesiphonie werden noch durch gleichzeitige Behandlung mit Diathermie, dem faradischen Strom sowie durch Verabreichung von tonisierenden Medikamenten erhöht.

Nr. 28. 9. Juli 1927.

* Ueber den Mißbrauch der Subkutantherapie. José de Mendonca.
Das Krebsproblem vom Standpunkte der Lehre von der funktionellen Trophodynamik (Fortsetzung). A. L. Pimenta Bueno.
Fall von Pseudo-pelada (Pseudalopecia areata). Brocq. Hugo P. Ribeira.

Ueber den Mißbrauch der Subkutantherapie. Verfasser bringt mehrere Fälle von unerwünschten Folgen subkutaner Injektionen und schlägt folgende Maßnahmen vor: 1. Vom subkutanen Verabreichungsmodus sind alle Substanzen auszuschließen, welche eine Gangrän oder Sklerosierung des Gewebes verursachen, ausgenommen den Fall, daß sie diese Eigenschaft verlieren, sobald sie entsprechend verdünnt werden; 2. Einhaltung strengster Asepsis; 3. Vermeidung wiederholter Injektionen in ein und dieselbe Stelle oder, wenn es nicht zu umgehen sei, ist das Abklingen der örtlichen Reizsymptome abzuwarten; 4. nur lösliche Substanzen sind zu verwenden und alle diejenigen, welche in den Geweben Depots bilden, wegen ihrer Unlöslichkeit zu vermeiden; 5. bei mageren Individuen soll die Kanüle zumindest 3 cm lang, bei Leuten mit stärker entwickeltem Panniculus adiposus nie kürzer als 5—7 cm sein, damit der Inhalt der Spritze nicht in die Fettschicht der Unterhaut entleert werde.

The Tohoku journal of experimental medicine.

46, 2., 1. August 1927.

Weitere Beobachtungen über die Unmöglichkeit, ein Kaninchenneoplasma durch zellfreies Material zu übertragen. L. Pearce und J. B. Murphy.
Ueber eine spezifische Substanz der Choleravibrionen. K. Landsteiner und P. Levine.
* Ueber experimentelle Syphilis. VII.: Wiederbeimpfung von behandelten und unbehandelten syphilitischen Kaninchen mit heterologen Ketten von Treponema pallidum. A. M. Chesney, Ch. R. L. Halley, J. E. Kemps.
Ueber Pneumokokkenwachstumshinderung. VII.: Die Beziehung von Opsoninen zur natürlichen Resistenz gegen Pneumokokkeninfektion. O. H. Robertson, R. H. P. Sia.
Ueber Oxydation und Reduktion von Immunsubstanzen. VI.: Die Reaktivierung der bakteriolytischen Tätigkeit oxydierter Pneumokokkenextrakte. J. M. Neill und W. L. Fleming.
Ueber Oxydation und Reduktion von Immunsubstanzen. VII.: Differenzierung von Tetanolysin und Tetanospasmin. W. J. Fleming.
Wirkung von Hitze auf Antikörper. F. S. Jones.
Agglutinierung durch Präzipitin. F. S. Jones.
* Lokale Progression mit spontaner Regression von Tuberkulose im Knochen[m] von Kaninchen in Beziehung zur transitorischen Anämie und Leukopenie intravenöser Impfung. Ch. A. Doan und F. R. Sabin.
Ueber Immunität gegenüber Pneumococcus mucosus (Typ III.: Wachsende Resistenz gegenüber Infektion mit Typ III bei Kaninchen d[...] Immunisierung mit R- und S-Formen von Pneumokokken. W. S. Tillett.
Ultrafiltrationsstudien. H. Zinsser und Fei-Fang-Tang.
* Natur des Toxins des Streptococcus scarlatinae. Ch. W. Duval R. J. Hilbard.

Ueber experimentelle Syphilis. Sowohl unbehandelte wie 90 T[...] nach der Infektion behandelte syphilitisch infizierte Kaninchen [...] weisen sich einer erneuten Impfung mit dem gleichen Stamm ge[...] über meist refraktär, während Infektion mit heterologen Stäm[...] der Treponema pallidum in 50% der Fälle zu neuen klinisc[...] Erscheinungen führte. Der Behandlungsschutz homologen Stäm[...] gegenüber erstreckte sich auf über 6 Monate nach Aussetzen [...] Behandlung. Ob dieses Verhalten verschiedenen Stämmen geg[...] über durch Differenzen in der Virulenz oder biologischen Varia[...] zuzuschreiben ist, bleibt unerklärt. Werden syphilitische Kaninc[...] erst spät im Verlaufe ihrer Krankheit behandelt und mit heterolo[...] Treporemastämmen infiziert, so entwickelt sich an der Impfst[...] keine lokale Reaktion, jedoch die Wassermannsche Reaktion w[...] positiv.

Lokale Progression mit spontaner Regression von Tuberkul[...] Bei intravenöser Injektion massiver Mengen boviner Tuber[...] bazillen entwickelt sich frühzeitig, etwa nach 8 bis 10 Tagen, V[...] änderungen im Knochenmark beginnend mit einer Ansammlung z[...] reicher junger Monocyten. Vom 12. bis 20. Tage entwickelt s[...] unter Zurückdrängung der normalen Fettzellen und Blutbildungshe[...] ein typisches tuberkulöses Gewebe mit Epitheloidellen, Langhanssc[...] Riesenzellen und Tuberkelbazillen. Ueberleben die Tiere die [...] fektion genügend lange, so zeigt das Knochenmark die Tendenz [...] spontaner Heilung unter Auflösung der Epitheloidzellen ohne V[...] käsung und Phagozytose der Zelltrümmer durch Closmatozy[...] Während des Stadiums des Fortschreitens der tuberkulösen He[...] im Knochenmark findet sich im peripheren Blut ein Sinken der Z[...] der Blutplättchen und der Granulozyten sowie eine Anämie, währ[...] beim Rückbildungsprozeß zunächst Blutplättchen und Hämoglo[...] rasch wieder ansteigen, während die Granulozyten allmählich [...] nehmen. Vom dritten Monat an findet sich im Knochenmark e[...] Hyperplasie der Blutbildungsherde, im peripheren Blut ein Erhe[...] der Werte für Hämoglobin, Erythrozyten und Granulozyten über i[...] Ursprungswerte. Nach etwa 100 Tagen wird das Knochenm[...] wieder normal, ungeachtet der Ausbreitung der Tuberkulose [...] übrigen Körper. Die stark variierende Zeit, die die einzel[...] Kaninchen die fast genau gleiche Infektion überleben, zeigt deutl[...] die Wichtigkeit des individuell dispositionellen Faktors bei [...] Tuberkulose.

Ueber die Natur des Scharlachstreptokokkentoxins. Die int[...] essante und, falls die Ergebnisse sich bestätigen sollten, emin[...] wichtige Arbeit soll beweisen, daß das wirksame Gift d[...] Scharlachstreptokokkus ein Endotoxin ist, [...] Kulturlysat viel mehr Toxin enthält als das Filtrat, ja daß [...] Streptokokkenkulturfiltrat nur soweit giftig ist, als es zerfall[...] Kokkenkörper enthält. Zum Vergleich benutzen Verfasser ein[...] Original-Scharlachtoxin von Dick und aus der Bauchhöhle immu[...] sierter und dann intraperitoneal geimpfter Kaninchen gewonn[...] Bakterienlysate. Standardisiert wurde das Lysat nach Dick du[...] Hauttests. (Diese Standardisierung läßt allerdings keinen siche[...] Vergleich mit dem Dicktoxin zu. Ref.) Bei einer Reihe von Studen[...] wurden nun folgende Proben ausgeführt. Es wurde durch int[...] dermale Injektionen die Neutralisierung von Lysattoxin und Filtr[...] toxin mit Immunserum von Kaninchen, die durch Lysat resp. du[...] Filtrat erzeugt wurden, sowie käuflichem Scharlachantitoxin [...] messen. Filtrattoxin wurde nur noch durch starke Verdünnung von Lysatimmunserum und käuflichem Antitoxin neutralisiert, Lys[...] toxin dagegen durch viel schwächer verdünntes Filtratserum nic[...] wohl aber durch Lysatimmunserum in gleicher Verdünnung. D[...] Lysattoxin erwies sich auch hinsichtlich der Diagnostik üb[...] Immunzustand des Menschen gegenüber Scharlach als dem Di[...] toxin überlegen. Hunde, die überhaupt gegen Scharlachtoxin se[...] empfänglich sind, zeigten nach intravenöser Einverleibung von Lys[...] toxin schon nach 4 Stunden Symptome der Toxämie, spä[...] typische hämorrhagische Nephritis, gleiche Mengen (? Ref.) v[...] Filtrattoxin blieben unwirksam. Von einer drei Tage alten Scharla[...] Streptokokkenkultur erhielten 2 Hunde das Berkefeldfiltrat, zw[...] andere den Rückstand in einer Aufschwemmung einer sterilen Sa[...] lösung injiziert. Die beiden letzten starben nach drei bzw. fü[...] Tagen unter schweren toxischen Symptomen, die ersten beid[...] blieben gesund. Immunserum von mit Filtrat behandelten Kaninch[...] enthält, zwar in geringen Mengen, sowohl Antitoxin wie Lys[...]

nunserum von mit Lysat behandelten Tieren enthält kein Lysin reichlich Antikörper. Drei Wochen alte Filtrate von Scharlach-ptokokkenkulturen enthalten nach Ansicht der Verfasser darum r Antitoxin, weil sie reicher an zerfallenen Bakterienzellen sind jüngere Kulturen und daher mehr Endotoxine aus den Bazillen-ern enthalten. Das Scharlachtoxin ist also verschieden von htherie- und Tetanustoxin.

Dr. Fritz Müller, Neukölln.

Buchbesprechungen.

E. Opitz: **Handbuch der Frauenheilkunde.** 5. Auflage in änden. 1. Band, 479 Seiten mit 179 Abbildungen, 2. Band, Seiten mit 409 Abbildungen. J. F. Bergmann, München 1927, 90 M., geb. 100 M. Nun liegt die 5. Auflage dieses ausgezeich-n Handbuches vor, das der leider viel zu früh verstorbene Ver-er noch abgeschlossen hat, dessen Erscheinen er aber nicht mehr en sollte. Die ersten Auflagen waren außerordentlich schnell riffen, ein Beweis, wie großer Beliebtheit sich das Werk er-te. Außer den bisherigen namhaften Mitarbeitern sind Seitz Gauss als neue Autoren gewonnen. Die einzelnen Abschnitte entsprechend den Fortschritten der Wissenschaft weitgehend earbeitet worden. Das Werk gliedert sich in einem allgemeinen besonderen Teil.

Die Entwicklungsgeschichte und Anatomie, von Tandler be-itet, enthält in knapper Darstellung alles Wissenswerte. In der ographie wird vor allem auf die praktische und therapeutische htigkeit unter Berücksichtigung der ursächlichen Momente, die Topographie beeinflussen, Wert gelegt. Es folgt der neu hinzu-mmene Abschnitt von Opitz über Körperverfassung und Ver-ung. Hier wird das für den Frauenarzt Wesentliche zusammen-ellt. Der noch stark umstrittene Begriff der Konstitution wird sch erörtert, ferner die Frage der Eugenik, sowie die Schilde-der verschiedenen Konstitutionstypen. Anschließend bearbeitet tz die Physiologie der weiblichen Genitalien in meisterhafter tellung. Ausgezeichnete, zum Teil mehrfarbige Abbildungen, illu-ren den Menstruationsvorgang. Den größten Raum im allge-en Teil nimmt das von Walthard bearbeitete Kapitel über Einfluß von Allgemeinerkrankungen auf den Genitalapparat ein, m die Wechselbeziehungen sämtlicher Organsysteme zu den Ge-chtsorganen besprochen werden. Die lebendige Darstellungs-e des Verfassers zeigt dem Leser eindringlich, daß die Frauen-unde als Sonderfach fest in das Gesamtgebiet der Medizin ein-ft ist. Die gynäkologischen Untersuchungsmethoden von Sell-m mit den rühmlich bekannten instruktiven Abbildungen des assers, die allgemeine Therapie, die Strahlenbehandlung und sis, letztere drei vom Herausgeber bearbeitet, beschließen den meinen Teil. Der besondere Teil ist in zwei Abschnitte ge-ert, in einen über Systemerkrankungen und einen über Organ-ankungen. Eine ausführliche Besprechung würde weit über den hen eines Referates hinausgehen. Deshalb sei unter den System-ankungen das Kapitel von Baisch über die Sterilität und das Opitz über septische Erkrankungen als besonders instruktiv hnt. Von den Organerkrankungen sind zwei Abschnitte als in-ch meisterhaft hervorzuheben. Der über Uteruserkrankungen Opitz, der in der Geschwulstfrage den heutigen Stand der enschaft wiedergibt, besonders, da gerade die Erforschung des noms zu dem speziellen Arbeitsgebiet des Autors zählte. Ferner Kapitel über die Erkrankungen der weiblichen Harnorgane von ss, das mit hervorragendem Bildmaterial versehen ist und dem eine Fülle von Anregungen bietet.

Die Ausstattung des Werkes ist ausgezeichnet, die Abbildungen zum Teil farbigen Reproduktionen werden dazu beitragen, dem zu dem verdienten Erfolg zu verhelfen.

Kosminski, Berlin.

Gerhard Hammer: **Röntgenkunde.** 213 S. Ambrosius th, Leipzig 1927. Preis brosch. 6,— RM. — So recht ein Buch den Praktiker! Die Aufgabe, welche sich der Leiter der tgenabteilung der Medizinischen Klinik Köln-Lindenburg (Dir. Rat Prof. Moritz) gestellt hat, dem praktischen Arzt, dem chen Assistenten eine kurze Orientierung über das Gebiet der öntgenkunde sowie über einzelne röntgenologische Fragen zu ben, und ihn bei der klinischen Verwertung des Röntgenbefundes, er Indikationsstellung zur Röntgentherapie zu unterstützen, hat r Verfasser ausgezeichnet gelöst. Ich halte die Röntgenkunde nners zur Zeit für das beste Werk seiner Art.

J. Kottmaier, Mainz.

Dr. med. et phil. Hans Harmsen: **Bevölkerungsprobleme Frankreichs unter besonderer Berücksichtigung des Geburtenrückganges.** Berlin, 1927. IV und 212 Seiten Text, 16 Karten und Skizzen. Kurt Vowinckel Verlag G. m. b. H., Berlin-Grunewald. — Das vorliegende Buch ist einer sorgfältigen Untersuchung der Bevölkerungsprobleme Frankreichs, des klassischen Landes des systematischen Geburtenrückganges, gewidmet. Hier ist in leichtfaßlicher Sprache der ganze Problemkomplex einer eingehenden Analyse unterworfen. Es ist anzuerkennen, daß der Verfasser von zweideutigen Schlußfolgerungen abgesehen hat, jedoch sind ihm die traurigen Konsequenzen solcher Verhältnisse klar, und er fürchtet dieselben auch für Deutschland, wenn der in der letzten Zeit festgestellte Geburtenrückgang anhält. Dies war hier allerdings schon lange vor dem Erscheinen des Harmsenschen Buches bekannt. Wir brauchen nur die im vorigen Jahrgang dieser Zeitschrift von uns besprochene Grotjahnsche Regel ins Auge zu fassen, die Prof. A. Grotjahn schon im Jahre 1921 veröffentlicht hat. Wenn jedoch der Verfasser dieser Zeilen bei jeder Gelegenheit versuchte, diese Regel zu verteidigen, so mußte er oft zur Erwiderung hören, daß es auch Frankreich, das bereits vielfach versucht hat, allerhand sozial-politische Maßnahmen zur Geburtenförderung zu ergreifen, nicht gelungen sei, sein Ziel völlig zu erreichen. Wie aber aus dem vorliegenden Buche zu ersehen ist, liegt die Ursache hiervon last not least in der psychologischen Einstellung des französischen Volkes. Es ist sehr zu bedauern, daß der Verfasser gerade an dieser Stelle nicht ausführlich genug war. Trotzdem bleibt das Harmsensche Buch eine ernste Mahnung für die zivilisierte Welt. Das Buch verdient deshalb eine recht warme Empfehlung.

M. Kantorowicz.

Krause, P. und C. Garrè: **Therapie innerer Krankheiten.** II. Band: Spezielle Therapie innerer Krankheiten. 2. neubearbeitete Auflage. Jena, G. Fischer, 1927. 758 S., mit 27 Abbildungen. 25 bzw. 27 M. — Die Zeiten sind vorüber, in denen ein Einzelner das ganze weite Gebiet der inneren Medizin übersehen konnte. Die großen Werke aus einem Guß von Wunderlich und A. Strümpell waren die letzten, freilich auch einzigartigen Zeugnisse solcher Polyiporie. Mittlerweile sind die sog. „Handbücher“ erschienen, die ihren Namen offenbar davon haben, daß sie nicht handlich sind, sondern wahre Bibliotheken darstellen. Vor ihnen kann man Voltaire's Ausruf in den lettres chinoises, indiennes et tatares verstehen: „la vue d'une bibliothèque me fait tomber en syncope.“

Da ist es ein Gebot der Stunde, das allgemeine Wissen zu komprimieren, damit der einzelne es wenigstens quantitativ bewältigen kann. Die Verdaulichkeit und Resorbierbarkeit wird durch eine kurze, klare und flüssige Darstellung befördert. Auch ein schöner Druck trägt dazu bei. Von Abbildungen hat nur C. Hirsch (Nieren) Gebrauch gemacht.

Es mag den einzelnen Bearbeitern (P. Krause, H. Winternitz, C. van Noorden, Veraguth, F. Lommel, M. Matthes, C. Hirsch, Schittenhelm) nicht leicht gefallen sein, ihr ausgedehntes Spezialwissen auf so knappen Raum zusammenzudrängen. Aber der Leser — sei es ein Anfänger oder ein Fortgeschrittener in der Kunst — weiß ihnen Dank dafür. Denn Deutlichkeit ist nicht immer das Ergebnis vieler Worte. — Der erste, schon 1926 erschienene Band (2. Aufl.) enthält die Methoden der inneren Therapie; im „Krause-Garrè“ findet man somit Auskunft bezüglich des Was? und des Wie? Die Tatsache, daß das Werk auch ins Russische, Spanische und Französische übertragen wurde, beweist, daß es nicht bloß Lokal-Patriotismus ist, es zu rühmen.

Buttersack, Göttingen.

Karl Samwer: **Hundert Jahre Gothaer Lebensversicherungsbank auf Gegenseitigkeit 1827—1927.** Gotha 1927. Eine Festschrift herausgegeben vom Verlag der Engelhard-Reyherschen Hofbuchdruckerei. VIII, 180 Seiten mit 34 Tafeln. — Solange die heutige sozialhygienische Gesetzgebung uns nur in verschwindend wenigen Fällen die Möglichkeit gibt, soziale Krankheiten, ihre Ursachen und ihre Folgen statistisch zu erfassen, bedienen wir uns für diese Zwecke der Todesursachenstatistik. Aber auch die letztere ist methodologisch noch nicht so gut ausgebaut, daß sie uns ein einwandfreies Bild liefert. Viel exaktere diesbezügliche Ermittlungen liefert uns die Versicherungswissenschaft und vor allem ihr wichtigster Zweig, die Versicherungsmedizin. Die Leistungen der letzteren, insbesondere in den letzten Jahrzehnten, sind ungeheuer. Es ist nur zu bedauern, daß die Ermittlungen nicht immer dem Gesetz der großen Zahl, dem wichtigsten statistischen Gesetz, entsprechen, da es Gruppen gibt, die nur wenige Versicherte zählen. Aber schon rein methodologisch hat die Versicherungswissenschaft direkt bahnbrechend gewirkt. Während das XIX. Jahrhundert uns

mit der Virchowschen Zellularpathologie und vor allem mit dem Aufblühen der Bakteriologie auf eine Bahn gelenkt hat, die das Problem der Konstitution und Konditon im besten Falle nur streift, haben wir es vor allem der Versicherungsmedizin zu verdanken, daß heute die Konstitutionslehre überhaupt, sowie die Lehre von der Konstitution und Kondition große Fortschritte macht. Es ist kein Zufall, daß in der groß angelegten Brugsch-Loewyschen „Biologie der Person" dem Versicherungswesen ein besonderes Kapitel gewidmet ist. Diese Erkenntnis ist, bei voller Anerkennung der genialen Leistungen der Bahnbrecher der Versicherungsmedizin, wie Emminghaus und Florschütz, aus der Praxis heraus entstanden, und besondere Verdienste hat sich die Gothaer Lebensversicherungsbank, die soeben ihr hunderjähriges Jubiläum gefeiert hat, erworben. Die vorliegende, vom Generaldirektor der Bank herausgegebene großzügige Festschrift gibt davon Kunde, durch welch lange Erfahrungen die wissenschaftliche Abteilung zur Erkenntnis der besonderen Bedeutung der Konstitution und Kondition für das Versicherungswesen gekommen ist. Besonders interessant sind in dieser Beziehung die Ausführungen des überaus verdienstvollen heutigen Vertreters der Versicherungsmedizin, Prof. Georg Florschütz, über „Die Entwicklung der Lebensversicherungmedizin an der Gothaer Lebensversicherungsbank" (Seiten 95—105 der Festschrift). Instruktiv sind ferner die Ausführungen von Fritz Fischer über „Die Sterblichkeit und die Todesursachen der ersten 10 und insbesondere der ersten 5 Versicherungsjahre unter den in den Jahren 1904—1913 bei der Gothaer Lebensversicherungsbank Versicherten" (Seiten 108—118) sowie die Ausführungen der Versicherungsmathematikers Albert Adrae über „Die Gothaer Rechnungsgrundlagen für Invaliditätsversicherung und für Leibrentenversicherung" Seiten 119—153). Was hier dargeboten wird, geht über das praktisch Versicherungstechnische hinaus. Wir brauchen wohl die Bedeutung der Sterbetafel nicht besonders hervorzuheben. Wissenswert sind auch die Ergebnisse der Untersuchungen der Bank über die Sterblichkeit ihrer Versicherten nach den Beschäftigungsgruppen. Wir bedauern sehr, nicht alle in der Festschrift angeführten Tabellen wiedergeben zu können, doch sei es uns gestattet, einige davon hier aufzuführen. (Ausführlicher hierüber vgl. S. 46—49). Setzt man die nach der allgemeinen Erfahrung der Bank zu erwartende Zahl der Todesfälle gleich 100, so starben:

Im Alter von	Aerzte	Evang. Geistliche	Kathol. Geistliche	Volksschullehrer	Gymnasiallehrer	Hochschullehrer mit Ausnahme d. Heilkunde	Hochschullehrer der Heilkunde
26—40 Jahren	128	68	78	75	66	51	97
41—55 „	114	70	104	82	79		
56—70 „	108	87	129	88	86	67	109
71—90 „	100	100	112	98	92	87	175
26—90 Jahren	110	86	113	87	114	71	83

Die höchste Sterblichkeit zeigen die Angehörigen der Alkoholgewerbe, die niedrigste dagegen die der Landwirtschaft.

Der weitblickende Begründer der Gothaer Lebensversicherungsbank, E. W. Arnoldi, hat den Satz geprägt: „Die Lebensversicherung ist nicht dazu da, die Lebensgefahr, welche den Menschen bedroht, abzuwenden, sondern nur dazu, für den durch den Tod herbeigeführten Verlust Ersatz zu schaffen." Die Bank als Unternehmen hat in ihrem hundertjährigen Bestehen nur dieses Ziel verfolgt. Die Mittel, deren sich die Bank zur Erreichung dieses Zieles und um, verständlicherweise, das Unternehmen vor größerem Schaden zu bewahren, bediente, sind ebenfalls der allgemeinen medizinischen Wissenschaft zugute gekommen, vor allem aber der Lehre der Konstitution und der sozialen Hygiene.

M. Kantorowicz.

Höhere Mathematik und doch verständlich. Eine leicht faßliche Einführung in die Differential- und Integralrechnung für Chemiker, Biologen und Volkswirtschaftler von Prof. S. P. Thompson. Aus dem Englischen übertragen von Dipl.-Ing. Klaus Clusius. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. A. Eucken. Zweite verbesserte Auflage. VIII, 248 Seiten. Leipzig, 1927. Akademische Verlagsgesellschaft m. b. H. — Auf dem letzten Internisten-Kongreß wurde über die mangelhaften biologischen Kenntnisse der Aerzteschaft geklagt. Wieviel wertvolle Abhandlungen entgehen unserer Aufmerksamkeit, weil sie mit mathematischen Formeln gespickt sind, die uns geradezu erschrecken. Diese mathematischen Formeln sind aber in der nicht so schwierig, wie sie uns auf den ersten Blick erschei Unsere Abneigung gegen diese Formeln beruht meistens auf ei Vorurteil, wie es Felix Auerbach in seiner Broschüre „Die Fu vor der Mathematik und ihre Ueberwindung" (Jena, 1924) treff bewiesen hat. Auch das vorliegende Buch ist ein Beweis da Hier wird in selten leichter und lebendiger Form alles das geboten, was für den modernen Naturwissenschaftler notwendig um die Entwicklung der Wissenschaft zu fördern oder zu verfol Es fehlt hier auch nicht an Aufgaben und ihren Lösungen. englische Originalausgabe des Buches hatte einen außergewöhnli Erfolg, so sollte zweimal im Jahr eine neue Auflage erscheinen. Erfolg des Buches ist voll berechtigt, denn die Lektüre gewährt e hohen Genuß, nicht nur wegen der leicht verständlichen Art — Mathematikbüchern ein seltener Fall —, sondern vor allem weil Wärme und Liebe, mit der dies Buch geschrieben ist, sich a unwillkürlich dem Leser mitteilt. Auch die erste deutsche Aufl war in relativ kurzer Zeit vergriffen. Es ist aber zu hoffen, daß deutsche Ausgabe der englischen nicht nachsteht und bald wi erscheint, denn wir kennen kein anderes Buch, das die Fortsch einer Reihe von naturwissenschaftlicher Disziplinen so fördern k wie das vorliegende. Wir brauchen nur die Konstitutionsforsc im Kraus'schen Sinne ins Auge zu fassen, wo die physikalis Chemie eine so große Rolle spielt, oder die Medizinal-Statistik u usw., um die Bedeutung der Kenntnisse der höheren Mathem auch für die Aerzteschaft hervorzuheben. Verlangt doch der gr Kliniker, Friedrich Müller, von jedem Arzte mathematis Vorkenntnisse.

M. Kantorowicz, Berli

Ludwig Frank: **Vom Liebes- und Sexualleben.** Ve Thieme, Leipzig. Preis 14,50, geb. 16,50 M. — Das ausgezeich Buch, das an dieser Stelle bereits ausführlich gewürdigt worden liegt nun in zweiter Auflage vor, an der nichts wesentliches ändert zu sein scheint. Der Aufgabe, die ihm gestellt ist, Ratg für Aerzte, Juristen und Erzieher zu sein, wird es in vollem M gerecht, da es kaum eine Beziehung im menschlichen Leben die hier nicht zur Sprache käme und in sachgemäßer Weise erör würde. Wenn vielleicht die eigentliche Therapie in den zwei sta Bänden etwas zu kurz kommt, so verspricht Verf. selbst, di Manko in dem neuen Werk der „Psychokathartischen Behandl nervöser Störungen" auszugleichen.

Habe

Am Lebensquell. Ein Hausbuch zur geschlechtlichen Erzieh Herausgegeben vom Dürerbund. Wesentlich erweiterte zeitgemäß umgearbeitete Auflage. 54.—63. Tausend der Gesa auflage. 1926. Dresden. Alexander Köhler Verlag. XIV. 414 Sei — Es ist dem Dürerbund zu danken, die Lösung des schwieri Problems der Sexualaufklärung der Jugend meisterhaft gefördert haben. In dem vorliegenden Buch haben mehrere Eltern, Pädago und andere uns ihre Erfahrungen hierüber mitgeteilt. Dadurch war sie die Masse der Eltern vor Fehlern und führen sie auf den richti Weg. Nach der Lektüre dieses ausgezeichneten Werkes ist sexuelle Aufklärung für die einen kein Problem, wenigstens k schwieriges Problem mehr, für andere ist sie zum dankba Problem geworden. Der Arzt wird nur Prophylaxis treiben, durch, daß er das Werk den Eltern in die Hand drückt.

M. Kantorowicz, Berli

Prof. Dr. Eugen Fischer: **Rasse und Rassenentsteh beim Menschen.** Wege zum Wissen. Bd. 62. 138 Seiten. Be Verlag Ullstein.

Dr. Adolf Heilborn: **Darwin. Sein Leben und seine Le** Wege zum Wissen. Bd. 70. 135 S. Berlin. Verlag Ullstein.

Die erstgenannte Schrift des jetzt nach Berlin berufenen kannten Anthropologen ist eine überaus klar geschriebene Einführ in die Rassenlehre. Dr. Adolf Heilborn gibt uns eine temperam voll geschriebene Darwin-Biographie sowie eine Darstellung sei Lehre. Die beiden Büchlein verdienen trotz ihres populären C rakters doch die Beachtung der Aerzteschaft.

Dr. Berthold P. Wiesner: **Das Problem der Verjüng** Wege zum Wissen. Bd. 63. Berlin. Verlag Ullstein. — Was für Unfug mit diesem Thema getrieben wird, braucht an dieser St nicht besonders erwähnt zu werden. — Im Gegensatz zu den meis anderen Schriften, die sich mit dieser Frage beschäftigen, vers das vorliegende Büchlein stets objektiv zu bleiben und jede Ue treibung nach beiden Richtungen hin sind vermieden worden. Hi liegt sein großes Verdienst.

M. Kantorowicz, Berli

---

[1]) „Indessen . . . haben die praktischen Aerzte diesen Begriff („Konstitution") weniger außer acht gelassen als die bücherschreibenden Kliniker" (H. van der Bergh u. S. van Henkelom: Einige Bemerkungen über Lebensversicherung und Konstitution in „Lebensversicherungsmedizin", übersetzt von A. Hähner. Berlin 1925. Seite 53).

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
erlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854
UMMER 38 BERLIN, DEN 23. SEPTEMBER 1927 45. JAHRGANG

Originalien.

Falsche und richtige Wege bevölkerungspolitischer Gesetzgebung.

ortrag, gehalten auf dem Gautage Schlesien des Reichsbundes der Kinderreichen, Bunzlau, 29. 5. 1927.)

Von
Dr. Albert NIEDERMEYER, Schönberg O.-L.

Zwei Feinde bedrohen den Bestand unseres Volkes: Der Ge-tenrückgang und die Entartung der Rasse. Die Geschichte lehrt, durch diese beiden Faktoren bisher stets der Untergang von turvölkern herbeigeführt worden ist. — Die Erscheinung des lkertodes" ist keine unbedingte Naturnotwendigkeit, vielmehr sie sich weitgehend verhüten, wenn man nur den beiden eben annten Faktoren entgegensteuern kann.

In diesen wenigen grundlegenden Erkenntnissen liegen alle bleme der „Bevölkerungspolitik" begründet.

Der Geburtenrückgang stellt einen Rückgang der Bevölkerungs-hl dar, also eine Einbuße an Quantität.

Die Rasseentartung stellt einen Rückgang des Bevölkerungs-rtes dar, also eine Einbuße an Qualität.

Der Geburtenrückgang ist in erster Linie ein Problem der zialen Hygiene, die Rasseentartung ein Problem der Rasse-iene. Dies gilt freilich nicht ausschließlich, vielmehr nur über-gend. In Wirklichkeit findet gerade in diesen Fragen eine enseitige Durchkreuzung beider Wissenschaften, der Sozial-iene und der Rassehygiene statt. Beide lassen sich gerade nicht scharf voneinander trennen. Jeder Versuch, die Ge-tspunkte einer dieser beiden Wissenschaften ausschließlich und eitig durchzuführen, wird zur Fehlerquelle.

Es handelt sich um eine falsche Fragestellung, wenn ein ensatz zwischen diesen beiden Wissenschaften konstruiert wird. larf nicht heißen: Sozial- oder Rassenhygiene, sondern beide senschaften müssen in ihren Erkenntnissen zusammenwirken.

Auf dieser Basis werden wir den Weg zu einer richtigen Be-erungspolitik finden.

Wir werden den Begriff der „Bevölkerungspolitik" dahin for-eren, daß darunter die Summe aller vorausschauenden Maß-nen zur Erzielung optimaler, d. h. möglichst günstiger pflanzung des Volkes zu verstehen ist. — Nach dem Verhält-des Energieaufwandes zur erzielten Leistung, dem Nutzeffekt, nen wir auf diesem Gebiet unterscheiden:

ein Minimal-Programm: geringer Energieaufwand — geringe Leistung;
ein Maximal-Programm: größte Leistung bei großem Aufwande von Energie;
ein Optimal-Programm: größte Leistung bei geringstem Energieaufwande.

Geburtlichkeit und Sterblichkeit sind die Haupt-oren der Bevölkerungsbewegung. Je nach deren Verhältnis an wir den Zustand des Gleichgewichts (Stillstandes), der zu-nenden oder abnehmenden Bevölkerung. — Eine bedeutende e spielt dabei die Säuglingssterblichkeit, — freilich dank den schritten der Hygiene bei weitem nicht mehr so, wie früher.

Ferner sind von Bedeutung die Begriffe: Volksvermehrung und rungsspielraum. Kein Land kann eine größere Bevöl-ung ertragen, als es zu ernähren vermag. Uebervölkerung führt notgedrungen zum Bedürfnis nach Expansion, zu Auswanderungen oder zu Kriegen. Fehlt ein „Sicherheitsventil", so erzeugt der Ueberdruck im Innern Not, Krisen, Arbeitslosigkeit, Lohndrückerei, Verarmung und Unruhen.

Untervölkerung hingegen wirkt wie ein „Saugschwamm" und zieht volks- und landfremde Arbeitskräfte ins Land, die binnen kurzem den einheimischen Kräften die Existenz wegnehmen. Es ist ein ganz verhängnisvoller Irrtum, zu glauben, durch Untervölkerung könnte die wirtschaftliche Lage eines Volkes gebessert werden.

Das Gegenteil ist der Fall. Die Untervölkerung führt gleichfalls zum wirtschaftlichen Verfall, darüber hinaus aber zur völligen kulturellen Auflösung einer Volksgemeinschaft.

Wir können diese Erkenntnisse auch in die kurze Formel fassen: bei Uebervölkerung ist ein positiver, bei Untervölkerung ein negativer Bevölkerungsdruck vorhanden.

Wir erkennen so immer deutlicher die Aufgabe der Bevölkerungspolitik: ein richtiges Verhältnis, eine optimale Relation aller Faktoren herzustellen.

Welche Wege zu diesem Ziele nun für die richtigen gehalten werden, darüber bietet die Wissenschaft aus dem Grunde noch keine allgemein gültigen und unerschütterlich feststehenden Normen, weil auf diesem Gebiete die Erkenntnis in hohem Maße beeinflußt wird von der persönlichen Weltanschauung, also von einem wissenschaftlich überhaupt nicht erfaßbaren Moment. Schon die verschiedenen Lehrmeinungen der Nationalökonomie lassen ganz verschiedene bevölkerungspolitische Einstellungen erkennen. Naturgemäß schwankt diese auch nach dem jeweiligen geschichtlichen Zustande und dem tatsächlich für ein Volk vorhandenen Nahrungsspielraum. — Das Merkantilsystem, dem der „Mensch als der größte Reichtum des Staates" gelten muß, stellte sich anders zu den Fragen der Bevölkerungspolitik, als etwa die Schule der „Physiokraten" oder gar die Lehre von Malthus, der von der Annahme ausging, daß sich die Nahrungsmittel nur in arithmetischer Progression, die Bevölkerung aber in geometrischer Progression vermehre, somit notgedrungen bei weiterer Zunahme Hungersnot eintreten müsse! — Ein manchesterliches Industriesystem, das eine „Reservearmee von Arbeitslosen" braucht, wird für ungehemmte Vermehrung gerade im Arbeiterstande eintreten, womit die Ausbeutung des letzteren unerträgliche Grade erreichen kann. — Man hat den „Kapitalismus" und den „Militarismus" angeschuldigt, daß sie die Frau zur „Gebärmaschine" machen, um zahlreiche Nachkommenschaft durch mörderische Arbeit und Krieg verkommen zu lassen. — Der Sozialismus hat zum Teil die Lehren von Malthus aufgegriffen und in Abwehr des Ausbeutungssystems der Industrie Geburteneinschränkung gepredigt, in der Meinung, dadurch die Lage der Arbeiterschaft zu bessern. Hingegen haben führende Sozialisten schon lange erkannt, daß der Sozialismus nicht notwendig Geburteneinschränkung zu fordern brauche, ja man hat sogar die Malthussche Lehre direkt als dem Sozialismus feindlich erklärt und betont, in einem sozialistischen Staatswesen mit der entsprechenden Wirtschaftsform könne die Produktion so gesteigert werden, daß die Erde Raum für alle habe. Außerdem sei gerade das Proletariat (von proles = Nachkommenschaft) zur Erlangung der Macht auf Masse angewiesen.

Erwähnt sei hier noch, daß von den christlichen Konfessionen der Katholizismus am konsequentesten seine bevölkerungspolitischen

Anschauungen durchgeführt hat, die darin gipfeln, daß jeder Versuch des Menschen, auf andere Weise als durch sexuelle Enthaltsamkeit die Fortpflanzung zu regeln, unsittlich und sündhaft sei.

Wir sehen also, in wie hohem Maße die Einstellung zu den Fragen der Bevölkerungspolitik von der Weltanschauung abhängig ist.

Eine sehr wichtige Hilfswissenschaft der Bevölkerungspolitik ist die Statistik. Diese gibt uns vor allem für unsere Zwecke Auskunft über den Altersaufbau der Bevölkerung. Normalerweise würde dieser in Gestalt einer Pyramide darzustellen sein, die unten, in den jüngsten Jahrgängen, am breitesten ist, und sich gleichmäßig nach oben zuspitzt. Die ältesten Altersklassen stellen die dünne Spitze dar. — Wer den gegenwärtigen Altersaufbau unserer Bevölkerung studiert, dem kann es nicht entgehen, daß wir eine völlige anormale Altersklassenbesetzung, also eine unnatürliche Bevölkerungszusammensetzung haben. Abgesehen von dem durch die Kriegsjahre bedingten Wegsterben der rüstigen Männer und dem Ausfall der Geburten in den Kriegsjahren haben wir jetzt, nachdem die ältesten Jahrgänge durch Entbehrungen, Epidemien usw. in den ersten Nachkriegsjahren ausgemerzt sind, auch eine rapide Abnahme der Geburten, so daß die untersten Jahrgänge nicht mehr die breiteste Basis der Pyramide darstellen. Damit Hand in Hand geht eine unnatürlich geringe Sterblichkeit, weil z. Zt. die Altersklassen fehlen, die an der Sterblichkeit am meisten beteiligt sind. Nur dadurch überwiegt bei uns noch die Geburtenzahl über die Zahl der Todesfälle! Mit Recht sagt Grotjahn, daß der Einsichtige an den Gründen unseres gegenwärtigen Geburtenüberschusses keine Freude haben kann; daß vielmehr in wenigen Jahren der wahre Jammer unseres Geburtenrückganges dem Gleichgültigsten offenbar werden muß!

Interessant ist auch die Darstellung des Bevölkerungsaufbaues nach der sozialen Schichtung. Auch hier kommt die Form einer Pyramide zu Stande. — Es gelingt leicht nachzuweisen, daß der Nachwuchs in den verschiedenen Klassen ungleich groß ist. Das Aussterben beginnt in den höheren Schichten. Fahlbeck hatte bereits auf den Untergang des schwedischen Adels hingewiesen. — Mit diesem Aussterben der Tüchtigsten und Erfolgreichsten verbindet sich zweifellos in einem gewissen Sinne das, was man „Verpöbelung der Rasse" (besser „Entedelung" nach dem Vorschlage von Thomsen) genannt hat. Nur so lange die Tüchtigen aus einem reichen Vorrat von Volkskraft aus den unteren Schichten vermöge der „sozialen Kapillarität" (Dumont) emporsteigen können, ist keine Gefahr zu befürchten. Wenn aber dieses Reservoir der Volkskraft durch das ständige Herausziehen seiner besten Kräfte verarmt und sich rassisch erschöpft, dann ist die Gefahr der Rassenentartung unmittelbar gegeben: Die Edleren sterben aus, die Minderwertigen vermögen sich ungehemmt fortzupflanzen. Die Folgen kann man sich selbst ausmalen.

Die heute einander gegenüberstehenden Meinungen sind zum Teil noch durchaus ungeklärt. So kommt es, daß wir heute auf bevölkerungspolitischem Gebiete zum größten Teil selbst nicht wissen, was wir wollen. Unser gegenwärtiges Jahrhundert wurde begonnen mit dem Schlagworte vom „Jahrhundert des Kindes". Man sprach sogar von einem „Schrei nach dem Kinde", dem „Rechte auf das Kind" das auch für die Unverehelichte vindiziert wurde! — Jetzt ist an Stelle dieser Schlagworte, die niemals zu wirklich brauchbaren Taten geführt haben, eine geradezu hysterische Angst vor dem Kinde getreten!

Wir müssen aber sachlich zu der Frage Stellung nehmen: Bedroht unsere Kulturstellung zur Zeit mehr der Geburtenrückgang oder die Uebervölkerung? Man hat auch für die letztere Ansicht eine Reihe von Gründen ins Feld geführt, die vor allem sehr einleuchtend scheinen und aus dem Grunde gern Glauben finden, weil sie den egoistischen Interessen der Menschen weit mehr entgegenkommen als eine Lehre, die Opfer fordert im Interesse der Art! So hat man die gegenwärtige Ueberfüllung aller Berufe, die Arbeitslosigkeit, die Wohnungsnot, die Wirtschaftskrisen usw. als Symptome einer ernsten Uebervölkerung gedeutet. In der Tat sprechen diese Symptome scheinbar wirklich im Sinne dieser Annahme. Allerdings nur bei oberflächlicher Betrachtung. Wir haben daher zunächst eine Vorfrage zu prüfen: Leiden wir in der Tat an einem Zuviel an Bevölkerung, oder scheint dies bloß so infolge der ungünstigen Wirkungen des verlorenen Krieges, der Einengung unserer Grenzen, des Verlustes der Kolonien, der wirtschaftlichen Notlage usw. Mit anderen Worten: Haben wir es mit einer absoluten oder bloß einer relativen Uebervölkerung zu tu[n], d. h. mit einem Zuviel an Menschen lediglich im Verhältnis zu d[en] augenblicklich zur Verfügung stehenden Existenzbedingunge[n].

Vollständig im Sinne von Malthus bejahen die Frage d[er] Uebervölkerung Autoren, wie Margaret Sanger, Clara Bend[er] und andere mehr. Auffallend ist der starke Anteil weiblicher A[u]toren in dieser Richtung.

Einen entgegengesetzten Standpunkt vertritt und begrün[det] Grotjahn, der bereits oben erwähnt ist. Er, sowie Thoms[en] betonen eindringlichst, daß Geburtenrückgang kein Mittel geg[en] Arbeitslosigkeit sein könne. Sehr wertvoll sind die entsprechend[en] Studien, die Harmsen an Frankreichs Beispiel gemacht hat. Au[ch] Wieth-Knudsen, Grant, Stoddard u. a. m. bekämpf[en] den Geburtenrückgang, vor allem mit Rücksicht auf das imm[er] verderblicher sich auswirkende Aussterben der nordisch[en] Rasse. — Bedeutsam ist eine Aeußerung eines der berufenst[en] Kenner, Aereboe, daß durch Steigerung der Produktion die Er[de] weitaus mehr Menschen ernähren könne, als es jetzt der Fall ist. Es ist im Grunde genommen die Frage, ob man sich zur Bejahu[ng] des Daseins, zur Behauptung der völkischen Existenz, zum Kultu[r]optimismus bekennen will, oder ob man dem Pessimismu[s] verfällt, der keinen Ausweg mehr sieht, als Geburtenbeschränku[ng] und damit den Verzicht der Rasse auf Leben.

Unsere Losung muß also lauten: Vermehrung produktiver A[r]beit, nicht Verminderung der Menschenzahl!

Wie sehr gegenwärtig die lebensverneinenden Kräfte die Ob[er]hand zu gewinnen drohen, selbst in einem so tatkräftigen Volke, w[ie] dem englischen, beweist deutlich die Tatsache, daß trotz der groß[en] Arbeitslosigkeit in England sich kaum in nennenswerter Zahl d[ie] dringend benötigten Kolonisten für Rhodesien finden woll[en]. Man zieht es vor, das Elend der Heimat zu ertragen, als durch T[at]kraft und Entbehrung neues Land zu schaffen! — Die Bill Buc[k]master und die Lehren Margaret Sangers stehen auf gleich[er] Linie, besonders wenn letztere entrüstet die Tatsache bestreit[en] will, daß die Einschränkung der Geburten zum Rasseselbstmo[rd] führt.

Eine weitere wichtige Vorfrage, die zu lösen ist, ehe wir d[en] richtigen Wege bevölkerungspolitischer Gesetzgebung von d[em] falschen zu unterscheiden vermögen, ist die, ob wir alle Mensch[en] für gleichwertig oder für verschiedenwertig, wenigstens hinsichtli[ch] ihres Rassewertes zu halten haben. In einem Falle würden wir [zu] einer rücksichtslosen rein zahlenmäßigen Wertung gelangen, [im] anderen zu einer Wertung der Qualität. Es wird jetzt oft d[as] Wort „Minderwertigkeit" gebraucht und noch öfter mißbrauc[ht]. Ein häufiger Denkfehler, dem nicht scharf genug entgegengetre[ten] werden kann, ist der der Gleichstellung von Armut mit Minde[r]wertigkeit. Gewiß werden die wertvolleren Elemente unter gleich[en] Bedingungen auch die erfolgreicheren sein. Wir müssen uns a[ber] davor hüten, die Bedeutung des Milieus, in das der Mensch hine[in]geboren wird, zu verkennen und zu übersehen, welch schw[ere] Hemmnisse des äußeren Erfolges selbst für den Tüchtigsten [in] sozialen Verhältnissen liegen können. „Proletariat" und „Minde[r]wertigkeit" gleichzusetzen, ist nur dann berechtigt, wenn man un[ter] dem Worte „Proletariat" nur die Hefe des Volkes verstehen will u[nd] dieses Wort nicht (unzulässigerweise!) auf die Gesamtheit d[er] werktätigen Bevölkerung ausdehnt.

Es tritt uns hier auch die verantwortungsschwere Frage e[nt]gegen ob der Aufstieg aus den unteren in die oberen sozial[en] Schichten begünstigt werden soll. Auf der einen Seite bedürf[en] wir an verantwortlicher Stelle der wirklich tüchtigen Kräfte, gleic[h]viel, woher sie stammen („Freie Bahn dem Tüchtigen!") — a[uf] der anderen Seite erleben wir die Gefahr der Verarmung der ha[nd]arbeitenden Stände an Intelligenzen durch das Herausziehen d[er] Tüchtigsten in die gelehrten Berufe und in diesen die Bildung d[es] „akademischen Proletariats"; außerdem das fast zwangsläufi[ge] Absterben dieser Stämme, sobald sie in die oberen Schichten gela[ngt] sind, das „Abbrechen der Spitze". Die „soziale Kapillarität" D[u]monts hat ihre zwei Seiten. Hört die breite Masse des Volk[es] auf, ein unerschöpfliches Reservoir der Volkskraft zu sein, da[nn] wird der Vorgang höchst bedenklich. Durch Verfall aller Führ[er]eigenschaften muß dann der Vorgang der „artlichen Erschöpfun[g]" eintreten.

Hier erkennen wir die ganze Bedeutung d[es] Problems der kinderreichen Familien, besonde[rs] bei den tüchtigen Erbstämmen!

Nicht umsonst hat Bertillon geäußert, daß nur aus einem ßen Vorrat an Quantität die Auslese und Aufzucht wirklich ıtiger und hervorragender Qualität möglich ist („pour avoir la lité il faut avoir la quantité"), vgl. auch Kober.

Es ist das besondere Verdienst von Thomsen, nachdrücklich die ungeheuere bevölkerungspolitische Bedeutung der kinderhen Familien hingewiesen zu haben.

Brüggemann betont, daß wir auch jetzt noch im Stande en, genügend Führereigenschaften in unserem Volke zu züchten lge glücklicher Verkoppelung der noch ausreichend vorhandenen n Erbstämme, wenn nur in diesen Erbstämmen genügend Kinder ugt werden!

Nach diesen allgemeinen Vorbetrachtungen wenden wir uns den gaben der Bevölkerungspolitik zu, wie sie sich uns auf Grund er Erkenntnisse darstellen.

Eine rein quantitative Bevölkerungspolitik würde ohne ksicht auf andere Momente lediglich nach großer Bevölkerungsıl streben, ausgehend von der Auffassung, daß alle Menschen chwertig seien. — Diese Voraussetzung müssen wir schon auf nd wissenschaftlicher Erkenntnisse als irrig bezeichnen. — Ein „naiver Fortpflanzungstypus" (Grotjahn), der die Verrung lediglich durch die natürliche Fruchtbarkeit bestimmen läßt, de in unserer gegenwärtigen Kultur undenkbar sein und tatlich gar bald die Lehren von Malthus als Reaktion gegen e Auffassung auf den Plan rufen.

Wir müssen uns auch vergegenwärtigen, daß eine enorme blichkeit bald den Ausgleich zu schaffen einsetzen würde. Es t keinen Wert haben, wenn eine Frau ein Dutzend Kinder ge-, von denen vielleicht drei am Leben bleiben. Mit Recht spricht fferscheid in diesem Falle von „unfruchtbarer Fruchtbar-". Die Forderung solcher nutzloser Geburten würde den Gegnern Volksvermehrung nur zur erwünschten Kritik Anlaß geben. muß Margaret Sanger Recht gegeben werden, wenn sie daß es Verschwendung von Frauenkraft bedeute, wenn die er nur für den Kirchhof geboren werden. Nur so kann sie sich ler weiteren Behauptung versteigen, Kinderreichtum sei „unıtwortlich". Wir müssen aber einem Irrtum entgegentreten: findet sich denn in Wirklichkeit dieser „rein naive Fortzungstypus"? — Er stellt in der Tat nur eine theoretische truktion dar und Grotjahn betont sehr richtig, daß es ihn iner Form vielleicht nie und nirgends gegeben habe.

Gegen die als Popanz an die Wand gemalten fürchterlichen en solcher „naiver Fortpflanzung" (Seuchen, Hunger, Krieg, erwanderung!) richten sich nun die Bestrebungen einer Richn der Bevölkerungspolitik, die ich als „restriktive" Bellrungspolitik bezeichnen möchte; sie verkehrt die Bestrebungen quantitativen Bevölkerungspolitik ebenfalls rein quantitativ in Gegenteil: negativ quantitative Bevölkerungspolitik mit der ng: möglichst wenig.

Als Schlagwort wird hier gebraucht und noch mehr mißbraucht Ausdruck „Rationalisierung" der Geburten („Geburtenregelung", rn control"). Ein fragwürdiger „Wille zum Kinde" tritt ran Stelle der „natürlichen Fruchtbarkeit".

n Wirklichkeit erscheint mir als Triebkraft dieser restriktiven lkerungspolitik der Nicht-Wille zum Kinde, die Flucht vor Kinde und der damit bedingten Verantwortung! Denn wenn ständig das Ein- und Zweikindersystem gepredigt wird, ja sor die Ehe ohne Kinder als eine berechtigte Form der Ehe beicıet wird, dann kann man wohl kaum mehr von einem „Willen m Kinde" sprechen. Die Folgen dieser Systeme für die Belkrungspolitik haben wir noch deutlicher ins Auge zu fassen.

ie tieferen Wurzeln dieser Auffassung sind eine ganz falsche ellung zur Frage des Nachwuchses und der elterlichen und schen Pflichten überhaupt. Sie beruhen einerseits in Selbstl und Scheu vor Verantwortung, dann aber in einer falschen ea und Zielsetzung gewisser Richtungen der Frauenbewegung e den Schlagworten „Befreiung der Frau", „Gebärzwang" bzw. eirmaschine" usw. — Verderblich hat auch hier die durch die rialisierung bedingte außerhäusliche Erwerbsarbeit der Frau wkt. Sie hat den Boden für die bereitwillige Aufnahme dieser hen vorbereitet.

as ist nicht mehr „Bevölkerungspolitik" — das ist nur noch vlkerungsfeindliche Politik. Zwei Aussprüche mögen diese ellung beleuchten:

„Der Mensch wird sich ebensowenig von seinen Kindern, wie von Löwen, Bären und Wanzen auffressen lassen" (Brupbacher).

„Den Finsterlingen muß man zurufen: Ihr habt ja gar nicht das Recht das Volk an der Erfüllung seines Willens zu hindern, und sei es auch der Wille zur Selbstvernichtung" (Winkler).

Wie kann wohl Margaret Sanger angesichts solcher Aeußerungen noch die tatsächliche Gefahr des Rasseselbstmordes bestreiten?

Der eingangs geschilderten rein quantitativen Bevölkerungspolitik haben wir nun eine rein qualitative Richtung gegenüberzustellen. Sie geht aus von der grundsätzlichen Verschiedenheit des Rassewertes der Menschen und folgert: nicht möglichst viel, auch nicht möglichst wenig, sondern möglichst gut und wertvoll; nicht Quantität, sondern Qualität. Diese Gedankengänge finden viel Anklang, besonders die Redewendung: „Ihr sollt euch nicht fort-, sondern hinaufpflanzen" (Nietzsche). Daß die Vererbungslehre die Möglichkeit eines Hinaufpflanzens selbst sehr fraglich erscheinen läßt, — da eine Vererbung erworbener Eigenschaften nicht in Frage kommt — wird wenig berücksichtigt. Es gibt Optimisten, die geradezu von einer Menschenzüchtung (Dupré) sprechen.

Selbstverständlich ist es eine der wichtigsten Aufgaben der Eugenik, soweit als möglich an einer Verbesserung der Rasse zu arbeiten. Die Bekämpfung der Entartung wird sich kaum auf einem anderen Wege als dem der Auslese ermöglichen lassen, — wobei Voraussetzung ist, daß die soziale Fürsorge auch die Milieuschäden als Quelle der Schädigung beseitigt!

In der Praxis wird ein Ausmerzen der Minderwertigen stets großen Schwierigkeiten begegnen. Die Deportation hat keine günstigen Ergebnisse gezeitigt, die Asylierung wird — wohl mit Unrecht — als ein zu teures Hilfsmittel bezeichnet. Gegen die Sterilisierung, besonders in der Form, wie sie Boeters („Lex Zwickau") vertrat, werden ernste sittliche Bedenken geltend gemacht. — Die Sterilisierungsgesetze in nordamerikanischen Staaten haben auch wohl kaum in dem Maße günstige Ergebnisse gehabt, wie sie ihnen z. B. von G. v. Hoffmann nachgerühmt werden. — Ernstlich in Frage kommen könnte die Kastration schwer asozialer Verbrecher, besonders Sexualverbrecher, vor allem als Heilmittel im Sinne von Pietrusky. — Eine „Vernichtung unwerten Lebens" als bevölkerungspolitische Maßnahme müssen wir aus sittlichen Gründen grundsätzlich ablehnen. (Vgl. Binding-Hoche, dagegen Meltzer.) Auch gegen die sogen. „eugenische Indikation" zur Schwangerschaftsunterbrechung liegen immer noch so ernste Bedenken vor, daß wir sie als allgemeines Mittel qualitativer Bevölkerungspolitik nicht anerkennen können.

Bezüglich der „eugenischen Indikation" muß überhaupt gesagt werden, daß selbst dann, wenn die Vererbungslehre eine hinlänglich sichere Prognose gestatten wird, praktische Eugenik nie in der Form in Frage kommen kann, daß es dem einzelnen Arzt überlassen bleibt, ob er eine solche Indikation stellen will und kann oder nicht. Vielmehr ist dann der einzige Weg der einer allgemein verbindlichen eugenischen Spezialgesetzgebung, die keine Ausnahme und keine Willkür zuläßt. Nur eine solche kann als bevölkerungspolitische Maßnahme in Frage kommen; für eine „Partialeugenik" kann neben ihr dann kein Platz mehr sein.

Einstweilen muß die praktische Eugenik sich in erster Linie mit der Aufgabe der Eheberatung begnügen. Das ärztliche Heiratszeugnis kann mit der Zeit eine nicht unbeachtliche Rolle in der qualitativen Bevölkerungspolitik spielen. Freilich wird die Wirkung dieser Maßnahme stets ihrer Natur nach eine schwächere und unvollkommenere sein müssen.

Die praktische Eugenik steht also einstweilen noch auf einem schwachen Fundament, vor allem deswegen, weil die Vererbungslehre doch nur in verschwindend kleiner Zahl von Fällen eine sichere Vorhersage zuläßt.

Immer wieder müssen wir aber betonen: Eine rein auf Qualität abgestellte Bevölkerungspolitik begeht gleich schwere Fehler, wie die rein quantitative. Vor allem übersieht sie ganz die Bedeutung der großen Zahl, also der Quantität für die Auslese. (Vgl. den oben erwähnten Ausspruch von Bertillon!) — Sie übersieht, daß dem Geburtenrückgang infolgedessen eine eminent kontraselektorische Bedeutung innewohnt: daß er also, anstatt die Qualität zu heben, die Rasse in der Gesamtheit verschlechtert.

Rein qualitative Bevölkerungspolitik kann sogar geradezu als Deckmantel für bevölkerungsfeindliche Restriktivpolitik dienen. Sie

nimmt dann den Charakter einer Schein-Eugenik an und führt zu einer schädlichen Umdeutung und Umbiegung richtiger eugenischer Lehren. In den Arbeiten von M. Sanger und Bender muß ich Ansätze zu einer solchen Schein-Eugenik erblicken.

Bevor wir unsere Lehren aus diesen Betrachtungen ziehen, sei es gestattet, an zwei Beispielen zu zeigen, wie sich in der Praxis die Gesetzgebung ausnimmt. Die gewählten Beispiele betreffen zwei Staaten von diametral entgegengesetzter Auffassung: Frankreich und Rußland.

Frankreich erkannte nach 1870 im Geburtenrückgang seinen größten Feind. Es zog daraus die Lehre: Schaffung einer bevölkerungspolitischen Gesetzgebung mit dem Ziele möglichster Hebung der Bevölkerungszahl. Frankreich mußte so handeln, ihm blieb kaum ein anderer Weg übrig. Der negative Bevölkerungsdruck legte in der Tat den Gedanken einer „deutschen Gefahr" nahe; man übersah freilich, daß mehr noch, als durch diese, Frankreich durch „Umvolkung" und „Unterwanderung" von Seiten seines italienischen Nachbarn bedroht ist. (Vgl. Harmsen.) Eine bedenkliche Erscheinung ist die Ueberfremdung der Armee, nicht so sehr durch die Fremdenlegion, als durch die kolonialen Hilfstruppen. Frankreich ging bei seinen in dieser Lage an sich richtigen Bestrebungen, um jeden Preis die Zahl zu heben, nicht immer ganz zweckmäßig vor. — Es gewährte Kinderzulagen, Prämien für Kinderreiche, vor allem hat es das System der direkten Staatshilfen. Das ist der größte Fehler seines Systems. Lenz befürchtet, daß das System Frankreichs, das nur die Zahl zu heben sucht, zur Vermehrung des Pöbels und der Unterwertigen führen müsse.

Einen beachtenswerten Gedanken vertritt die lex Delachenal, die auch die Vermehrung der besser situierten Kreise zu fördern sucht. Dazu kommen noch einige Hilfsmittel zur moralischen Unterstützung der Kinderreichen, so das nach dem Vorschlage von Roulleaux de Gage vorgesehene Familienrecht („vote familial"), die „médaille de la famille francaise", der „Tugendpreis" („prix de la vertue") usw.

Der Erfolg der französischen Gesetzgebung ist freilich bisher ein wenig ermutigender. — Freilich muß man auch bedenken, daß der Artikel 340 des Code civil („la recherche de la paternité est interdite") nicht gerade für die Bestrebungen der französischen Bevölkerungspolitik förderlich ist.

Ob die scharfe Kritik von Lenz berechtigt ist oder nicht doch übers Ziel hinausschießt, wage ich nicht zu entscheiden. — Jedenfalls gibt ein Wort von Clémenceau zu denken, der einmal sagte, das ganze Unglück Frankreichs leite sich davon her, daß es in Wahrheit keine führenden Klassen besitze. — Ein warnendes Exempel!

Einen völlig entgegengesetzten Weg ging die Gesetzgebung der russischen Sowjetrepublik. — Die Voraussetzungen waren in diesem Lande freilich ganz andere als in Frankreich. Ein weites, meist dünnbevölkertes Land mit geringer Bevölkerungsdichte, trotzdem relativ übervölkert infolge unzulänglicher Produktion bei großer natürlicher Fruchtbarkeit, trotz aller noch so reichen Bodenschätze. Die Bevölkerung in kultureller Hinsicht vielfach äußerst rückständig. — Ein „naiver Fortpflanzungstypus" vielfach noch angedeutet. Die Massen durch Hungersnöte und Seuchen leicht der Dezimierung preisgegeben.

In diese Verhältnisse kam als Sauerteig die Lehre des Bolschewismus und mußte hier einen unvergleichlichen Nährboden der revolutionärsten Gärung vorfinden. Der Sozialismus sollte hier seine Verwirklichung in seiner theoretisch reinsten Form finden. — Die beiden Grundsäulen der „bürgerlichen" Kultur: Privateigentum und Familie wurden naturgemäß zunächst erschüttert. — Insbesondere bemühte sich die sowjetrussische Familiengesetzgebung, die Familie, die ihr vor allem als Grundlage des „Kapitalismus" erschien, zu zertrümmern. Die Familie sollte nicht mehr die „Keimzelle des Staates" darstellen. — Eine solche Gesetzgebung müßte, wenn sie in der Praxis bis in ihre letzte Konsequenzen durchführbar wäre, nicht nur die Familie, sondern die ganze menschliche Gesellschaft zertrümmern, sie wäre also nicht nur afamilial, sondern asozial, und führte zur Anarchie; und da Anarchie im Grunde das direkte Gegenteil von Sozialismus ist, so liegt hier einer der tiefsten Widersprüche, in die die Theorie des Sozialismus immer mit den Tatsachen der Praxis gerät.

Man hat hier ganz besonders das Schlagwort von der „Befreiung der Frau" auf die Fahnen geschrieben. Die Frau sollte keine „Gebärmaschine" mehr sein. — Interessant ist übrigens, daß da[s] uns noch bisweilen hörbare Schlagwort vom „Gebärstreik" völlig verschwunden ist. Ja, die Sowjetgesetzgebung hat den [Be]griff der „Mutterschaft als wichtigster sozialer Funktion der F[rau] aufgestellt und treibt eine intensive Propaganda für freiw[illige] Mutterschaft und Ueberwindung des freigegebenen Abortus. Si[e ist] bestrebt, die Freigabe des Abortus durch einen weit ausgeba[uten] Mutter- und Kindesschutz ihrer schädlichen Wirkung zu entkle[iden]. Dem gleichen Zwecke dient auch die Bestimmung, daß der Ab[ortus] nur in staatlich konzessionierten oder öffentlichen Kliniken [ein]geleitet werden darf. — Es ist unnötig zu erwähnen, daß in [Ruß]land der Mutterschutz schon aus dem Grunde wirksamer [sich] äußern kann, weil dort jeder rechtliche Unterschied zwischen [legi]timen und illegitimen Kindern aufgehoben ist, wie es ja auch [keine] Unterschiede zwischen einer registrierten Ehe und einem f[reien] Verhältnis hinsichtlich der Rechtswirkung gibt.

Es muß aber trotzdem einer tief in der menschlichen Natu[r be]gründeten Anlage entsprechen, wenn auch trotz so grundstürze[nder] Gesetze in Rußland deutlich die Tendenz einer rückschlägigen [Ent]wicklung zu Tage tritt und das Bedürfnis nach Reinheit und Fe[stig]keit der Ehe, nach Zusammenhalt der Familie sich stärker erw[eist] als die zertrümmernden Gesetze. Immer stärker erweist sich [das] Bedürfnis der Menschen nach festen Bindungen, deren Fehlen [zur] Auflösung der Gesellschaft führen müßte.

Es ist die Frage, ob ein weniger gesundes und widersta[nds]fähiges Volk der Belastung durch derartige Gesetze in gle[icher] Weise gewachsen wäre, und ob es sich auch bei uns bewahrh[eiten] würde, daß in einem gesunden Staatsorganismus sich doch a[uto]matisch immer wieder das Notwendige und Richtige herstell[t]. Sicher ist aber, das ein kernfaules Volk an der konsequenten Du[rch]führung solcher Gesetze zu Grunde gehen müßte. Leider feh[lt es] auch bei uns nicht an Bestrebungen, das russische „Experim[ent"] nachzumachen. Ein solches Experiment kann bei uns leicht [zur] Vivisektion werden.

Ueber die in diesem Sinne bei uns vom „Volksbunde für Mu[tter]schutz" betriebene geburtenfeindliche Propaganda zur Freigabe [der] Abtreibung habe ich an anderer Stelle berichtet.

Hier haben wir es nur mit Ausartungen schlimmster Art zu [tun]. — Im Sinne von Aristoteles haben wir die Ausar[tung] (παρέκβασις) in jeder Richtung zu vermeiden, um den richtigen [Weg] (ὀρθὸς τρόπος) und das richtige Maß zu finden.

Wo finden wir nun diesen richtigen Weg? In welcher [Rich]tung würden wir die Aufgaben einer bevölkerungspolitischen Ge[setz]gebung zu suchen haben?

Als eine der Hauptaufgaben glaube ich bezeichnen zu mü[ssen]: Den richtigen Ausgleich zwischen quantitativer und qualitativer [Be]völkerungspolitik zu finden. Die sittlichen Grundlagen einer sol[chen] Gesetzgebung müssen im Boden der Familie wurzeln. Die au[s der] Ein- und Dauerehe hervorgehende Familie hat ihre Unen[t]behrlichkeit für alle menschliche Gesittung längst erwiese[n. In] ethischer und sozialer Hinsicht ist die Familie, insbesondere die [ge]sunde kinderreiche Familie, einer der wertvollsten P[feiler] der Gesellschaft.

Es erwächst dem Staate zunächst die Pflicht, nach den gera[dezu] klassisch formulierten Leitsätzen von Thomsen die kinderrei[chen] Familien zu fördern. Er wird dabei kaum an der Notwendigkeit [vor]beigehen können, Rechtsnachteile für grundlos Ledige [und] Kinderlose, evtl. Kinderarme gesetzlich festzulegen. Wenn der [Staat] die Pflicht ausreichender Fortpflanzung feststellt, dann d[ürfen] nicht die die Dummen sein, die diese Pflicht erfüllen, sondern [die], sich ihr entziehen. Es muß auch der Staat ein Auge darauf ha[ben], daß nicht bloß Nachwuchs in die Welt gesetzt wird, sondern [daß] jeder sich an der ordentlichen Aufzucht dieses Nachwuchses ri[chtig] beteiligt. Ein zur Zeit sehr erschwerendes Moment liegt im Fra[uen]überschuß und der dadurch bedingten Erschwerung der [Ehe]schließung und vermehrten außerhäuslichen Erwerbsarbeit der [Frau]. Es gibt aber immerhin zu denken, daß gerade in den für die [Ehe]schließung in Betracht kommenden Altersklassen von 20 bis 4[5 ein] nennenswerter Frauenüberschuß gar nicht vorhanden ist, daß [also] eine Abneigung gegen die Verehelichung tatsächlich festzustelle[n ist]. Man braucht nun nicht gleich an eine Art „Junggesellensteuer[" zu] denken, wie sie von Mussolini durchgeführt worden ist. S[...]heim hat aber recht, wenn er die Forderung stellt, es müsse [...]

as Ledigbleiben auf die Dauer für den Mann teurer stellen, als das eiraten. Ausgleichkassen könnten sehr wohl in dieser Richtung irken. Auch erbrechtliche Nachteile wären in Erwähnung zu ehen. Auf diesem Wege bemüht sich Ungarn, die Gewohnheit der auern zu bekämpfen, nur ein Kind zu zeugen, damit das Anwesen cht zersplittert wird. Ein bäuerliches Anerbenrecht könnte vielicht noch besser wirken.

Wenn wir unsere Ziele klar erfassen wollen, so müssen wir uns rgegenwärtigen, daß nach den unwiderlegbaren Feststellungen von rotjahn unser Bevölkerungsbedarf zur bloßen Erhaltung des Beandes (das Erhaltungsminimum) bei einem Durchschnittsalter von Jahren 20 Geburten auf das Tausend der Bevölkerung beträgt. ese Mindesterhaltungsziffer haben wir teilweise bereits unterhritten, in manchen Großstädten schon sogar recht bedenklich. Eine dere Berechnung Grotjahns, nach der jedes nicht völlig sterile ternpaar 3,7 Kinder zeugen müsse, bzw. 3 Kinder über das fünfte bensjahr hinausbringen müsse, um bloß den Volksbestand zu erlten, beruht auf gleichen Grundlagen und ist ebenso unanfechtbar. rst vom vierten Kinde ab beginnt die Volksermehrung und von da ab hat man das Recht, zu en „Kinderreichen" gezählt zu werden.

Wenn nun heute so viel vom „Rationalisieren" der Geburten die ede ist, so haben wir uns zu fragen: Was heißt „Rationalieren"? Es bedeutet, etwas unter die Herrschaft der Vernunft ellen. Was man aber gegenwärtig unter Rationalisierung der Gerten versteht, bedeutet nichts anderes, als diesen Naturvorgang ter die Herrschaft des Egoismus und der Unvernunft zu ellen. Nur in wahrhaft staatserhaltender und kulturfördernder Gesinnung kann Vernunft liegen.

Es muß daher die Lösung einer richtigen Rationalisierung lauten: sollen möglichst viel und möglichst gesunde Kinder geboren rden. Der Nahrungsspielraum ist durch ständiges Streben nach oduktionssteigerung zu vergrößern. Um gesunde Kinder zu getren, muß auch der Gesundheit der Frauen stärker als bisher Beitung geschenkt werden. Durch ausreichende Schonzeiten ischen den Geburten ist die Frau vor Raubbau mit ihrer Gesundit zu schützen.

Wenn es schon ohne Rationalisieren heutzutage nicht mehr abght, dann soll man richtig und nicht falsch rationalisieren.

Ein richtig gehandhabter Mutterschutz und dessen weiterer sbau gehört zu den Aufgaben dieser Gesetzgebung. Auch dieses oblem steckt voller Schwierigkeiten. Als eine derselben erwähne nur die Frage der „Exceptio plurium" und des Vaterschaftsnchweises (vgl. § 1717 BGB.). Seine Grenze und Schranke wird der Schutz der Unehelichen und die notwendige Revision des Unelichenrechtes an den Rücksichten auf die Familie finden üssen! Eine rechtliche Gleichstellung, wie in Rußland, müssen ir als einen Irrweg ablehnen.

Hingegen kann der Staat trotz aller Bedenken gegen die Vernhrung der unehelichen Geburten, die nie die gleichen Garantien fi ordnungsgemäße Aufzucht geben, doch nicht einfach auf die unelichen Geburten verzichten und sie der Abtreibung und dem Kidesmord anheimfallen lassen. Das Problem steckt voller Schwierigkten und Widersprüche, und es ist ungeheuer schwer, eine befriedende Lösung zu finden. Auch die Reichsverfassung läßt diesen Viderspruch deutlich erkennen. Im Artikel 119, 1 betont sie ausdicklich, daß Ehe und Familie als Grundlage der Gesellschaft unter dn Schutze des Staates stehen; im Artikel 121 verkündet sie, daß dn unehelichen Kinde die gleichen Bedingungen für ihre seelische, sliche und gesellschaftliche Entwicklung zu schaffen sind, wie den elichen Kindern.

Wo finden wir den richtigen Weg aus diesen Widersprüchen? Ggen die Begründung von Findelhäusern hat man schwerwegende Bedenken geltend gemacht. Trotzdem möchte ich die Begündung von Findelhäusern, wie sie von Nassauer vertreten wd, doch als das zur Zeit kleinere Uebel betrachten.

Eine Revision des Unehelichenrechts unter Wahrung des Prinzs der Ehe ist unbedingt erforderlich. (Vgl. Arbeiten von Klumkr.) Mutterschutz muß in Verbindung stehen mit einer Mutterschaftsversicherung (Al. Salomon).

Eine besonders wichtige Aufgabe ist der Ausbau des gewerblichen Schwangerenschutzes nach den Grundsätzen von M. Hirsch, Teleky und Stoeckel. Das Washingtoner Uebereinkommen hat diese Frage dem Versuche einer internationalen Regelung zugeführt.

Ausbau der Ehe- und Schwangerenberatung muß gleichfalls angestrebt werden. Insbesondere der Schwangerenberatung kann eine bedeutende Aufgabe aus der Verhinderung der Abtreibung erwachsen.

Ein Kurpfuschereiverbot, sowie eine Bestimmung, daß die Behandlung von Fehlgeburten, zum mindesten aber deren Einleitung nur Kliniken vorbehalten bleiben dürfe, würde geeignet sein, die Mortalität der Frauen am infizierten Abort und an Abtreibungsverletzungen wesentlich herabzusetzen.

Die Regelung der Gehälter und Löhne nach dem Familienstand wird stets Schwierigkeiten begegnen. Bei den Gehältern der Staatsbeamten hat es sich bewährt, das Prinzip „für gleiche Arbeit gleichen Lohn" aufzugeben. Soziallöhne hingegen können leicht zum Verlust der Arbeit gerade beim Familienvater führen! Daher ist das Prinzip der „Ausgleichskassen", das die Lasten auf breitere Schultern verteilt und nicht bloß den Arbeitgeber belastet, zweckmäßiger.

Die allergrößte Bedeutung hat die Elternschaftsversicherung, für die Grotjahn seit langem kämpft. Sie gehört zu den „großen Mitteln" des Grotjahnschen bevölkerungspolitischen Programms.

Von Bedeutung ist ferner eine gerechte Steuergesetzgebung. Sie hat insbesondere die unsoziale Belastung der Kinderreichen durch indirekte Steuer zu vermeiden.

Ausbau des Wohnungs- und Siedlungswesens, Ausschaltung der Bodenspekulation, „innere Kolonisation", Schaffung „bäuerlicher Lehen" (Lenz) werden eine bedeutende Rolle zu spielen berufen sein. Die Bodenreform, deren Bedeutung zur Zeit noch umstritten ist, insbesondere bezüglich der Frage der Wahrung des Eigentumsrechts, wird zweifellos sich mit der Zeit so entwickeln und von ihr etwa anhaftenden Irrtümern läutern, daß diesem Gedanken sicher die Zukunft gehört.

Auf ärztlichem Gebiete haben wir vor allem anzustreben: Weiteren Ausbau der Eheberatung unter Ablehnung von Eheverboten. Der Wahrung und dem Schutze der Volkskraft haben zu dienen: verbesserter und vertiefter Unterricht in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe; besonders straffe Erziehung der Studierenden zur Verantwortlichkeit auf diesen Gebieten. Die neu entstandenen Disziplinen der Sozialgynäkologie und Frauenkunde sind besonders geeignet, diesem Zwecke zu dienen.

Die Schaffung einer ausreichenden Zahl von Frauenkliniken und Geburtsabteilungen, verbunden mit einer gründlichen Reform des Hebammenwesens steht im Dienste einer zweckmäßigen Bevölkerungspolitik. In gleicher Richtung wirkt das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, dessen wertvollstes Stück das Verbot der Behandlung von Leiden der Geschlechtsorgane durch Kurpfuscher ist. Es ist dafür zu sorgen, daß dies der erste Schritt auf dem Wege zu einem allgemeinen Kurpfuschereiverbot sei!

Zu begrüßen ist ferner das Verbot des Handels und Hausierens mit Abtreibungsmitteln, vgl. § 255 des neuen Entwurfes eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches von 1927, sowie das Verbot des Erbietens zur Abtreibung, § 256 dieses Entwurfes.

Als unsere erste und wichtigste Aufgabe müssen wir zunächst bezeichnen: Den Geburtenrückgang zum Halten zu bringen. Bei der Bekämpfung des Geburtenrückganges sind uns ja leider bloß dessen wirtschaftliche Ursachen zugänglich, nicht aber die auf seelisch-sittlichem Gebiete liegenden. Diesen gegenüber kann nur unentwegte Aufklärung wirken, die das Volk wieder zu den richtigen Begriffen von Sittlichkeit und Pflicht zurückzuführen trachtet und die falsche Idealbildung der Gegenwart zerstört!

Erst muß unser Bestand als Volk überhaupt gesichert sein. Dann erst können wir darangehen, im Rahmen unseres wissenschaftlichen Erkenntnisse auch qualitative Bevölkerungspolitik zu treiben. Ist unser Bestand gesichert, dann erwächst uns die Aufgabe, der Minderwertigen Herr zu werden mit Hilfe einer grundlegenden eugenischen Gesetzgebung.

Um mit Grotjahns Worten zu reden: Dann muß dem Volke klar gemacht werden, daß nicht jeder das Recht hat, kinderreich zu sein.

Die hinsichtlich des Rassewertes tüchtigsten Volksschichten sind in der Aufzucht und Hebung des Nachwuchses mit allen Mitteln zu unterstützen und zu fördern.

Die Mittelmäßigen sind zum mindesten auf dem bisherigen Stande der Vermehrung zu e r h a l t e n.

Die Minderwertigen sind auf legalem Wege in der Fortpflanzung zu hemmen; ihnen gegenüber erwächst die Pflicht, restringierende Bevölkerungspolitik zu treiben.

Der Ausblick, den die Beschäftigung mit dieser Frage eröffnet, ist ein bedeutender; er erweckt in jedem Arzt, vor allem aber dem Frauenarzt, das Bewußtsein höchster Verantwortung.

Laufende medizinische Literatur.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 33, 12. August 1927.

Die Rektalnarkose mit E 107. Verfasser hält das neue Betäubungsverfahren für aussichtsreich, aber noch längst nicht für so weit geklärt und durchgebildet, daß es heute schon Allgemeingut der Chirurgie sein könnte. Die weitere pharmakologische, tierexperimentelle und klinische Prüfung, die bei der Gefährlichkeit des Präparates E 107 zunächst noch in der Hand der Kliniken und großen Krankenanstalten verbleiben sollte, hat jedenfalls noch viel aufzuklären, insbesondere die Ursachen der individuell so verschiedenen Wirkung. Unter „aussichtsreich" versteht Verfasser selbstverständlich nicht, daß die bisherigen bewährten Schmerzbetäubungsverfahren durch die Rektalnarkose verdrängt werden können, sondern nur, daß bei genügender Fundierung sich die neue Narkose noch ihr eigenes Indikationsgebiet wird erobern können. Zur Vorsicht mahnen vor allem die öfter erst nach längerer Zeit aufgetretenen und auf Vasomotorenparese beruhenden starken Nachblutungen.

Die Differentialdiagnose zwischen Paratyphus B und Appendizitis mit besonderer Berücksichtigung des Blutbildes. Es kommen Paratyphuserkrankungen mit sehr akutem Beginn vor, die das klinische Bild einer Appendizitis vortäuschen. Die oft unüberwindlichen Schwierigkeiten der Differentialdiagnose werden durch Heranziehung der Blutuntersuchung fast stets überwunden. Die Gesamtleukozytenzahl stieg in keinem Falle über 12 000, doch kann ihr nur ein beschränkter Wert zuerkannt werden. Immerhin macht dieser Befund bei den differentialdiagnostischen Erwägungen schon stutzig. Im qualitativen Blutbild entscheidet die Lymphozytose im Verein mit der hohen Linksverschiebung und der verhältnismäßig auffällig geringen Zahl der Jugendlichen für Paratyphus. So läßt sich nach dem Hämogramm die Differentialdiagnose zwischen Appendizitis und Paratyphus fast immer stellen.

Nr. 34, 19. August 1927.

Untersuchungen zur serologischen Schnellreaktion" der Fr[üh]schwangerschaft. Die Alkoholextraktreaktion gibt zum Nachweis d[er] Frühschwangerschaft unter Verwendung von Formalin-Plazen[ta]extrakten brauchbare Resultate. Wichtig ist dabei: a) daß [die] „reifen" Extrakte unmittelbar vor Ansetzen der Reaktion durch A[d]sorption mit Bolus alba „gereinigt" werden; b) daß bei Blaufärbu[ng] der Kontrollröhrchen mit herabgesetzten Ninhydrinmengen g[e]arbeitet wird; c) daß bei negativem Reaktionsausfall die serologisc[he] Untersuchung nach ein paar Tagen wiederholt wird. Das Zustan[de]kommen der Reaktion wird nicht durch einen im Mäuseversu[ch] schollenbildenden Körper bedingt. Die Hormonmethode z[ur] Schwangerschaftsdiagnose nach Dahmen und Wollersheim erg[ibt] beim Menschen weniger gute Resultate. Die Komplementbildung[s]methode zum Nachweis der „Frühschwangerschaft" erscheint [mit] dem „Formalin-Plazenta" sowie mit anderen Extrakten bisher nic[ht] brauchbar.

Radiumchirurgie des Brustkrebses. Mit Radiumchirurgie b[e]zeichnet der Verfasser die unmittelbare Kombination chirurgisch[er] Maßnahmen mit Radiumbehandlung. Mit Recht weist er auf [die] Nachteile der bis jetzt üblichen Operationsverfahren hin, z. B. d[aß] bei Entfernung der regionären Drüsen der letzte Schutzwall geg[en] das Weiterwandern von Krebskeimen zerstört wird. Er umschneid[et] einzig und allein die Hauptgeschwulst und nimmt sie soweit hera[us], daß man mit bloßem Auge annehmen muß, im Gesunden operiert [zu] haben. Er zieht die alte ovaläre Umschneidung der Brustwarz[e] mit Verlängerung des Schnittes in die Achselhöhle anderen Meth[o]den vor. Nachdem so die Geschwulst entfernt ist, legt er unter d[er] Haut die Achselhöhle frei, nicht aber, um nach Drüsen zu such[en] oder auch nur die Geschwulst im Zusammenhang mit den Drüs[en] zu entfernen, sondern nur, um in die Achselhöhle einen mittelstark[en] mit Radiumröhrchen armierten Gummidrain einlegen zu könn[en]. Dieser einseitig geschlossene Drain hat keinerlei seitliche Oeffnu[ng] und wird am oberen Wundwinkel aus der Achselhöhle herausgeleit[et]. Ein zweiter, in gleicher Weise mit Radiumröhrchen armiert[er] Gummidrain wird auf dem großen Brustmuskel eingelegt, dort, w[o] die entfernte Geschwulst ihr Bett hatte. Ueber Menge des ei[n]gelegten Radiums und Filtrierung gibt der Verfasser genaue Angabe[n]. Seit 13 Jahren hat der Verfasser 22 Fälle operiert und bestrahlt, v[on] denen nur ein einziger innerhalb eines Jahres an Metastasen z[u]grunde gegangen ist. Alle anderen Fälle blieben mindestens 3 Jah[re] gesund. 17 Fälle weisen eine 5jährige und längere Beobachtungsz[eit] bis zu 13 Jahren ohne Störung auf. Das vom Verfasser gewählte Ve[r]fahren ist im Gegensatz zur ebenfalls als Radiumchirurgie bezeic[h]neten intratumoralen Behandlung etwas prinzipiell Neues. Es folg[en] eingehende Krankengeschichten.

Ueber Wirkungen und Nebenwirkungen des Plasmochins bei d[er] Behandlung der menschlichen Malaria. Die nach Plasmochinvera[b]folgung auftretende Zyanose ist durch Methämoglobinbildung bedin[gt]. Irgendwelche weiteren Folgeerscheinungen allgemeiner Art si[nd] auch dann, wenn nach Erscheinen derselben die Medikation [in] gleicher Dosierung fortgesetzt wird, nie beobachtet worden, au[ch] nicht, wenn Methämoglobinämie recht erhebliche Grade erreicht h[at]. Die Methämoglobinbildung nimmt mit Verringerung der ve[r]abreichten Menge des Mittels und der Dauer der Verabfolgung [ab] und tritt bei Verordnung von 0,02 g des Präparates an sieben au[f]einanderfolgenden Tagen überhaupt nicht mehr oder nur in so g[e]ringem Grade auf, daß ihr praktisch keine Bedeutung zukomm[t]. Der Grad der Methämoglobinämie ist bei den kleinen Dosen nic[ht] größer, als er bei therapeutischen Dosen von Phenazetin und äh[n]lichen Präparaten anzunehmen ist. Dagegen zeigen höhere Dos[en] dieser Mittel außer einer als Zyanose imponierenden stärker[en] Methämoglobinbildung noch andere unangenehme Nebenwirkunge[n], die dem Plasmochin fehlen. Auch die kleinen Plasmochindosen (v[on] 0,02 g täglich) entfalten noch die spezifische gametotrope Wirku[ng] des Mittels in vollem Maße, d. h. die Halbmonde verschwinde[n] durchschnittlich am 5. bis 6. Tage der Darreichung bzw. ihr Auftret[en] kann mit Sicherheit vermieden werden in Fällen, in denen sie zu B[e]ginn der Behandlung nicht gefunden wurden. Die auch von den Ve[r]fassern beobachtete Methämoglobinbildung in vitro durch Pla[s]mochin zeigt in Uebereinstimmung mit den klinischen Befunden, da[ß sie] bei geringen Konzentrationen die Umwandlung nicht nur quantitat[iv] zurücksteht, sondern auch langsamer vor sich geht. Pharm[a]kologisch ist die Methämoglobinbildung durch Plasmochin als gleic[h]artig derjenigen durch Anilinderivate anzusehen.

Vergleichende Untersuchungen zur Gonorrhoediagnostik. Nach ngehenden Untersuchungen kommt der Verfasser zu dem Schluß, ıß auch heute noch zum Nachweis einer bestehenden weiblichen onorrhoe die zuverlässigste Methode, mit einigen Modifikationen, ne ist, die schon Neißer zur Erkennung der Gonokokken führte, ımlich die mikroskopische Sekretabstrichuntersuchungsmethode.

Wie entsteht das Bäckerekzem? Es werden klinische Beobachıngen und Funktionsprüfungen der Haut erwähnt, aus denen sich r Schluß ergibt, daß deutsche Mehle, auch mit Zusätzen, für die ıtstehung des als Bäckerdermatitis bezeichneten Gewerbeekzems cht verantwortlich zu machen sind. Die üblichen Zusätze sind als rmlos zu bezeichnen und kommen für die Entstehung des Bäckerzems nicht in Betracht. Das Bäckerekzem ist also kein Gewerbezem im engeren Sinne.

Zur Behandlung des Hautjuckens. Aus den Untersuchungen des rfassers geht hervor, daß die Erfolge der gleichzeitigen intraıskulären und stomachalen Magnobroltherapie oft nicht nur die r üblichen lokalen Antipruriginosa wesentlich übertreffen, sondern ıß die Kombination Magnesium-Brom-Amidoessigsäure auch meist r bisherigen intravenösen Brombehandlung überlegen ist. Daher ıubt Verfasser, daß diese wirksame und völlig unbedenkliche Meıde dem Praktiker besonders willkommen sein wird, der häufig die Lage versetzt ist, gegen eines der quälendsten Symptome lfe bringen zu sollen, und der oft genug den Wunsch haben wird, unzuverlässigen und meist entzündungssteigernden lokalen Mittel behren zu können. Da die Hauptdomäne der Magnobroltherapie dem Gebiet der nervösen und allergischen Pruritusformen liegt, die Möglichkeit gegeben, daß die Methode sich auch bei anderen ıgioneurotischen und allergischen Zuständen bewähren wird sthma, Tetanie, spastische Obstipation usw.). Einzelne Beobıtungen des Verfassers sprechen durchaus dafür. Auch das starke ckken bei katarrhalischem Ikterus verschwand prompt.

Nr. 35, 26. August 1927.

Die Sicherungen für den normalen Herzschlag. Die Hauptsherung für die geordnete Tätigkeit des Herzens bedeutet seine Befiigung zum automatischen Arbeiten. Es trägt die Bedingungen zn Schlagen in sich und ist dadurch in der Ausübung seiner Fıktion von anderen Organen unabhängig. Jedes Stück Herz ist z Automatie befähigt, doch ist diese örtlich ungleich entwickelt. Irch eine gemeinsame Leitung wird die Zusammenarbeit der vielen Fsern geregelt. Es bilden sich Automatiezentren heraus, welche die Fırung des Herzens an sich reißen, weil sie am schnellsten und ligsten von allen Herzanteilen pulsieren. Die Zentren selbst sind a; durchaus gleich arbeitenden Fasern zusammengesetzt. Zur Aufrhterhaltung der normalen Herzfrequenz ist aber nicht das ganze Zıtrum erforderlich, sondern es genügt schon ein einzelnes Element. Sd mehrere Zentren vorhanden und sind sie untereinander uıleichwertig, so entwickelt sich auch unter ihnen eine funktionelle Sıderung. Das leistungsfähigste reißt die Oberleitung an sich und zıngt den übrigen seine Schlagfolge auf. Sie ordnen sich ihm unter nımalen Verhältnissen unter, stehen aber zum Eingreifen bereit, falls d; Hauptzentrum versagen sollte. Sind die Zentren aber unterеander gleichwertig, so müssen sie zur Aufrechterhaltung des geo neten Herzschlags so eingerichtet sein, daß sie nicht kontinuierlich, sdern periodisch-rhythmisch arbeiten. Man sieht daraus- daß die nımale Herztätigkeit durch eine ganze Anzahl von sinnvollen Erichtungen gesichert ist.

Analyse, Indikation und Grenze der Psychotherapie bei Bronchialahma. Der Verfasser rät, die Psychotherapie als symptomatische Behandlung des Bronchialasthmas nicht außer acht zu lassen, betont aber ausdrücklich, daß es keinesfalls irgendwie möglich ist, durch psychische Herabsetzung der vegetativen Erregbarkeit auch eine Veränderung der allergischen Konstitution der Asthmatiker zu erzielen. Eine Desensibilisierung mit dem betreffenden Allergen hängt von der Auffindbarkeit der allergischen Grundlagen des betreffenden Falles ab.

Beziehungen zwischen Grundumsatz und Aktivität bei Lungentuberkulose. Der O_2-Verbrauch in der Ruhe ist in einem Teil der Lungentuberkulosen mit geringer Aktivität, bei denen die gebräuchlichen physikalischen Methoden versagen, nach Injektion unterschwelliger Alttuberkulindosen erhöht. Diese Fälle decken sich zum größten Teil mit denjenigen, in denen nach Grafe-Reinwein eine Steigerung der Blutsenkungsreaktion eintritt; in einigen Fällen ist die Umsatzsteigerung die überlegene Methode, in anderen die Beschleunigung der Blutsenkungsreaktion. Kann man andere Erkrankungen ausschließen, so scheint die Kombination beider Methoden für die Feststellung der Aktivität von Nutzen zu sein.

Beitrag zur Synthalintherapie. Der Verfasser stellte fest, daß wenige Dosen des Synthalin genügt haben, um eine 90jährige Frau einem diabetischen Präkoma zu entreißen und unter Beseitigung der Azidose bei kaum durchgeführter Diät in einem erträglichen Gleichgewicht zu halten.

Arnold Hirsch, Berlin.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 33, 13. August 1927.

Chronische Quecksilbervergiftung und Amalgamgefahr. Bisher sind bei Ausscheidung von hundertstel Milligrammen Quecksilber im Tagesharn Anzeichen chronischer Quecksalbervergiftung nicht beobachtet worden, dagegen bei Ausscheidung von zehntel Milligrammen. Aus Quecksilberamalgamfüllungen erscheint nur ausnahmsweise Quecksilber in genannten Größenordnungen im Harn, welches dann wohl weniger von im Munde aus Plomben verdampften, als in Lösung gegangenem Metall herrührt. Es ist Aufgabe des Zahnarztes, bei seinen Patienten durch geeignete Mundpflege und geeignete Ernährung die Resorption von Almagamfüllungen zu verhindern. Die Verwendung des unbeständigen Kupferamalgams ist zu verlassen. Der Quecksilbergehalt des Silberamalgams sollte normiert werden. Es erscheint jedoch unter den im Einzelnen aufgeführten Bedingungen die Verwendung von Silberamalgamfüllungen unbedenklich.

Ueber Spezifität. Extraktgemische aus Körpergeweben können als Wirkungsganzes mit den verschiedensten quantitativ arbeitenden Methoden auf ihre aktivierenden Eigenschaften hin studiert werden. Sie werden gerade als „Gemische" meist auch im Körper wirksam sein. Solange noch nicht eine genaue chemische Definierung aller in solchen Gemischen vorhandenen Spaltprodukte vorliegt, sollen Bezeichnungen, die mehr aussagen, als die Forschung ergeben hat, vermieden werden.

Der Gehalt des Liqour lumbalis an hypophysenwirksamer Substanz bei schwangeren und nichtschwangeren Frauen. Liquor im 7., 9. und 10. Monat der Schwangerschaft zeigt im Vergleich zu Liquor nichtschwangerer Frauen geringere Wirksamkeit an Hypophysensekret. Liquor unter der Geburt weist sowohl während der Eröffnungs- wie während der Austreibungsperiode keine Wirksamkeitssteigerung gegen Normalliquor auf, ist im Gegenteil während der Eröffnungsperiode schwächer, erst während der Austreibungsperiode in seiner Wirksamkeit gleich stark wie Normalliquor. Puerperalliquor zeigt am zweiten und am vierten Wochenbettstag eine Steigerung der Hypophysenwirksamkeit gegen Normalliquor und noch mehr gegen Liquor graviditatis. Normalliquor, einen Tag nach beendeter Menstruation entnommen, wirkt besonders intensiv auf die Tonuserhöhung des Uterus. Der Liquor verliert seine Wirksamkeit nach zwei bis drei Tagen. Daher lassen sich aus

den Versuchen folgende Schlüsse ziehen: Im Liquor ist eine nachweisbare Menge hypophysenwirksamer Substanz enthalten. Diese Menge schwankt und weist eine Verminderung in den letzten Monaten der Gravidität auf. Unter der Geburt ist eine Vermehrung uteruswirksamer Substanz im Lumballiquor nicht festzustellen. In den ersten Wochenbettagen ist der Gehalt des Liquors an Hypophysensekret erhöht.

Ueber die Behandlung der perniziösen Anämie mit Leberdiät und mit bestrahltem Ergosterin (Vigantol). In der medizinischen Literatur wird neuerdings die perniziöse Anämie mit Avitaminosen in weitgehende Parallele gesetzt. Darauf bauen sich die in neuerer Zeit angegebenen Therapien mit Diät und Vitaminen auf. Die Versuche des Verfassers erstrecken sich auf die von amerikanischer Seite angegebene Leberdiät und Verabreichung des von der I. G. Farbenindustrie herausgegebenen Vigantols, das bestrahltes Ergosterin darstellt. Benutzt wurde fast ausschließlich eine Lösung des bestrahlten Ergosterins in Olivenöl, vereinzelt auch in Tabletten. Nach den mitgeteilten Fällen unterliegt es keinem Zweifel, daß bei einzelnen Kranken mit perniziöser Anämie mittels der Leberdiät von Minot und Murphy weitgehende Remissionen erzielt werden können. Ob diese Besserungen längere Zeit anhalten, als die mit Arsen, Transfusion usw. erzielten, läßt sich noch nicht sagen. Weitere Versuche mit der Diätbehandlung sind dringend erforderlich. Verabreichung von bestrahltem Ergosterin scheint den Eintritt einer Remission zu begünstigen. Auch hier sind Nachprüfungen an großem Material unbedingt erforderlich. Besonders erfolgversprechend scheint die Kombination der diätetischen und der Ergosterinbehandlung.

Nr. 34, 20. August 1927.

Experimentelle Untersuchungen zur Pathologie und Therapie der Spirochätenkrankheiten. Durch die parabiotische Vereinigung eines Immuntieres mit einem gesunden, gelang es den Verfassern nicht, die im Gehirn des Immuntieres persistenten Spirochäten zu mobilisieren und aus der Blutbahn herauszuzüchten. Weder durch kurzfristige, noch durch bis zu acht Tagen dauernde Vereinigung konnten die „Hirnspirochäten“ irgendwie beeinflußt werden. Ein während einer Parabiose passiv immunisiertes Normaltier war seinerseits nicht imstande, in einer zwischen ihm und einem gesunden Tiere angelegten Parabiose erhebliche Immunkräfte auf das gesunde Tier zu übertragen. Erkrankt ein noch verhältnismäßig kurze Zeit immunes Tier während der Parabiose neuerdings an einem Spirochätenrezidiv im Blut, so wird das mit diesem Tier verbundene Normaltier nicht unmittelbar krank, sondern zeigt (im Falle der Verfasser) eine bis zu 21 Tagen dauernde latente Infektion, die erst mit dem allmählichen Abklingen der dem Normaltier vermittelten passiven Immunität manifest wird. Histologische Untersuchungen haben ergeben, daß schon bei kurzdauernder parabiotischer Vereinigung eines immunen mit einem gesunden Tier in dem immunen Tier zuerst gelegenen Normaltierhautanteil eine Zone zu finden ist, in der sich die Immunwirkung bemerkbar macht.

Ueber die Vorgänge beim Einwuchern der Krebszellen. Nach Anschauung des Verfassers entstehen die Krebszellen aus normalen differenzierten Zellen eines epithelialen Gewebes, das bestimmte Mechanismen dieser Zellen durch Reaktion mit dem krebsbildenden Faktor verändert werden. Eine dieser Veränderungen betrifft angeblich den Mechanismus, durch den die im Kohlehydratstoffwechsel der normalen Zelle gebildete Milchsäure in das Ausgangskohlehydrat zurückverwandelt wird. Durch Hemmung oder Aufhebung dieses Teilvorganges kommt es zur Anreicherung von unresynthetisierter Milchsäure in Gewebe und infolge des insuffizienten Abtransportes dieser Milchsäuren durch die Blutgefäße zu dem Proz der letzten Endes zum Einwuchern der Krebszellen führt.

Stellung des Ovariums im endokrinen System. Der Verfas weist auf den engen Zusammenhang zwischen der inneren Sekret des Ovariums und des Uterus auf Grund von Tierversuchen hin. therapeutischer Hinsicht kann dies verwertet werden, daß Versa in der Behandlung mit Ovarialsubstanz z. B. durch das Fehlen Uterus oder durch seine bereits eingetretene Atrophie erklärbar s könnten. Trifft das zu, so müßte bei der Kastrationsbestrahlung bei der Entfernung der Adnexe der plötzliche Ausfall der Ovar funktion dadurch verhindert werden, daß gleich nach der Behandl also vor Einsetzen der Uterusatrophie mit der Darreichung Ovarialextrakt begonnen wird, die unter allmählicher Verminder solange fortzusetzen wäre, bis sich die innersekretorische Umstell der Organe vollzogen hat. Bei Fehlen oder Atrophie des Ute könnte man daran denken, dessen Funktionsausfall durch Zufuhr Uterusextrakt zu paralysieren. Unter Hinweis auf die korrelati Beziehungen des Ovariums mit den anderen innersekretorisc Drüsen des Gesamtorganismus stellt Verfasser manche, als Anom der Ovarialfunktion imponierende Krankheitsbilder als eigentl nur sekundär durch das Ovarium, in erster Linie aber durch S rungen in anderen innersekretorischen Drüsen bedingt fest.

Zur Gallenblasenphysiologie und -pathologie. Nach der heuti Auffassung von der Gallenphysiologie, und besonders von der E leerung der Gallenblase, müßte man annehmen, daß Zystikus Choledochus einen anderen Farbenton aufweisen müßten als beiden Hepatiki und der Hepaticus communes bis zur Einmündun stelle des Zystikus, da ja die stark konzentrierte Galle den Ch dochus passiert. Nach Injektionen von Farbstoffen in die Gall blase fand Verfasser aber überraschenderweise, daß die Gall blasenschleimhaut stark tingiert war und der Inhalt meist eingedi und mit Schleim gemischt. Zystikus, Hepatikus und Choledoc zeigten jedoch nur eine ganz leichte Tinktion mit den Farbstof Bei der Lösung dieser Erscheinungen mußte Verfasser annehn daß von der meist mit einem Drittel ihrer Oberfläche im Leb parenchym eingebetteten Gallenblase gemeinsame Lymphbahnen Farbstoff direkt den Leberzellen zuführen. Bei der Verfolgung Verlaufsrichtung der Lymphbahnen wurde nun aber entdeckt, die Venae cysticae nicht wie man erwarten würde, in die Ve hepaticae münden, sondern zum Quellgebiet der Vena porta hören. Farbstoffe, die also von der Gallenblasenwand resorb werden, müssen wieder auf dem Wege der Porta der Leber zu führt werden. Damit gewinnt auch die Auffassung, daß die Galle dem Wege des Zystikus in die Gallenblase gelangt, dies aber ni mehr auf demselben Wege verlassen kann, eine neue Stütze, auch den Verhältnissen aller anderen Ausführungsgänge im mens lichen Körper entspricht. Damit würde der Sphincter oddii se angebliche physiologische Bedeutung verlieren. Entleert sich Gallenblase nicht durch den Zystikus in das Duodenum, so wer alle hypothetischen Reflexe, die der Gallenblase und dies Sphinkter zugeschrieben werden, überflüssig. Der Verfasser z dann an einer Reihe klinischer Beobachtungen, daß zur Regel des Gallenabflusses aus der Leber ins Duodenum ein Schli muskel an der Papilla vateri nicht notwendig ist. Es wahrscheinlich, daß der Eigentonus des leeren Duoden physiologischerweise bereits genügt, um einen Gallenabfluß Duodenum während der Nahrungspausen zu verhindern. Der Sek tionsdruck der Leberzelle vermag den Eigentonus des geschlosse Duodenums in den Nahrungspausen nicht zu überwinden und gelang daher während dieser Zeit kein Tropfen Galle in den Zw fingerdarm. Die Einführung der Duodenalsonde allein genügt sch bar, um den Abfluß in das Duodenum in Gang zu bringen. Ist Duodenum offen, gehen Ingesta hindurch, dann vermag das Leb sekret leicht abzufließen, und es hängt nur von der chemischen schaffenheit der Ingesta ab, ob eine stärker oder schwächer konz trierte Galle geliefert wird. In den Nahrungspausen hingegen fli alle Galle in die Gallenblase, aus der die Leber jederzeit auf d Wege der Porta die Bausteine des verdauungsphysiologisch so wi tigen Sekretes, das nicht unnütz vergeudet werden darf, wied gewinnen kann. Wird die Gallenblase entfernt, so tritt der Dü darm vikariierend für die Gallenblasenschleimhaut ein (inne Gallenkreislauf, Schiff). Der Verfasser weist dann auf die klinisc Zusammenhänge mit der Pankreatitis besonders auf die Stellung spastischen Duodenalileus in der Aetiologie der Gallen- und P kreaserkrankungen hin. Solange der Zufluß zur Gallenblase du den Zystikus und der Abfluß auf dem Wege der Venae cysticae s das Gleichgewicht halten, werden keine krankhaften Erscheinun von seiten der Gallenblase auftreten. Anderenfalls kommt es Gallenstauung und den damit verbundenen klinischen Erscheinung

Studien über Forßmansches Antigen und Forßmanschen A körper. Durch intravenös, oft wiederholte Injektionen von Zieg milch gelingt es, beim Kaninchen Forßmansche Antikörper zu

ugen, während Kuhmilch unter den gleichen Bedingungen unwirkm ist. Auch beim Kinde kann es sowohl nach enteraler wie renteraler Zufuhr von Ziegenmilch zur Ausbildung dieser Antirper kommen. Damit wird die Frage erörtert, auf welche Weise r Gehalt der Ziegenmilch an Forßmanschem Antigen und die egenmilchanämie der Säuglinge in Zusammenhang stehen können.

Nr. 35, 27. August 1927.

Poliklinische Erfahrungen über die Behandlung Zuckerkranker it Synthalin. Verfasser schließen aus ihren Untersuchungen, daß leichten und mittelschweren Diabetesfällen die Zuckerausscheidung im Harn durch Synthalin bei geeigneter Kost meist zum rschwinden zu bringen ist, es gibt jedoch auch verhältnismäßig chte Fälle, die sich in bezug auf die Zuckerausscheidung im Harn raktär zeigen. Bei schweren Patienten hat das Synthalin überupt keinen Einfluß auf die Zuckerausscheidung.

Der Blutzucker konnte nur in wenigen Fällen auf die Norm rabgemindert werden, in anderen Fällen blieb er selbst dort hoch, kein Zucker mehr ausgeschieden wurde; in wieder anderen Fällen gte der Blutzucker trotz gleichbleibender Synthalinbehandlung d gleicher Ernährung stärkere Schwankungen.

Der Vorteil, bei Medikation von Synthalin den Patienten mehr hrung zuführen zu können, wird häufig dadurch wieder wett geicht, daß Nebenerscheinungen auftreten, die sich in Uebelkeit, rchfällen, Erbrechen, Kopfschmerzen und Schweißen äußern, wol'ch der Allgemeinzustand des Kranken wesentlich beeinflußt rden kann. Zur Vermeidung dieser Nebenerscheinungen hat sich einigen Fällen das Pankreasdispert gut bewährt. Eine Toleranzigerung durch Synthalin war nur für ganz kurze Zeit und nicht ts zu beobachten, eine Zunahme des Körpergewichts wurde in nem Falle erzielt.

Die volle Bedeutung der Synthalinbehandlung in der Praxis wird in erst dann auswirken, wenn es gelingt, ein Mittel herzustellen, frei von Nebenwirkungen ist. Jedenfalls empfiehlt es sich heute h, Patienten, die ambulant mit Synthalin behandelt werden sollen, ächst in einer Klinik einzustellen, da hier die Verhältnisse für e diabetische Einstellung günstiger sind und auch der Patent selbst er merkt, worauf es ankommt.

Beitrag zur Frage der nephrogenen Toxine. Die Versuche Brückes d seiner Mitarbeiter werden bestätigt. Es wird gezeigt, daß bei leitung des Harns einer Niere in den großen Kreislauf nicht nur Rest-N — bzw. Harnstoffwerte im Blute ansteigen, sondern auch Indikan- und Xanthoproteinreaktion im Blute — als die echte ämie kennzeichnende Reaktionen — stark positiv ausfallen. Bei leitung des Harns einer Niere in die Pfortader kommt es ebenfalls zur Urämie. Die Lebensdauer dieser Tiere ist aber etwas länger jener mit Einleitung in die Vena iliaca. Die Leber vermag also toxischen Substanzen des Urins nur kurze Zeit abzufangen. Die ologische Untersuchung ergibt starke Leber- und Nierenverfung; bezüglich der Leberverfettung hat sich kein Unterschied len lassen, ob die Einleitung des Harnes in die Vena iliaca oder a portae erfolgte. Durch Behandeln mit Tierkohle verliert der rn im akuten Versuch an Giftigkeit.

Klinisch-diagnostische Erfahrungen mit der Interferometrie unter besonderer Berücksichtigung der endokrinen Erkrankungen. Die erferometrie, wenigstens in ihrer jetzigen Form, hat sich als diagnostisches Hilfsmittel bei endokrinen Erkrankungen als nicht brauchbar erwiesen. Bei allen 12 Gesunden, deren Blut der Firma zur Untersuchung gegeben wurde, ist starke Dysfunktion der Schilddrüse festgestellt worden. Fälle mit schwerstem Basedow aber zeigten nur geringe oder gar keine Abbaustörungen.

Was die Verwertbarkeit der Methode bei anderen inneren Erkrankungen (Tumoren, Tuberkulose usw.) anbetrifft, so fanden die Verfasser auch hier keine Unterstützung für die klinische Diagnose.

Ergebnisse obligatorischer Syphilisserodiagnostik an einem Tuberkulosekrankenhaus. Aus den Untersuchungen des Verfassers geht hervor, welch bedeutsamer diagnostischer Fortschritt in der obligatorischen Anwendung der Syphilis-Serodiagnostik nicht nur für die allgemeine Klinik, sondern auch für den Tuberkulosearzt begründet liegt. Neben der Erfassung der Fälle von Lues latens, die sonst unerkannt bleiben, gelingt es, einen erheblichen Teil aus der Gruppe der Pseudophthisen abzusondern und krankheitsgemäßer Behandlung zuzuführen.

Ueber den Einfluß von Röntgenstrahlen auf die Liquorproduktion. Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Liquorproduktion läßt sich dahingehend zusammenfassen, daß dieselbe deutlich herabgesetzt wird, was offenbar durch eine leichte Schädigung des Plexusepithels bedingt ist. Diese Herabsetzung der Liquorproduktion bildet anscheinend eine wichtige Komponente der günstigen Wirkung der Röntgenbestrahlung bei gesteigertem Hirndruck.

Ueber die Reaktionsfähigkeit chemisch definierter Substanzen bei der Anaphylaxie. Es gelang den Verfassern, 1. Meerschweinchen durch subkutane Vorbehandlung mit diazotiertem Atoxyl ohne weiteren Zusatz derart zu sensibilisieren, daß sie bei der Reinjektion des aus diazotiertem Atoxyl und Blutserum bestehenden komplexen Antigens unter den Erscheinungen des anaphylaktischen Schocks akut zugrunde gehen; 2. bei derartig sensibilisierten Meerschweinchen durch intrakutane (oder auch subkutane) Reinjektion des diazotierten Atoxyls typische, anaphylaktische Lokalreaktionen auszulösen.

Gibt es ein Streptokokkenantivirus nach Besredka? Aus den Untersuchungen der Verfasser geht hervor, daß die therapeutische Wirkung des Besredka-Filtrats auf einer in der Therapie längst bekannten unspezifischen Wirkung saurer Eiweißkörper beruht. Es kann aber von einem Antivirus für Streptokokken im Sinne Besredkas nicht die Rede sein.

Ein Todesfall nach Bluttransfusion von Person zu Person mit „gleicher" Blutgruppe. Ein Fall, der auf Grund der Blutgruppenbestimmung für einen Todesfall nach Transfusion innerhalb der gleichen Blutgruppe gehalten wurde, erwies sich bei der Nachuntersuchung als ein Todesfall nach Transfusion zwischen verschiedenen Blutgruppen. Zur Verhütung derartiger Unglücke müssen a) alle Testsera einen Vermerk über die wahrscheinliche Gültigkeitszeit tragen; b) eine Untersuchung angestellt werden, wie sich die Blutkörperchen und die Sera der Rezipienten und Donors tatsächlich zueinander verhalten. Bei Blutgruppenbestimmung ist es angezeigt, mit Blutverdünnungen und nicht mit unverdünntem Blut zu arbeiten. Zur Vermeidung der jetzt vorhandenen Verwirrung in der Blutgruppenbezeichnung sollen die gegenwärtig gebräuchlichsten Nummerbezeichnungen (nach Moss und Jansky) fallen gelassen werden und die von v. Dungern-Hirszfeld vorgeschlagene Buchstabenbezeichnung, die gleichzeitig die für die Blutgruppen charakteristischen Gene angibt, ausschließlich zur Verwendung gelangen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Die Medizinische Welt.

Nr. 30, 27. August 1927.

Bauchverletzungen. Nach Art des traumatischen Herganges ergeben sich zwei Hauptgruppen von Bauchverletzungen, je nachdem die Verletzung durch stumpfe oder penetrierende Gewalt hervorgerufen wurde. In der Friedenspraxis überwiegt die erstere. Ein Stoß mit der Faust, ein Fußtritt vor den Bauch stellt einen häufigen Hergang solcher Verletzungen dar; besonders gefürchtet sind weiterhin vor allem der Hufschlag, Prellung durch die Deichsel eines fahrenden Gefährtes, durch Eisenbahnpuffer, Ueberfahrungen usw. Die unmittelbare Wirkung einer Bauchverletzung ist meist äußerst eindrucksvoll. Schlagartig von einem dumpfen Schmerz überwältigt, sinkt der Getroffene zu Boden, die Atmung ist eigenartig gehemmt, stöhnend, das Gesicht blaß, der Puls klein, kalter Schweiß tritt auf die Stirn, ohne daß das Bewußtsein dabei zu erlöschen pflegt. Dieser „peritoneale Schock" sieht häufig bedrohlicher aus, als er in Wirklichkeit ist, indem die initialen Erscheinungen oft rasch wieder vorübergehen. In diagnostischer Hinsicht ist der Zustand der Bauchdecken gewöhnlich von geringer Bedeutung. Eine Beteiligung des eigentlichen Bauchinhaltes kann auch bei vollkommen intakten Bauchdecken vorliegen. Unter den Verletzungstypen der Baucheingeweide muß man unterscheiden: 1. Kontinuitätstrennungen lufthaltiger Organe, 2. Kontinuitätstrennungen solider Organe und 3. Kontinuitätstrennungen sekretführender Hohlorgane. Bei der ersten Gruppe handelt es sich um Rupturen des Magendarmkanals. Bei Mitspielen tangential wirkender Kräfte werden Abrisse beobachtet, besonders im Bereiche der Flexura duodeno-jejunalis. Praktisch von Wichtigkeit sind auch die sekundären Perforationen des Darmes nach einer Nekrose der Darmwand im direkten Gefolge der Kontusion oder indirekt bedingt durch Ruptur oder Thrombose von Mesenterialgefäßen. Die wichtigsten Repräsentanten der zweiten Gruppe bilden die Rupturen von Leber und Milz. Im Vordergrunde steht dabei die Blutung. Bei Nierenrupturen ist die dabei auftretende Hämaturie charakteristisch. Häufig sind bei Verletzungen dieser Art sekundäre innere Blutungen, die nach geringfügigen primären Blutungen ganz vehemente Formen annehmen können. Zur dritten Gruppe gehören die Rupturen der Gallenblase bezw. der großen Gallengänge, in deren Gefolge es zu ausgedehnten galligen Ergüssen in die Bauchhöhle kommen kann. Im Anschluß daran kommt es entweder zu schweren allgemeinen „cholämischen" Vergiftungserscheinungen oder zum Krankheitsbild des chronischen Cholaskos, der, mit allgemeiner Kachexie und hochgradigem Bauchhöhlenerguß einhergehend, äußerlich weitgehende Aehnlichkeit mit dem Bilde der exsudativen Peritonealtuberkulose aufzuweisen pflegt. Bei Blasenrupturen treten häufig Harnintoxikationen auf. Verletzungen des Pankreas pflegen das Bild einer nichttraumatischen akuten Fettnekrose hervorgerufen. Die spezielle Diagnose bleibt immer dem Chirurgen vorbehalten. Der nicht-operativ tätige Arzt hat nur die Entscheidung zu treffen, ob eine ernsthafte — d. h. chirurgisch zu behandelnde — Bauchverletzung vorliegt oder nicht. Folgende Gesichtspunkte kommen hierfür in Betracht: Der Eintritt abnormen Inhaltes — sei es Luft, Magen-, Darminhalt, Blut, Galle, Urin, Pankreassaft — in die Peritonealhöhle wirkt stets als Reiz, der sich durch das Auftreten der reflektorischen Bauchdeckenspannung zu erkennen gibt. Wichtig für die Beurteilung der Défense masculaire ist die Beobachtung der Atmung. Im positiven Falle bleiben die Bauchdecken gleichmäßig eingezogen. Es darf nie vergessen werden, nach Bauchdeckenspannung auch in den seitlichen und hinteren Partien zu fahnden. Für die Verletzungen des retroperitonealen Raumes — Niere, Ureter, hintere Kolonwand — ist gerade die Défense der Lumbalmuskulatur äußerst charakteristisch. Ein einfacheres Mittel, um zu erkennen, ob freie Luft in die Peritonealhöhle eingetreten ist, bietet die Perkussion der Leber (Verschwinden der Leberdämpfung). Fehlt dieses Zeichen bei vorhandener Bauchdeckenspannung, so ist damit eine primäre Magen-Darmöffnung im allgemeinen auszuschließen. Der charakteristische Symptomenkomplex einer Blutung besteht aus zunehmender Blässe, Unruhe und starkem Durst. Bei rektaler bezw. vaginaler Untersuchung kann der Befund einer Vorwölbung des Beckenbodens mitunter schon frühzeitig den Verdacht einer intraperitonealen Blutansammlung erwecken. Im Notfalle kann eine Blutuntersuchung (Hämoglobinbestimmung und Zählung der Erythrozyten) wichtige Fingerzeige geben. Es sollte nie versäumt werden, den Bauch zu auskultieren. Ein Fehlen der Darmgeräusche weist hierbei auf Darmlähmung hin. Den Verdacht einer peritonealen Reizung muß immer auch wiederholtes Erbrechen erwecken. Sorgfältige Beachtung ist dem Verhalten der Harnentleerung zu schenken. Hämaturie zeigt eine Beteiligung der Nieren an. Unwillkürlicher Abgang von reinem Blut zur Urethra weist im allgemeinen dagegen auf eine Verletzung der unteren Harnwege hin. Ist die Blase gefüllt und besteht keine Möglichkeit der spontanen Urinentleerung, so ist ein weicher Katheter einzuführen. Entleert sich dabei nichtblutiger bezw. nur wenig blutig gefärbter Urin, so ist in erster Linie an oberflächliche Einrisse im Bereiche der Harnröhre zu denken. Läßt sich dagegen der Katheter nicht einführen und ist eine Blutunterlaufung am Damm vorhanden, so handelt es sich um eine komplette Urethralruptur. Wenn die Blase sich als leer erweist, obwohl seit geraumer Z[...] nicht mehr uriniert worden ist, so handelt es sich in der Regel u[...] eine Blasenruptur. In allen Fällen, in denen irgendein positiv[...] Zeichen für das Vorliegen einer intraabdominellen Verletzung g[...] funden wird, muß der Patient möglichst schnell und schonend i[...] Krankenhaus überführt werden. Zweckmäßig ist dem Patienten v[...] dem Transport Morphium zu geben. Vor Exzitantien muß gewar[...] werden, da jede Steigerung des Blutdruckes eine Zunahme d[...] Hämorrhagie nach sich zieht. Sie sollen nur im äußersten Falle g[...] geben werden. Bei den penetrierenden Verletzungen des Bauch[...] soll in keinem Falle zur Sonde gegriffen werden. Man soll sich au[...] hier nur nach den indirekten Zeichen richten. Jede offene Verletzu[...] der Bauchhöhle muß grundsätzlich operativ revidiert werden. A[...] gesehen von den schwersten Verletzungen bieten die gewöhnlich[...] Darmrupturen oder die Blutungen aus den großen Bauchdrüsen b[...] frühzeitiger Versorgung eine relativ günstige Prognose.

Extractum Juniperi und seine Verbindung mit Kalium sulf[...] guajacolicum. Unter Darreichung von Extr. Juniperi konnte bei d[...] verschiedensten Formen der Tuberkulose im Kindesalter in all[...] Fällen eine Hebung des Appetits erreicht werden. Im Zusammenha[...] damit traten in kurzer Zeit gute Gewichtszunahmen auf. D[...] Präparat wurde von Kindern jeden Alters gern genomme[...] Schädigungen irgendwelcher Art (Magen, Darm, Nieren) kamen [...] keinem Fall zur Beobachtung. Die Verbindung des Extr. Junipe[...] mit Kalium sulfo-guajacolicum erwies sich bei Begleitkartarrhen d[...] Lungentuberkulose, unspezifischen Bronchitiden auf nicht exsudati[...] diathetischer Basis und Bronchiektasien als ein die Expektorati[...] gut förderndes und den Hustenreiz milderndes Präparat. D[...] Wirkungsweise des reinen Extr. Juniperi machte sich auch in dies[...] Kombination durch Hebung des Appetits und Anstieg der Gewicht[...] kurve geltend. Schädigende Nebenwirkungen traten nicht auf. A[...] fertiges Kombinationspräparat wurde das Junicosan gebraucht, d[...] aus 10 Teilen Extr. Juniperi, 10 Teilen Kalium sulfo-guajacolicu[...] 10 Teilen Aqu. cinamomi und 50 Teilen Sirup. aurant. comp. bestel[...]

L. Gordon.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.

124., 5/6 Heft.

E. Keller.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.

99., Heft 1 bis 3, September 1927.

Status dysraphicus. Bei der Untersuchung der Rückenmarke v[...] 8 Leichen mit deutlicher Trichterbrust ergab sich in drei Fällen ei[...] ausgesprochene primäre Gliose des Hals- und z. T. auch Lende[...] marks im Gebiet der zentralen Hälfte der Hinterstränge, in ein[...] Fall mit deutlicher Höhlenbildung. In einem vierten Fall konnte ei[...] ausgesprochene Hydromyelie mit dicker Gliafaserummauer[...] festgestellt werden. Die katannestischen Erhebungen und Verwan[...] schaftsuntersuchungen ergaben in allen Fällen das familiäre V[...] kommen des Status dysraphicus In zwei weiteren Fällen fand si[...] eine auffallende Vermehrung der Ependymzellen und z. T. der ze[...] tralen Gliaausbildung. Nur bei zwei Fällen ergab sich ein negativ[...] Resultat.

Recklinghausensche Krankheit. In einem Fall von Recklin[...] hausenscher Krankheit mit Ausbildung einer großen Zahl von pe[...] pheren und Wurzel-Neurinomen wird ein extramedullärer Tum[...] durch Lipiodol festgestellt und operativ entfernt; es zeigt sich ab[...] bei der Sektion auch ein intramedullärer Herd in den Segment[...] C 5—7. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, daß der Tum[...] als intramedulläres Neurinom diagnostiziert werden darf. Von k[...] nischem Interesse ist besonders der postoperative Verlauf, der dur[...]

eine beständige Hyperthermie ausgezeichnet wird. Es wird dargetan, daß diese Hyperthermie mit Wahrscheinlichkeit auf die Veränderungen des Rückenmark durch den intramedullären Tumor zurückzuführen ist.

Kurt Mendel, Berlin.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

109., Heft 1 und 2.

Zur Frage einer Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung. Geschwisterschaften und Elternschaften von Hirnarteriosklerotiker-Ehegatten. Verfasser hat Geschwister und Eltern von)0 Ehegatten von Hirnarteriosklerotikern untersucht, also eine Bevölkerungsgruppe, die er für einigermaßen dem Bevölkerungsdurchschnitt entsprechend hält. Tabellen geben die Zusammensetzung der usgangspersonen (Ehegatten) nach Geburtsort, Konfession, Beruf, rner einen Ueberblick über die unter den Geschwistern ausgezählten lerkmale und ihr Alter. Als Merkmale sind ausgezählt: Psychosen nd asylierte Psychopathien, Trunksucht, Suizid, sonstiger gewaltsamer Tod, Tod an Hirnschlag und Tuberkulose. Eine entsprechende ebersicht über die Eltern gibt ebenfalls eine Tabelle. Aus einer eiteren Tabelle sind die für die Psychosen unter den Probandengeschwistern errechneten und korrigierten Prozentzahlen zu ersehen. ie korrigierten Prozentzahlen — Hauptergebnis der Arbeit — sind r Dem. praecox, manisch-depressives Irresein, Paralyse, Lues erebri, Dementia senilis in der Weise errechnet, daß vor der Gefährdungszeit für die betreffende Krankheit ausgeschiedene Personen cht, in der Gefährdungszeit ausgeschiedene halb und nach Ende er Gefährdungszeit ausgeschiedene ganz in Rechnung gesetzt urden bei Bildung einer Summe, zu der die Zahl der an dem beeffenden Leiden Erkrankten in bezug gesetzt wurde. Für Epilepsie, ligophrenie und asylierte Psychopathie wurden diese Prozentzahlen ewonnen, indem die Erkrankten auf die Gesamtfälle, die nach dem leinkindalter aus der Beobachtung schieden, bezogen wurden. Diese rechneten Zahlen sollen uns die erwartungsgemäße Häufigkeit der etreffenden Krankheiten unter der Voraussetzung, daß alle Personen n Alter erreichen, das sie die ihnen statistisch vorauszusagende rankheit erleben läßt, angeben. Sie sollen also wegen der verhältnsmäßigen Unabhängigkeit vom Altersaufbau annähernd die relative äufigkeit der einzelnen Krankheiten bei Gruppen von verschiedenem lter unmittelbar vergleichen lassen. Die korrigierte Prozentzahl nter den Geschwistern der Probanden war für Dem. praec. 0,68, r manisch-depressives Irresein 0,98, für Epilepsie 0,29, für Paralyse 54, für Lues cerebri 0,76, für Dem. senilis 2,0, für Obligophrenie 58, für asylierte Psychopathie 0,29.

Ein Vergleich einiger beispielsweise von anderen Autoren errechneten Ziffern mit dem hier untersuchten Material macht doch die blichkeit der erwähnten Psychosen zum mindesten wahrscheinlich, r allem gibt es Unterlagen für die Praxis (Eheberatung).

Die Durchschnittsstatistiken wie diese haben ihren Wert nur als ergleichsuntersuchungen.

Untersuchungen über Hypnose. Zwecks objektiver Ergebnisse r den Einfluß der Suggestion in- und außerhalb der Hypnose geht erfasser von Untersuchungen der Muskelkraft und des Tastsinns s.

Er kommt nach 21 untersuchten Fällen zu dem Schluß: Bei etwa der Menschen mittels hypnotischer Suggestion Vermehrung der Muskelkraft nach Ablauf der Hypnose, bei etwa ⅘ Verringerung der Muskelkraft in Hypnose ohne Suggestion, bei etwa ⅗ Verringerung der Muskelkraft trotz Suggestion von vermehrter Muskelkraft in der Hypnose und bei etwa ⅓ Vermehrung der Muskelkraft in Hypnose mittels Suggestion.

15 weitere Tastsinnuntersuchungen ergeben: Bei etwa 80% der Menschen mittels Suggestion in Hypnose Verfeinerung des Tastsinns nach Ablauf der Hypnose, bei etwa ⅔ Abstumpfung des Tastsinns in der Hypnose ohne Suggestion, bei etwa ⅗ Abstumpfung des Tastsinns in der Hypnose trotz Verfeinerungssuggestion und bei etwa ⅓ in Hypnose mittels Suggestion Tastsinnverfeinerung.

Die Ergebnisse stimmen in der Hauptsache mit denjenigen Döllkens überein. In 10 von 15 Fällen, bei denen sowohl Muskelkraft wie Tastsinn untersucht wurden, Suggestionseinfluß bei derselben Person in gleicher Richtung nach der Hypnose. In der Hypnose war dies bei 10 Personen der Fall. In der Hypnose vor der Suggestion war die Aenderungsrichtung der Funktion bei 5 von 8 Personen dieselbe.

Die Konstitution der schizophrenen Juden. Die Arbeit basiert auf eingehenden Untersuchungen an 10 schizophrenen Juden der Polnischen Republik. Die anthropometrische Untersuchung wurde nach der üblichen Martinschen Methode ausgeführt, bei der biometrischen Bearbeitung wurden die statistischen Methoden (Czekanowski, Czuber, Youle) angewandt. Diese Untersuchungen gestatteten folgende Schlüsse: 1. Kretschmers Konstitutionstypen befinden sich nicht nur unter der europäischen eingeborenen Bevölkerung, sondern auch unter den Juden. Demnach können die Typen als allen leukodermischen Rassen eigentümlich betrachtet werden. 2. Die tiefe biologische Affinität zwischen Psyche und entsprechender somatischer Konstitution scheint keinem Zweifel zu unterliegen. 3. Die morphologische Analyse der leptosomen und pyknischen Konstitution und speziell der Körperlänge und Körperproportionen zeigt, daß der leptosome Typus im allgemeinen durch den Dolichomorphismus, der pyknischen durch den Brachymorphismus ausgezeichnet ist.

Unsere Erfahrungen mit einem neuen injizierbaren Schlaf- und Beruhigungsmittel bei Geistes- und Nervenkranken. Das von der Firma Riedel jetzt als flüssiges Präparat hergestellte Schlafmittel „Pernocton", eine 10% Lösung des Natriumsalzes der sek. Butyl-β-brompropenylbarbitursäure, welche stabilisiert ist und gegen Phenolphthalein praktisch neutral reagiert, wurde bei 80 Kranken, und zwar bei der Mehrzahl von ihnen mehrere Wochen lang hintereinander angewandt. Auf Grund der hierbei gemachten Erfahrungen glaubt Verfasser, P. zur Beseitigung von Schlafstörungen und Unruhe- und Erregungszuständen der verschiedensten Art empfehlen zu können. Der größte Vorzug besteht darin, daß es stark und doch milde wirkt, daß bei genügender Wirkungsstärke die Giftwirkung auf ein Minimum herabgesetzt ist. Wie bei intramuskulärer Injektion, ist Verfasser auch bei intravenöser Injektion des P. mit dem Erfolg zufrieden. Suppositorien (0,2—0,4) wirkten außer bei schweren Erregungszuständen auch gut. Angewandte intramuskuläre Dosis 0,2 bis 0,8, intravenöse 0,4 bis 0,7. Bei Dauernarkose (bis 3 mal tgl. 0,8) und stärkeren Erregungszuständen günstige Wirkung durch Kombination des P. mit kleinen Mengen anderer Schlafmittel. Dort, wo Morphium oder eines seiner Ersatzpräparate nicht zu umgehen waren, ist Verfasser durch Kombination mit einem Schlafmittel (Diol bis 0,3, Veronalnatrium bis 1,0 und Luminalnatrium bis 0,3) in viel geringeren Mengen ausgekommen, als sie sonst üblich sind. Ohne Gefahr kann auch noch dabei das P. in höheren Dosen appliziert es auch evtl. zur Verstärkung seiner Wirkung mit einer kleinen Menge eines der genannten Mittel kombiniert werden. Somnifen macht unangenehme Nebenwirkungen. Auch die Wirkung der Kombinationsprodukte eines Pyrazolonderivats mit einem Schlafmittel (Dormalgin, Cibolgin usw.) könnten durch P. in ihrer Wirkung gehoben werden.

Zur Kenntnis des Schicksals der Neurorezidive. Das praktische Ergebnis der Untersuchungen über das Schicksal von 36 Patienten mit Frühlues des Z. N. S. war folgendes:

1. Bei 14 ungenügend behandelten Neurorezidivpatienten wurde der Liquor nicht saniert in 11 Fällen, von denen 5 an Metalues erkrankten, bei einem wahrscheinlich eine inzipiente Paralyse vorliegt. Drei von ihnen starben nach einer für die Entstehung einer Metalues zu kurzen Zeit an Krankheiten, für deren Ausgang die Lues mit verantwortlich zu machen ist, und bei den restlichen zwei Fällen reicht die Beobachtungsdauer gleichfalls für das Entstehen einer Metalues aus. Nur in drei Fällen von den 14 Fällen kam es zu klinischer Heilung und Sanierung des Liquors; diese Patienten blieben gesund.

2. Von 20 gut und nach modernen Prinzipien behandelten Patienten wurden alle klinisch geheilt, keiner bekam bis dato eine Metalues. In 5 nach Jahren nochmals (resp. wiederholt) nachpunktierten Fällen erwies sich der Liqour als für die Dauer saniert.

Bei keinem der 20 konnte eine Progredienz im Sinne der Lues cerebrospinalis nachgewiesen werden. Bei einigen hingegen bestehen Restsymptome der stattgehabten Frühlues des Z. N. S.

2 Patienten mit Liquorsanierung unter dem Einfluß der Therapie müssen wegen zu kurzer Beobachtungsdauer ausscheiden.

Symptomatologisch ergab sich bei dem vorliegenden Material ein buntes und mannigfaltiges Bild. Im Punkte der Vorbehandlung sind im vorliegenden Material alle Möglichkeiten vorhanden. Die nach der Wilmanns'schen Hypothese zu erwartende Häufung der Metalues seit der Salvarsanära ist, wie aus einer ganzen Reihe aus Erhebungen anderer Autoren, auch aus diesem, wenn auch nur relativ kleinem Material nicht zu ersehen, denn von 36 spezifisch behandelten Neurorezidiven bekamen bisher nur 5 oder 6 eine metaluetische Erkrankung, und das sind gerade die schlecht behandelten Fälle. Es kann heute gesagt werden, daß alle Beobachtungen, die zur Zeit über die möglichen Schädigungen durch eine spezifische Therapie vorliegen, sich auf die ungenügende resp. „Anbehandlung" beziehen. Auch auf die Art resp. die Form des Neurorezidivs scheint die vorher stattgehabte Therapie von gewissem Einfluß zu sein. Zu der Frage, ob wir nicht zugleich die natürliche Abwehrreaktion des Organismus vernichten, indem wir den Liquor zu sanieren suchen, ist auf Grund der hier gemachten Erhebungen zu sagen, daß gerade von den 20 (gut behandelten) Fällen mit Frühmeningitis, bei denen unter energischer spezifischer Behandlung der Liquor normal wurde, kein einziger bis dato eine Metalues bekam. Wie 5 anbehandelte Fälle aber zeigen, gibt es eine absolute Schutzwirkung der Frühmeningitis luetica gegen Metalues wirkt. Verfasser hält es daher auch weiter für das Ziel unserer therapeutischen Bemühungen, den Liquor zu sanieren, ebenso wie er an Anschauungen über den prognostischen Wert des positiven resp. negativen Liquors unverändert festhalten zu müssen glaubt. Seiner Meinung nach hat sich an dem Urteil über den Wert des Salvarsans auch im Hinblick auf den Wert für die Erkrankung des Z. N. S. bisher so gut wie nichts geändert. Für den Wert einer spezifischen Therapie aber ist anscheinend nicht so sehr die Vortrefflichkeit eines Präparates als die Geschicklichkeit des Arztes ausschlaggebend.

Unwillkürliche Bewegungen, unwillkürliche Beschleunigungen und Hemmungen, ihr Nachweis durch das Experiment, ihre graphische Auszeichnung, ihre Bedeutung für die Diagnose, die Begutachtung, die Behandlung usw. Als willkürliche Bewegungen bezeichnet man im allgemeinen Sprachgebrauch, aber auch in der Wissenschaft solche, die auch vom Gesunden ausgeführt werden, unter Beteiligung höherer Zentren, in koordinierter Weise, zu bestimmten Zwecken, aber ohne Beteiligung des Bewußtseins und des Willens. Unwillkürlich pflegen wir, wenn es sich darum handelt, die größte Kraftleistung eines Muskels zu vollbringen, diesen vorher in den Zustand möglichster Dehnung zu versetzen („Ausholen"), da von dieser aus der Muskel größter Kraftentfaltung fähig ist. An einer mit Hilfe eines konstruierten Apparates gewonnenen Kurve zeigt Verfasser, daß schon eine sog. einfache Hin- und Herbewegung der Hand viel komplizierter verläuft, als es dem bloßen Auge erscheint. Wir sehen, wie bei der willkürlichen Hauptbewegung durch eine vorhergehende Hilfsbewegung eine Höchstleistung in quantitativer Beziehung, die größte Geschwindigkeit zu erreichen sucht, wie sie durch eine zweite unwillkürliche nachfolgende rasche Bewegung, die hemmend wirkt, in qualitativer Hinsicht das Höchste, die größte Genauigkeit im Umfange der Hauptbewegung erreichen will. Schwacher Antrieb von außen (Kommando) beschleunigt unwillkürlich trotz des Willens einer langsamen Ausführung die Bewegung und gespannte Erwartung löst noch Zitterbewegungen der Hand aus. Die Bewegung des Ausholens sehen wir in einfacher und komplizierter Form bei vielen kräftigen und ausgiebigen Bewegungen des Menschen und des Tieres auf Schritt und Tritt. Wo es darauf ankommt, eine Höchstleistung in qualitativer Beziehung zu erzielen, wo ein Glied in einer bestimmten Richtung, in genau bestimmten Grenzen und mit genau bestimmter Geschwindigkeit bewegt werden soll, kann es im Verlauf der Bewegung oft zu willkürlichen Bewegungen kommen damit die Richtung der Bewegung geändert, ihre Kraft und Geschwindigkeit herabgesetzt oder beschleunigt, ihr Umfang eingeschränkt oder vergrößert wird. Im Experiment kann dies infolge Fehlens der Uebung und Erfahrung notwendig werden. Besonders bei rhythmischen Hin- und Herbewegungen, die sich in bestimmten Grenzen vollziehen sollen, namentlich bei der sog. Bewegungsumkehr, zeigen sich diese Erscheinungen, wie auch bei manchen z. B. nervösen Erkrankungen. An Hand zahlreicher Kurven zeigt Verfasser, daß der erwähnte Apparat unter geschilderten Versuchsbedingungen trotz der Vergrößerung eine glatte Linie zeichnet, oder die Pulswellen sich deutlich von dieser Linie abheben, wenn die Versuchsperson die Hand ganz der Schwere überläßt, wenn sie völlig ruhig und gelassen ist. Sie verliert ihre Ruhe durch beunruhigende psychische Einflüsse und macht unwillkürlich feinste Bewegungen. Für die Schuld eines Angeklagten würde die Unruhe der Hand bei Zeigen eines Bildes vom Tatort unter Leugnen, die Bilder zu kennen, ein starkes Verdachtsmoment geben. In einem weiteren Experiment wird die Beeinflussung des Ablaufs anderer, gewollter Bewegungen durch den Affekt g zeigt. In unwillkürlichen Hemmungen, die hierbei auf assoziativ Wege ausgelöst werden können, wird ein gutes Mittel zum Na weis der Simulation im Gebiete der Sinnesempfindungen gegeb (Löwenstein, Brunslow.) Dem Neurologen und Psychia empfiehlt Verfasser diese Versuche in ihren Resultaten als ein gu Hilfsmittel.

Tuberkulose als Todesursache in den Geschwisterscha Schizophrener, Manisch-Depressiver und der Durchschnittsbevöl rung. (Ein Beitrag zum Konstitutionsproblem.) Verfasser verf über 915 Probanden, denen rund 5800 Geschwister entsprechen. schizophrenen und 354 manisch-depressiven Probanden stehen der Durchschnittsbevölkerung gegenüber. Die Untersuchung die Materials ergab:

Die nicht psychotischen Geschwister der Schizophrenen sterl weit häufiger — bis viermal so häufig — an irgendeiner Form Tuberkulose als die gleichaltrigen Geschwister der Durchschnit bevölkerung. Wahrscheinlich, aber durch die Untersuchungen ni schlüssig erwiesen, ist eine unverhältnismäßig starke Letalausl durch Tuberkulose gegenüber der Durchschnittsbevölkerung zweiten Lebensjahrzehnt. Die nicht psychotischen Geschwister Manisch-Depressiven verhalten sich in Bezug auf die Häufigkeit Todesfälle an Tuberkulose wie die Geschwister der Durchschni bevölkerung. Die geringe Widerstandsfähigkeit der schizophre Geschwisterschaften ist sicherlich ein erbkonstitutionelles Mom Eine positive Korrelation zwischen Anlage zur Dem. praecox u der erblichen Schwäche der geweblichen Potenz, die zu der her gesetzten Widerstandsfähigkeit gegen die tuberkulöse Infektion fül muß angenommen werden.

Hans Knospe, Berlin

Die Tuberkulose.

Nr. 7, 1927.

Ueber Bluthusten bei Lungentuberkulose. Es ist zwischen ei Rhexis-, Arrosions- und Diapedisisblutung zu unterscheiden. Stärke der Blutung ist von der Anzahl und Weite der bluten Gefäße, von der Gefäßart, der Herzkraft, vielleicht dem Blutdr und dem Gerinnerungsfaktor abhängig. Die größte Bedeutung wahrscheinlich der Gerinnungsfaktor. Ein aus dem tierischen B isolierter Körper, Sistonin, der seiner Zusammensetzung nach Sinne der Aktivierung des Fibrinferments wirken dürfte, hat in vi eine wesentliche Gerinnungsbeschleunigung bewirkt. Die klinis Erprobung hat gezeigt, daß tatsächlich mittelschwere und schw Blutungen bei einmaliger intravenöser Zufuhr von 10 ccm Sisto zum Stillstand kamen, ohne daß wesentliche Nachblutungen o Nebenwirkungen auftraten. Auch die subkutane Einspritzung v 10—20 ccm Sistonin zeigte bei leichteren Blutungen gute Result Auf Grund dieser praktischen Ergebnisse neigt Verfasser zu der A schauung, daß die Beeinflussung des Gerinnungsfaktors durch E bringung körperfremder Kinase von großer Bedeutung für Blutungsverlauf ist.

Bronchiektasen im Kindesalter, ihre Diagnose und Progno Unter den chronischen Lungenkrankheiten bereiten, zumal im Kind alter, die Bronchiektasen oft erhebliche diagnostische Schwier keiten. Die ausgesprochenen, klassischen Fälle sind außerordentl selten und kaum zu verkennen. Große Schwierigkeiten machen mittelschweren und leichten Fälle im Kindesalter. Die Hauptstü für die Diagnose bildet, auch bei Kindern mit wenig oder kein Auswurf, der Kontrast zwischen dem fehlenden oder sehr gerin Perkussionsbefund und dem ausgesprochenen Auskultationsergebn Unerläßlich für die Diagnose ist das Röntgenbild. Hier finden w trotz ausgedehnter und konstanter Rasselgeräusche über bestimm Lungenpartien die Lungenfelder auf der Platte häufig vollkomm klar, so daß man sagen kann, daß bei länger bestehendem Lung prozeß ein negatives Röntgenbild die Diagnose Bronchiektasen s wahrscheinlich macht. Strangförmige Lungenzeichnung gen keineswegs zur Diagnosenstellung. Die Jodipinfüllung der Broch bedeutet für die Darstellung der Bronchiektasen einen ganz e schiedenen Fortschritt. Für die Praxis genügt jedoch für die meis klinisch kranken Fälle das einfache Röntgenbild, das eben du seinen negativen Befund zur Diagnose führt. In einzelnen Fäl wird man jedoch ohne die Jodipinfüllung nicht zum Ziele komm

e Prognose schwerer Bronchiektasenfälle ist zweifellos schlecht, i leichteren und mittelschweren Fällen von kindlicher Bronchiektasie ist jedoch, selbst, wenn sie zeitweise bis zu 50 und 70 ccm utum im Tag entleeren, die Möglichkeit weitgehender Besserung rhanden. Es geht nicht an, einem kindlichen Bronchiektatiker zueich mit der Diagnose das Zeichen der Unheilbarkeit und des enslang arbeitsschwachen Kranken anzuheften.

Heft 8, 1927.

ur Begutachtung der Tuberkulosen als Kriegsbeschädigung. Felix Blumenfeld.
er Einfluß des Berufes auf Art und Ablauf der Tuberkulose. H. J. Ditges.
rfahrungen eines praktischen Arztes mit peroaler Tuberkulintherapie. E. Köchlin.
eber Schlafstörungen bei Lungentuberkulose. Ernst Paulsen.

H. Zweig, Dresden.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

205., 1./2. H., Juli 1927.

rfolgreiche Trendelenburgsche Operation bei Embolie der Arteria pulmonalis. A. W. Meyer.
pparatur zur Kohlensäureinhalation und bildliche Darstellung der Kohlensäureanwendung am Kranken. A. Dzialoszynski.
trakardiale Injektionen. E. Gohrbandt.
eber Leiomyome der Brustdrüse. H. Schauder.
eber das Enterokystom, insbesondere im Bereiche des oberen Verdauungskanales (nebst Mitteilung eines seltenen Falles von Duodenumpyloruskystom). A. Sohn
wei Beiträge zur Cholezystographie. I. Mangelnde Gallenblasen-Kontrastfüllung bei Geschwürskranken als häufiges Fehlresultat. Victor Orator. — II. Tierexperimenteller Vergleich der verschiedenen Gallenblasen-Kontrastmittel. Victor Orator und Walchshofer.
r operativen Behandlung der gastrischen Krisen der Tabiker. Felix Mandl.
achtrag zu der im 199. Bd., H. 1/2 erschienenen Arbeit: Ueber chirurgische Behandlung von gastro-intestinalen Krisen bei Tabes dorsalis. Fritz Stein.
eber das in die freie Bauchhöhle perforierte Ulcus pepticum jejuni. Franz Spath.
eber die um die Flexura duodenojejunalis gelegenen Brüche. Gyula Erdély.
arzinoid des Dünndarms als Ursache eines Darmverschlusses. J. Heine.
r Klinik der Aktinomykose des Rektums. Erwin Risak.
n Fall von Oesophagusdivertikel als Unfallfolge. Bertrams.
erichtigung zu der Arbeit von Orator und Metzler: Klinische und experimentelle Beiträge zur Ulkusfrage. G. E. Konjetzny.
widerung auf vorstehende Berichtigung zu der Arbeit von Orator und Metzler: „Klinische und experimentelle Beiträge zur Ulkusfrage" von G. E. Konjetzny. V. Orator.

Erfolgreiche Trendelenburgsche Operation bei Embolie der Arteria pulmonalis. A. W. Meyer ist es gelungen, in zwei Fällen n schwerster Embolie der Arteria pulmonalis die Trendelenrgsche Operation mit Erfolg auszuführen. Die erste Patientin ist uernd gesund geblieben, während leider bei der zweiten am 2 Tage post operationem eine neue Embolie eingetreten ist, der die tientin erlag. Verfasser gibt eine sehr genaue und übersichtliche schreibung der Operation mit guten Abbildungen. Die Operationsthode unterscheidet sich in einzelnen Momenten von der ursprüngin von Trendelenburg angegebenen und erfährt eine weitere Verlerung darin, daß A. W. Meyer die Klemme für die Pulmonalis d die Originalsonde sehr zweckmäßig hat abändern lassen. Zur seitigung des Atemstillstandes hatte sich die Kohlensäureinhalation bewährt.

Apparatur zur Kohlensäureinhalation und bildliche Darstellung d Kohlensäureanwendung am Kranken. Verfasser gibt die Beireibung der Apparate zur Kohlensäureinhalation, wie sie im Westler Krankenhaus gebraucht werden. Die Apparatur ist sehr einh; sie besteht aus einer Kohlensäurebombe mit einem Manometer. A die Bombe kann mittels eines Schlauches der Gummibeutel angelossen werden. Der Beutel wird mit 10 Liter Kohlensäure gefüllt, mit einem mit einem Verschlußhahn versehenen Schlauche armiert, den weiter ein Nélaton-Katheter angeschlossen werden kann. Nch Beendigung der Operation wird dieser Nélaton-Katheter gut gefettet, einige Zentimeter tief in die Nase des Kranken eingeführt. Ach bereits an dem Tiegel - Henle - Narkosenüberdruckapparat d Firma Georg Hertel ist eine Apparatur zur Kohlensäureinhalation gegeben worden. Die Erfolge mit der Kohlensäureinhalation, d an Hand von Kurven einwandfrei nachgewiesen werden können, sind so gute, daß die Kohlensäure-Inhalation mehr als bisher in Anwndung gebracht werden müßte.

Zahnärztliche Rundschau.

Nr. 35, 28. August 1927.

lloidwissenschaft in der Zahnheilkunde. F. V. v. Hahn.
iträge zur zahnärztlichen Diagnostik der Artikulation und der Alveolarpyorroe. Gustav Haber.
* „Pseudo-Neuralgien" im Bereich des Nervus trigeminus. C. Neuschmidt.
Psychologische Vorbedingungen bei der Festsetzung der schulzahnärztlichen Behandlungszeit. Bemerkungen zum Aufsatz von Hustede in der Zahnärztlichen Rundschau 1927, Nr. 33. Alfred Kantorowicz.
„Fehldiagnosen". Meyer.
Ueber die Bildung des organischen Zahnbelages in Beziehung zu Karies. Einar Bergve.

„Pseudo-Neuralgien im Bereich des Nervus trigeminus. Das Wort Neuralgie bezeichnet eigentlich nur ein Symptom, man sollte daher besser von einer Neuritis bezw. Neurose sprechen. Echte idiopathische Neurosen können entstehen: 1. Durch Konstitutionskrankheiten: Diabetes, Gicht, Gehirnanämie, Sklerose der Arterien oder Nervenscheiden. 2. Durch Vergiftung mit Blei, Quecksilber, Kupfer, Brom, Alkohol. 3. Durch Infektionskrankheiten wie Malaria, Grippe, Rheuma, Typhus, Lues. Bei allen diesen Erkrankungen liegt ein Zustand vor, der sich im Nerven manifestieren kann; gegenüber diesen seltenen Neurosen gibt es aber eine ungleich größere Zahl von neuralgieformen Beschwerden, welche von einem Nachbarorgan ausgehen. Solche Fälle bezeichnet der Verfasser als „Pseudo-Neuralgien". Pseudo-Neuralgien werden häufig durch Erkrankungen der Zähne und Kiefer bedingt. Sehr bekannt sind die Fälle einer versteckten Pulpitis oder chronischen Periodontitis als Ursache einer Pseudo-Neuralgie. Pulpitis kann durch starke Dentikel-Bildung hervorgerufen oder vorgetäuscht werden. Zur Diagnosestellung ist es deswegen ratsam, in zweifelhaften Fällen eine frontale Röntgenaufnahme des Kopfes zu veranlassen. An zweiter Stelle sind Zahn-Fisteln als Ursache von Pseudo-Neuralgien zu nennen. Unscheinbare kleine, abgeschlossene Einschmelzungsherde als Schmerz-Ursache kommen öfter vor, als man gemeinhin annimmt; sie können sich dem Blick sowohl wie der Röntgen-Darstellung durchaus entziehen. Man sollte sich deshalb nicht scheuen, in Fällen, wo ohne anatomischen Befund die klinische Diagnose genau gesichert und lokalisiert ist, zu resezieren, selbst wenn man dabei auf das Antrum maxillare stößt. Bekannt sind auch die Neuralgien, welche durch retinierte Zähne entstehen. Meist sind es obere Eckzähne (seltener untere Weisheitszähne), welche im Oberkiefer quergelagert mit der Krone vor oder hinter dem Schneidezahn, mit der Wurzelspitze hinter den Prämolaren liegen und auf den zuführenden Nervus alveolaris drücken. Eine besondere Stellung zur Neuralgie nimmt die Parodontose ein. Sie ist öfter mit Neuralgie im Bereich des Nervus auriculotemporalis und des Nervus occipitalis bezw. des ganzen Plexus cervicalis, auch des Plexus brachialis vergesellschaftet. Eine Mittelstellung zwischen echter und falscher Neuralgie nehmen wohl das Rheuma des Kiefergelenks mit seinem Bewegungsreiz sowie die Exostose im Canalis mandibularis mit ihrem Druck auf den Nerven ein. Die Fülle der aufgezählten Ursachen gibt uns Veranlassung, gegen die Diagnose „Trigeminus-Neuralgie" äußerst mißtrauisch zu sein. Fällt die Untersuchung negativ aus, so muß man noch an ein auslösendes Moment der Nachbargebiete des Auges, der Nase mit ihren Nebenhöhlen und des Ohres denken; auch diese gehören in die Rubrik der „Pseudo-Neuralgien". L. Gordon.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 30, 28. Juli 1927.

* Die Indikation zum künstlichen Pneumothorax und seine Erfolge. Petschacher.
Abnorme Leichtgläubigkeit gegenüber krankhafter Lügenhaftigkeit. Weißmann.
Kriminelle tödliche subakute Thalliumvergiftung. Kaps.
* Eigenartiges Bild einer Sepsis bei Aortenstenose am Isthmus. Embacher.
* Ueber die Wirkung des Euphyllin auf zentral ausgelöste Atemstörungen. Singer.
Die Gewebsflüssigkeitsreaktion des Organismus bei Magenaffektionen. Gavrila.
Die Darmwirkung des Chinins. Harnik.
Medizinische Philosophie. Gerber.
Bedeutung der Fehldiagnose in der Strahlenbehandlung angeblicher Myome. Werner.
Funktionsprüfung des Auges. Bachstez.

Die Indikation zum künstlichen Pneumothorax und seine Erfolge. Der künstliche Pneumothorax ist indiziert: 1. bei streng einseitigen Prozessen, wenn physikalische oder röntgenologische Zerfallserscheinungen vorhanden sind, wenn das Sputum positiv ist, bei stärkeren oder rezidivierenden Hämoptoen, bei längerer Dauer der Erkrankung. 2. Bei doppelseitigen Prozessen, wenn nur eine Seite Zeichen von Progredienz, vor allem von Destruktion zeigt. 3. Als Ultima ratio bei beiderseitigen, schwereren Tuberkulosen, bei denen aber nur auf einer Seite ganz sichere Zerfallserscheinungen nachweisbar sind. 4. Bei tuberkulösem Empyem nach vorhergehender möglichst restloser Entfernung des Exsudates. 5. Bei serösen Pleuritiden, namentlich tuberkulöser Natur. 6. Beim Spontanpneumothorax, der weiter erhalten wird. 7. Bei Bronchiektasien und Abszessen. 8. Bei Verdacht auf Tumoren der Lunge oder Pleura aus diagnostischen Gründen. Gegenindikationen sind zu schwere Prozesse der besseren Seite, käsige Pneumonie und Mischinfektion von septikämischem Charakter auf der zu behandelnden Seite, ausgedehnte Kehlkopf-,

Darm- und beiderseitige Nierentuberkulose; ferner Nephritis, dekompensierte Vitien, Diabetes. Die Erfolge der Pneumothoraxbehandlung sind in den von vornherein aussichtsreichen Fällen durchweg sehr gut, in den weniger aussichtsreichen zum Teil befriedigend.

Eigenartiges Bild einer Sepsis bei Aortenstenose am Isthmus. Es kam im Verlauf der Sepsis zu Hautblutungen, die sich auf die untere Körperhälfte beschränkten. Die Blutungen entstehen durch kleinste Mikrokokkenembolie, die von dem unterhalb der verengten Stelle liegenden Thrombus ausgehen.

Ueber die Wirkung des Euphyllin auf zentral ausgelöste Atemstörungen. Euphyllin besitzt eine gute symptomatische Wirkung gegen Cheyne-Stokes-Beschwerden. Besonders prompt wirkt es in Kombination mit intravenöser Strophantin-Salyrgantherapie. Bei rektaler Applikation (0,6—0,8) tritt die Wirkung später ein, hält aber länger an.

Nr. 31, 4. August 1927.

Die erste operative Behandlung der Angina pectoris durch Ramicotomia anterior C_8—D_3. Singer.
Erythema neonatorum toxicum (Leiner) und allgemeine Allergie der Neugeborenen. Mayerhofer und Krajnovic-Lypolt.
* Die Appendicitis acuta im Greisenalter. Lehmann.
Die Behandlung der eitrigen Peritonitis mit keimfreien Koli- und Mischkulturfiltraten (Antivirus). Kittinger.
Ein Fall von Nitrobenzolvergiftung. Schnopfhagen.
Ueber Magenlues. Herman.
Ueber einen besonderen Fall von „Angina". Tschiassny.
Medizinische Philosophie (Schluß). Gerber.
Die Beeinflussung der Infektionskrankheiten durch Schwitzkuren. Strasser.
Indikation und Erfolge der Behandlung im Hebraschen Wasserbett. Riehl jun.

Die Appendicitis acuta im Greisenalter. Bei sehr frühem operativen Eingriff ist die Prognose günstig; die Diagnosestellung ist meist schwierig; gute Anhaltspunkte geben der Druckschmerz, das Rovsingsche Phänomen, die Leukozytose. Dagegen wird eine Défense musculaire, Pulsbeschleunigung und Fieber oft vermißt.

Nr. 32, 11. August 1927.

Zur Pathologie und Therapie der Nachgeburtsperiode. Heidler.
Ueber sogenannte Riesenzellensarkome im Bereiche der Kiefer. Häupl.
Ueber spontanen Pneumothorax. Weisz und Koppenstein.
* Zur Frage der diätetischen Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. Lačný.
Erweiterte parasakrale Anästhesie bei den Operationen im kleinen Becken. Finsterer.
Ueber die hämostatische Wirkung der Röntgenstrahlen in Verbindung mit vier durch Radiotherapie geheilten Fällen von hartnäckiger Epistaxis. Popp.
Ueber Schwellstromapparate und ihre therapeutische Anwendung. Zellner.
Frauenarzt und Bevölkerungspolitik. Stiglbauer.
Ueber die Gefahren der Laienbehandlung mit Hochfrequenzströmen. Kowacschik.
Ueber die Behandlung der Ekzeme der Mamilla, der Anse- und Genitalregion. Brandweiner.
Kapillarmikroskopie. Liebesny.

Zur Frage der diätetischen Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. Bei schweren Fällen von Knochentuberkulose mit hartnäckigen, stark sezernierenden Fisteln und fortwährend sich füllenden Abszessen hatte folgende Diät gute Erfolge: Reduktion der Flüssigkeitsaufnahme auf das ertragbare Minimum, salzlose Diät, Vermeidung von Konserven, Selchwaren und Milch. Ausgeschlossen wurden von dieser Behandlung Kranke mit hartnäckigem Fieber und Kinder.

Nr. 33, 18. August 1927.

Zur Physiologie des Wochenbettes. Kraul.
Ueber Blausucht der Neugeborenen. Sahler.
Ein modifiziertes Antivirus (Histan). Eisler und Lehndorff.
* Ueber die Behandlung der Tuberkulose des Hüftgelenkes. Durban.
Röntgenbehandlung von Lungenstörungen nach Operationen. Glas.
Bemerkung zu vorstehender Arbeit. Kutscha-Lissberg.
Ueber die motorischen Störungen bei chronischen Formen der Encephalitis lethargica. Brodsky.
Einige Bemerkungen zur Frage der Zahl der Erythrozyten im Menschenblute. Komocki.
Die Gewebsflüssigkeitsreaktion des Organismus bei Magenaffektionen. Balint.
Serologische Diagnostik der Infektionskrankheiten. Russ.
* Symptome bei pleuralen Erkrankungen. Soyo.
Anwendungsgebiet, Indikationen und Dosierung der Traubenzuckerlösung. Stejskae.

Ueber die Behandlung der Tuberkulose des Hüftgelenkes. Die schwerste Komplikation bei der Streckfixation des tuberkulös erkrankten Hüftgelenkes ist die Subluxation oder Luxation. Durch Extensionsbehandlung in Beugestellung kann die Luxation verhindert bzw. reponiert werden. Erst als Schlußakt kommt die Ueberführung der Beugestellung in die Streckstellung.

Symptome bei pleuralen Erkrankungen. Die bindegewebig verdickte Pleura kann zu verschiedenen Geräuschen Anlaß geben, die häufig mit pulmonalen Geräuschen verwechselt werden. Die Lungengeräusche haben immer giemenden und schnurrenden oder blas oder knisternden Charakter. Das pulmonale Knistern ist durch Merkmal der ungeheueren Massenhaftigkeit der einzelnen Geräus ausgezeichnet. Die pleuralen Geräusche zeigen keines der erwähn Merkmale. Sie entstehen bei schwartig veränderter Pleura d Dehnung der letzteren. Dabei besteht über den betreffenden Tho partien eine vermehrte Sukkulenz der Haut und des Unterhautbi gewebes, was auf einen Prozeß der Pleura parietalies hinweist. lange dauernden Prozessen kommt es durch die fortwährende i ratorische Dehnung zu einer fortschreitenden Erschlaffung der dickten Pleura und damit zu einem Verschwinden der Dehnu geräusche. In diesen Fällen ist die Haut über der Pleuraschw nicht mehr sukkulent, sondern derb und starr und mit der Unter fest verwachsen als Zeichen eines lange dauernden Entzündu prozesses.

Ernst Pick, Wie

Hospitalstidende.

21. Juli, Nr. 29.

Beitrag zur Technik der Pyelographie und deren Resultate. Jacob Nordenlöf

28. Juli, Nr. 30.

* Diagnose und Differentialdiagnose des otogenen Hirnabszesse. (Fortsetz Robert Lund.

4. August, Nr. 31.

Diagnose und Differentialdiagnose des otogenen Hirnabszesses (Fortsetz Robert Lund.

11. August, Nr. 32.

Diagnose und Differentialdiagnose des otogenen Hirnabszesses (Schluß). R. Lund.

Otogener Hirnabszeß. Eine wesentliche Ursache dafür, viele otogene Hirnabszesse undiagnostisch und unoperiert oder n eröffnet bleiben, daß sowohl die vorhandenen Symptome (Nystag Extremitätenlähmung, Aphasie, Vorbeigreifen) sowie der opera Befund der Aufmeißelung des Processus mastoideus oder des Mi ohrs auf ein Abszeß im Schläferlappen hinweisen, wo man dann geblich den Eiterherd sucht, während die Sektion den Sitz Abszesses im Kleinhirn erweist. Der Hirnabszeß zeigt k sicheren pathognomonischen Symptome, die ihn von anderen genen intrakraniellen Komplikationen unterscheiden; dazu kom daß mehrere von diesen gleichzeitig mit dem Hirnabszeß vorhan sein können. Dieselben können sich bilden, ohne daß immer er Entzündungsvorgänge im Mittelohr oder im Processus mastoi und dessen Umgebung darauf hinzuweisen brauchen. Die otog Meningitis zeigt nicht allein eine Pleozytose in der Meningealflüs keit. Pleozytose kann sich in der Spinalflüssigkeit in jeder P des Hirnabszesses finden. Primäre Meningitis kann die ausgepr mononukleäre Form der Zellen zeigen, und Hirnabszesse können unter schon im Beginne das polynukleäre Zellbild in der Spi flüssigkeit aufweisen. Die sekundäre Meningitis nach anderen eiterherden, ebenso die Pleozytose im Liquor schwindet gewöhn nach operativen Eingriffen oder Besserung der primären Herde. epidurale Abszeß kann mitunter mit alarmierenden Symptomen treten, die einen Hirnabszeß vortäuschen. Die Tachymenin interna oder der subdurale Abszeß sind gewöhnlich auf Temporalgegend und die Fossa cranii posterior beschränkt. Hä ist die Kombination der Sinusthrombose mit Hirnabszeß und d wird der letztere nicht selten übersehen; septisch-pyämische scheinungen mit Fieber überwiegen hier meist. Der labyrintho Kleinhirnabszeß geht meist mit Zerstörung der akustischen vestibulären Labyrinthfunktionen einher. Der Nystagmus d Labyrinthaffektion bei erhaltener Funktion des Labyrinths ist anderweitig bedingtem intrakraniellem Nystagmus nicht immer le zu unterscheiden. Von der intrakraniellen Syphilis, der tuberkulö Meningitis, der epidemischen Enzephalitis, intrakraniellen Blutun und Tumoren, von Urämie und Hysterie ist die Unterscheidung n so schwierig. Bei Verdacht auf Tumor ist neben einer eitri Mittelohrentzündung stets ein explorativer Hirneingriff anzura

S. Kalische

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 33., 18. August.

Experimentelle Untersuchungen über die Funktion der Mandeln. (Fortsetz Viggo Schmidt.
Neueste Kapitel über die Geschichte der Steinzertrümmerung (Litolapa O. Keller.

Nr. 34., 25. August.

Künstliche Erzeugung maligner Tumoren. Fischer weist hier ch, daß die Embryomalisierung der Gewebszellen nicht genügt, um eschwulstzellen zu erzeugen. Dann könnte man alle Gewebszellen rch Kulturen zu malignen machen. Die Malignität bei den Gehwulstzellen ist nicht eine vorübergehende Charaktereigenschaft, e durch äußere Vorgänge (Ueberschuß an Nahrungsstoffen, Mangel Verbrennung) bedingt ist, sondern eine bleibende von Zelle zu Zelle rerbte, die erst mit dem Untergang der Zelle selbst schwindet. ese Eigenschaft kann bei Züchtung von Sarkomzellen (3 Jahre) und i Karzinomzellen monatelang unter den verschiedensten, echselnden äußeren Bedingungen festgestellt werden, so daß man n Satz aufstellen kann: Omnic cellula maliga e cellula maligna.

Schwefelbehandlung der Paralyse und Metalues. Da die Malariahandlung der Paralyse, die bisher als beste bezeichnet werden muß, cht ohne Gefahr ist, nicht selten versagt und sehr umständlich ist, von einer derartigen Behandlung außerhalb der Klinik nicht viel hoffen. Es müssen Mittel gesucht werden, die sich leichter und ch ambulant anwenden lassen. Zu diesen gehört die Schwefelhandlung und zwar Einführung von 1—10 ccm 1% Schwefelöl renteral und intramuskulär. Nach 3jähriger Beobachtung zeigten ige Fälle von Paralyse danach Remissionen und Wiederkehr der beitsfähigkeit. Teils handelt es sich dabei um eine unspezifische iztherapie teils um spezifische chemische Wirkung des Schwefels. ch andere luische Erkrankungen des Zentralnervensystems heinen durch die Schwefelbehandlung günstig beeinflußt zu werden.

Funktion der Mandeln. Die Hauptfunktion der Mandeln scheint e auf das leukozytane System zu sein. Durch Ausschaltung der nsillen (operative Entfernung oder Abkühlung oder Novocain) entsht eine Leukozytose als vorübergehendes Ausfallsymptom. Tonsarextrakt und seine Injektion kann ferner Blutdrucksenkung erzugen. Wie die Leukozytenwirkung einheilt, ist noch nicht klar; elleicht spielt das autonome Nervensystem, Kreislaufvorgänge, nzentrationen der Dilatationen der Gefäße in der Milz usw. dabei ue Rolle.

S. Kalischer.

Hygiea.

Heft 15, 15. August.

Cholesteatom im Antrum Highmori. Cholesteatome im Mittelohr sd meist Pseudocholesteatome, bei welchen das Plattenepithel in d; Mittelohr hineingewachsen ist. Im Sinus funtalis sind 7 Fälle, i Sinus maxillar 9 Fälle beschrieben, wovon 8 als Pseudocholestea me (Plattenepithel der Nase, Mund usw.), 1 als echtes beschrieben sd. In dem beschriebenen Falle lag eine follikuläre Zyste vor en einem cholesterinreichen Gewebe. Ein Pseudocholesteatom vr nach der Zysten-Operation aus dem Zystenwundrest als Matrix e standen. Durch die Auskristallisierung des Cholesterins wurden Fttsäuren frei, wie Palmitin-Stearin-Oelsäuren, die hier auch nachwisbar waren.

Veränderungen des Krankheitsbildes der Syphilis. Die Veränderngen des Krankheitsbildes der Syphilis (Ueberwiegen von Gefäßul Nerven-Lues) können bedingt sein durch die neuen Behandlungsnthoden, durch Aenderungen der Konstitution des Befallenen oder dch Veränderungen des Virus selbst. Im großen und ganzen ist der Vrfasser für eine konsequente und kräftige Behandlung mit Salvsan trotz aller Einwände dagegen.

S Kalischer.

Acta Chirurgica Scandinavica.

62., H. I—II., 28. Juli 1927.

Frakturen des unteren Radiusendes und ihre Behandlung. Verfasser berichtet über seine Erfahrungen in der Behandlung der Frakturen des unteren Radiusendes auf Grund von 342 Fällen, die er in der Poliklinik des Kopenhagener Commune-Spitals beobachten konnte. Unter den 342 Fällen befanden sich 119 Männer, bei denen öfter die rechte Seite betroffen war und 223 Frauen mit mehr linksseitiger Lokalisation.

Die Behandlung bestand in Reposition — die gewöhnlich ohne Narkose ausgeführt werden konnte — und Gipsschienenverband in Pronation, starker Flexion und Ulnarabduktion. Nach einer Ruhigstellung von 6—8 Tagen wurde die Schiene entfernt und mit der Massage begonnen. Bei einer Nachuntersuchung ergaben sich funktionell: 60% vorzügliche, 33% gute, 6% mittelmäßige und nur ein schlechter Behandlungserfolg.

Verfasser glaubt mit dieser Behandlungsmethode bessere Resultate erielt zu haben als sie sonst mitgeteilt werden und schlägt deshalb diese Behandlung vor.

Krampfadern der unteren Extremität vom Gesichtspunkt der Aetiologie und chirurgischen Behandlung aus betrachtet. Verfasser erörtert die Aetiologie der Krampfadern und die Resultate der chirurgischen Behandlung. Durch zahlreiche und sehr exakte Untersuchungen an Patienten mit Varizen in den verschiedensten Stadien sowie durch Untersuchungen an Leichen hat er folgende Befunde erhoben:

Zunächst wird bestätigt, daß die Erblichkeit eine große Rolle spielt, daß Krampfadern beim weiblichen Geschlecht häufiger vorkommen als beim männlichen, daß Varizen meistens schon vor dem 30. Lebensjahre auftreten. Es werden hauptsächlich 4 besondere Arten von Krampfadern unterschieden: a) isolierte sackförmige, b) geschlängelte, c) gleichmäßig dilatierte, hypertrophierte, sonst normale Venenpartien, die zwischen den eigentlichen Varizen liegen, d) feine kutane Dilatationen. Durch Nochforschungen an Leichenmaterial konnte festgestellt werden, daß die Lokalisation der Varizen völlig launenhaft ist und der Grund zur Erkrankung in der Venenwand selbst gelegen ist. Auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen kommt Verfasser zu der schon früher ausgesprochenen Ansicht, daß die wahrscheinliche Ursache der Varizenbildung in einer Atrophie der Media-Muskulatur zu suchen ist, während die Elastika durch Hypertrophie die Erweiterung zu verhindern sucht.

Ausgedehnte Exstirpationen geben die besten Erfolge, obwohl sich auch deren gute Wirkung mit den Jahren verlieren kann.

Sekundärresektion des Magens bei krankhaften Zuständen nach Gastroenterostomien. Verfasser teilt 14 Fälle mit, bei denen eine Gastroenterostomie ausgeführt worden war, die aber ihre Beschwerden trotz der Operation beibehalten oder wiederbekommen hatten. Die Beschwerden waren verschiedener Art und umfaßten im Hauptteil die sogenannten Gastralgien, während in der zweiten Gruppe die Beschwerden gänzlich oder teilweise auf den Darm zurückzuführen sind, bei denen mehr oder weniger eine Colitis vorliegt. Für die ersten Fälle schlägt Verfasser zur Beseitigung der Beschwerden die partielle Gastrektomie vor, ganz gleich, ob es sich um ulzeröse Veränderungen oder nur um einfache Formen der Gastritis handelt. Bei den Fällen, bei denen Darmstörungen im Vordergrunde stehen, führte er die Beseitigung der Gastroenterostomie durch. Durch die Wiederherstellung des physiologischen Passageweges gelang es ihm in dem größten Teile, die Beschwerden zu beseitigen.

Prostatektomien. — Einige Bemerkungen über Indikation, Technik und Resultate. Unter 93 operativ behandelten Prostatahypertrophien betrug die Mortalität 5,4% (bei 82 Fällen von gutartiger Hypertrophie 4,9%, bei 11 Fällen von Karzinom 9%).

Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß die guten Resultate der operativen Behandlung von der sorgfältigen Vorbehandlung abhängig sind. Von größter Bedeutung ist die Blasendrainage mittels eines Dauerkatheters. Für die Beurteilung des Funktionsvermögens der Niere ist die Bewertung des Reststickstoffes das Ausschlaggebende. Der Wert soll 40 mgm% nicht übersteigen. Die häufig auftretenden postoperativen Epididymitiden sind wahrscheinlich auf den häufigen Katheterwechsel zurückzuführen und müssen durch zweckentsprechende Behandlung der Harnröhre vermieden werden.

Die Diagnose des Prostakarzinoms kann auch mikroskopisch große Schwierigkeit machen. Rezidive können schon nach kürzester

Zeit auftreten, sie können jedoch auch jahrelang ausbleiben. Das Auftreten von Knochenmetastasen im Anschluß an Prostatakarzinom ist keineswegs eine Seltenheit.

Primärresektion des Magens bei Magenperforation und Duodenalgeschwüren. Mitteilung in 20 Fällen, bei denen im Anschluß an Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürsperforation die Resektion ausgeführt wurde. Verfasser steht auf dem Standpunkt, wenn man überhaupt Anhänger der Resektionsmethoden ist, die Resektionen auch auf die Perforationsfälle auszudehnen, die man frühzeitig zur Behandlung bekommt.

62., H. III—IV. 25. August 1927.

Bauchdeckenreflexe und ihr diagnostischer Wert bei plötzlichen abdominalen Erkrankungen. Bei ungefähr 4/5% sämtlicher Fälle von akuter Bauchfellentzündung oder Bauchfellreizung liegt eine Veränderung der Bauchreflexe (in Form von totalem oder partiellem Ausfall) vor. Die Stärke des Ausfalls steht in keinem Verhältnis zu der Schwere des Krankheitsbildes, obwohl im allgemeinen bei der bereits bestehenden Peritonitis der Ausfall deutlicher zu sein scheint als es bei einer einfachen Reizung der Fall ist. Der Ausfall der Reflexe kann sich über den ganzen Bauch erstrecken oder partiell beschränkt sein und kann eine gewisse Hindeutung auf den Sitz und die Ausbreitung des Krankheitsprozesses angeben. Auch für die Beurteilung der Prognose kann das Verhalten der Bauchdeckenreflexe wichtig sein. Treten die Reflexe nach 24—48 Std. wieder auf, so ist es als günstiges Zeichen aufzufassen. Die Ursache der Reflexveränderungen ist noch unbekannt, wahrscheinlich beruht sie in einer durch die Bauchfellreizung hervorgerufenen Hemmung des Reflexes.

Nachuntersuchungen bei 196 operierten Fällen von Gallensteinblasen. Die Nachuntersuchung von 196 operierten Gallenstein-Patienten hat ergeben, daß sowohl nach Cholezystektomie wie Cholezystektomie die gleiche Anzahl von Rückfällen zu beobachten sind. Bei beiden Operationsmethoden sind in 19% echte und unechte Rückfälle zu verzeichnen gewesen. Die Cholezystektomie scheint also nicht berechtigt zu sein, die Cholezystektomie völlig zu verdrängen. Zahlreiche Beobachtungen und Nachuntersuchungen werden in der Zukunft ergeben müssen, welche der beiden Operationsmethoden das bessere leistet.

Fremdkörper im Duodenum. Verfasser teilt 2 Fälle mit, bei denen Fremdkörper im Zwölffingerdarm stecken geblieben waren. Nach den zahlreichen Mitteilungen in der Literatur über eine derartige Lokalisation der Fremdkörper glaubt Verfasser schließen zu müssen, daß gerade bei der hufeisenförmigen Gestaltung des Duodenums den Fremdkörpern die Passagemöglichkeit hierselbst erschwert wird. Das Steckenbleiben im Duodenum ist durchaus nicht harmlos und kann Veranlassung zu lebensgefährlichen Komplikationen geben. Unter genauer Kontrolle des Röntgenbildes und der abdominalen Erscheinungen kann man sich in den ersten Tagen abwartend verhalten. Treten jedoch die ersten Erscheinungen einer peritonealen Reizung auf, so muß die operative Entfernung vorgenommen werden.

Eine improvisierte und einfache Methode zur Extraktion tiefsitzender Uretersteine. Es gelang Verfasser mit einer neben dem Cystoskop in die Blase eingeführten Brüningschen Zange, die sonst für die Extraktion von Fremdkörpern in den Bronchien bestimmt ist, die vorsichtige Dilatation der Uretermündung durchzuführen, sodann ein tiefsitzendes Konkrement zu fassen und zu extrahieren. Der Eingriff wird als schmerzlos und gefahrlos geschildert und wird vom Verfasser allerdings nur in der Anwendungsmöglichkeit bei ganz tiefsitzenden Ureterkonkrementen und nur bei Frauen in Vorschlag gebracht.

Ueber die Behandlung des Pyarthros genus. Verfasser bespricht den Pyarthros genus ohne traumatische Knochenverletzung und nicht die Behandlung der neu entstandenen frischen Kniegelenksverletzungen. Wiederholte Punktionen können ausnahmsweise Heilung herbeiführen. In den meisten Fällen wird dagegen die Arth[rotomie] ausgeführt werden müssen. In 7 Fällen von eitriger Kn[ie]gelenksentzündung ohne Knochenverletzungen, die mit aktiven [Be]wegungen nach Willelms Methode behandelt wurden, konnten 5 g[anz] bewegliche Kniegelenke und zwei mit geringer Einschränkung [der] Beweglichkeit als Resultate erzielt werden. Nur in der aktiven [Be]wegung wird die Möglichkeit gesehen, ein Kniegelenk völlig zu dr[ai]nieren. Die aktive Bewegung eines geöffneten Kniegelenkempye[ms] ist nicht schmerzhaft. Die Bewegungen haben nur den gewünsch[ten] Erfolg, wenn sie aktiv ausgeführt werden. Die Temperatur fällt [ge]wöhnlich schnell und das Allgemeinbefinden ist gut. Liegen Kap[sel]phlegmonen vor, so sind die Bewegungen schmerzhaft und man k[ann] paraartikuläre Abszesse vielfach nicht vermeiden. Nachdem [die] Abszesse geöffnet und drainiert sind, kann ebenfalls mit der akti[ven] Bewegung des Kniegelenkes begonnen werden. Selbstverständl[ich] müssen die Bewegungen unter schärfster ärztlicher Kontrolle a[us]geführt werden. Ist der Pyarthros mit Knochenverletzungen [zu]sammen vorhanden, so kann man nicht zu aktiven Bewegungen rat[en].

Kurt Mendel, Berlin

Venerologia i Dermatologia.

(Venerologie und Dermatologie.)

Nr. 5, Mai 1927.

Zur Frage der Lungensyphilis. Differenzialdiagnostisch spri[cht] für Lungensyphilis die einseitige Affektion der Lunge, Sitz im Mit[tel-] und Unterlappen bei freien Lungenspitzen, Fehlen Koch'scher Bazi[llen] im Auswurf. Verf. beschreibt einen Fall von Lungensyphilis, [der] drei Jahre lang erfolglos wegen Tbc behandelt wurde. Die [ein]geleitete antisyphilitische Mischko (Jod, Salvarsan und Bismu[t]) führte einen glänzenden Erfolg herbei. Die Kur war auf Grund [des] Röntgenbildes und der stark positiven WaR. angeordnet worden.

Der lipolytische Index des Blutes bei verschiedenen Stadien [der] Syphilis. Untersuchungen an 63 Patienten haben ergeben: der li[po]lytische Index ist bei aktiven syphilitischen Formen stets her[ab]gesetzt. Das Verhalten dieser Herabsetzung in verschiedenen Stad[ien] der Syphilis läßt keine Gesetzmäßigkeit erkennen. Bei laten[ter] Syphilis und insbesondere während deren Behandlung wächst [der] lipolytische Index rasch an, um schließlich normale Werte zu [er]reichen. Trotzdem dieser Index stets die Aktivität des Prozes[ses] anzeigt, kann er nicht als diagnostisches Hilfsmittel gebrau[cht] werden, da die individuellen Schwankungen bedeutend sind.

Ein Fall von Syphilisreinfektion mit Primäreffekt an der Bru[st]warze. Eine vor Jahren wegen Syphilis energisch behandelte F[rau] akquirierte durch das Stillen ihres zweijährigen mit angeborener L[ues] behafteten Knaben ein hartes Geschwür an der Brustwarze. W[aR.] negativ, klinische Symptome fehlten während 6½ Monate nach [der] Reinfektion. Die Untersuchung des Kindes ergab positive WaR. [Bei] der Patientin war in der rechten Achselhöhle charakteristische [re]gionäre Skleroadinitis nachweisbar.

Der diagnostische Wert der Vergrößerung der regionären Lym[ph]drüsen bei atypischen Formen der Gelenktuberkulose, die die Syph[ilis] vortäuschen. Bei zweifelhaften Gelenkaffektionen ist für die Di[ffe]rentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Syphilis von Wichtigk[eit,] ob die Lymphdrüsen in der Umgebung des kranken Gelenkes v[er]größert sind. Gegebenenfalls kann mit großer Wahrscheinlichk[eit] Tuberkulose diagnostiziert werden. In solchen Fällen muß n[ach] weiteren Tuberkuloseanzeichen gesucht werden. Daß dieses Sy[m]ptom (Gangolphe'sches Symptom) ist deshalb von großer Bedeutu[ng,] weil das klinische Bild der tuberkulösen Gelenkaffektion den [der] syphilitischen Erkrankungen außerordentlich ähnlich ist.

Unschädlichmachung der Neosalvarsanpräparate und Bestimmu[ng] ihrer Toxität durch Strontiuran. Strontiuran (Strontiumuran) ist k[ein] einheitlicher chemischer Körper. Seine Verwendung zur Bestimmu[ng] der Reinheit von Neosalvarsanpräparaten hat sich bei den Versuc[hen] der Verfasser als unzulässig erwiesen. Trübungen von N[eo]salvarsanpräparaten Strontiuran haben sich in der Mehrzahl der F[älle] als unschuldig gezeigt. Die getrübten Präparate haben sich oft

eniger toxig erwiesen als die nicht getrübten. Die Tauglichkeit der eosalvarsanpräparate kann nur durch vorschriftsmäßige chemische nalyse und klinische Prüfung festgestellt werden.

Beschleunigte Seroreaktion nach Kahn. Untersuchungen an 44 Seren haben ergeben die Kahn'sche Reaktion (KR) ist in allen adien der Lues empfindlicher als die WaR. und SGR. Die KR ckt sich in 99,29% der Fälle mit den klinischen Befunden. Unezifische Reaktion fällt in 1,75% der Fälle aus, also um ein eniges öfter als bei der WaR. und SGR. Wegen der Einfachheit r Ausführung und der Anschaulichkeit der Ablesung der Resultate llen Verf. KR. an die Spitze aller Ausflockungsreaktionen. Die rfasser meinen jedoch, man dürfe sich nie mit einem einzigen rodiagnostischen Verfahren begnügen, stets müssen neben der WaR. e der Präzipitationsreaktionen herangezogen werden. Da die . keiner komplizierten Apparatur bedarf, so erscheint sie besonders eignet für kleine Provinzsanatorien. Die Antigene dazu müssen n staatlichen Instituten hergestellt und geprüft werden.

Zur Statistik der Geschlechtskrankheiten in der tartarischen Reblik. Außerordentlicher Rückgang der Syphilis unter den ambuten Patienten: von 66 pro Mille im Jahre 1902 auf 27 pro Mille Jahre 1925, (diese Gegenüberstellung ist zumindest unvorsichtig. erseits kann man sich auf die Vorkriegsstatistik in den östlichen uvernements Rußlands keineswegs verlassen, andererseits ist die suchbarkeit der Ambulatorien nach der Revolution so sehr gegen, daß ein Vergleich mit den früheren Jahren zu keinen lüssen berechtigt, da in den Vorkriegsjahren die Ambulatorien in äußersten Fällen besucht wurden. D. Ref.). Bei der tartarischen völkerung ist die Zahl der Geschlechtskranken bedeutend geringer bei der russischen. Die Zahl der Neuinfektionen nimmt dauernd von 580 im Jahre 1924, 187 im Jahre 1925 auf 97 in der ersten fte 1926. In den Landessiedelungen haben die Erhebungen 7 bis % Syphilitiker unter der Landbevölkerung ergeben. In den rfern herrscht extragenitale Syphilis vor.

Woprosy Tuberkulosa.

Fragen der Tuberkulose.

Nr. 6, Juni 1927.

Beitrag zur Frage der Oxydationsprozesse bei der experimenen Tuberkulose. Das Studium der Oxydationsprozesse bei der erkulose ist ein hochbedeutsames und dringliches Problem der hologie des Tuberkulose-Prozesses. Durch Ermittelung der nentativen Fähigkeit des Tuberkulose-Organismus können wir tvolle Beiträge zur Klärung der Frage nach den Oxydationszessen gewinnen. Die Lipase des Blutes bei der experimentellen erkulose beim Meerschweinchen erfährt hochgradige Herabung und verschwindet sogar mitunter. Die Katalase des Blutes mt ebenfalls ab, besonders stark gegen das Ende des Tuberkulosezesses. Die Peroxydase nimmt in der ersten und besonders in zweiten Periode ab, um während der dritten Periode wieder as anzusteigen. Die Einführung von Tuberkulin in einen tuberisinfizierten Organismus ruft rasche Erhöhung des lipolytischen katalytischen Vermögens des Blutes hervor. Im Vergleich mit Norm sind die Oxydationsprozesse bei der experimentellen erkulose herabgesetzt.

Herz- und Lungentuberkulose. Das Studium der Veränderungen Zirkulationsapparates bei der Tuberkulose und die Anwendung diesbezüglichen Befunde für diagnostische Zwecke sei sehr vernlässigt. Verf. hebt die Häufigkeit konstitutioneller Disproporen zwischen dem Umfang des Herzens und den Ausmaßen der den Gefäße sowohl, als auch die Verschiebung des Zwerchfells Tuberkulose-Kranken hervor. Bei der Tuberkulose müssen die schiebungen des Herzens aufmerksam beachtet werden. Bei ppenfehlern verläuft die Tuberkulose gutartig.

Ueber die Wirkung der Sonne auf die Kapillaren und auf die mgeschwindigkeit in diesen. Bei der Ueberwachung der Sonnenrahlung zur Behandlung der Tuberkulose leistet die Kapillarokoie wertvolle Dienste. Bleibt eine Reaktion der Kapillaren bei Insolation dauernd aus, so wird der Befund als Kontraindikation gegen die Sonnenbehandlung aufzufassen sein. Mangels anderer Mittel zur Dosierung der Sonnenstrahlen kann die Kapillaroskopie zur Regelung der Dosen dienen, zumal die Methodik einfach ist. Die Sonnenbestrahlung beschleunigt den Blutstrom in 75% der Fälle.

Klinitscheskaja Medizina.

(Klinische Medizin.)

Nr. 5/6, März 1927.

Einfluß der lokalen Wärme auf die Zufuhr von Galle in den Darm. Schlammumschläge von 38—40° R auf die Lebergegend rufen Verringerung der Duodenalausscheidungen und der Galle während des Aufliegens der Umschläge hervor. Nach der Wegnahme der Umschläge nehmen die Ausscheidungen zu. Die Gesamtausscheidung des Duodenalinhalts in der Galle bleibt jedoch unverändert. Der Duodenalinhalt, der nach einem Schlammumschlag gewonnen wird, ist intensiver mit Galle verfärbt als normalerweise. Die Verringerung der Gallenausscheidung während des Aufliegens des Schlammumschlages ist auf die Retention der Galle in den durch die Wärme erweiterten Gallengängen zurückzuführen. Darreichung von warmem Leitungswasser während und nach des Schlammumschlages erhöht die Gallenabsonderung. Das Trinken von warmem Wasser während und nach dem Schlammumschlag ist zweckmäßig zur Durchspülung der Gallengänge und zur Erhöhung der gallenbildenden Funktion der Leber.

Ueber die Schwierigkeiten der Klassifikation der Gelbsuchtsformen. Verf. bemängeln die landläufige Klassifikation der Ikterusformen. Es kommen vielfach Mischformen vor. Verff. beschreiben einen Fall von Cholangitis lenta, bei der der hämolytische Streptokokkus isoliert werden konnte, — ein in der Literatur noch nicht beschriebener Fall. Der Fall verlief mit ausgesprochener Gelbsucht und reichlichem Bilirubingehalt des Blutes. Die Milz war nicht vergrößert, während sonst die Milzschwellung eines der wichtigsten Symptome des hämolytischen und septischen Ikterus ist.

Ueber den epidemischen Ikterus. Gelegentlich der Ikterus-Epidemie in Kostroma (1925/26) stellte Verf. Baobachtungen und Untersuchungen an dieser Krankheit an. Der Erreger der Krankheit ist nicht einheitlich. Neben der hämorrhagischen Spirochäte von Ido und Inade treten auch Bakterien der Darmflora als Erreger auf. Viele Fälle verlaufen ohne Ikterus und ohne acholischen Stuhl. Diese Symptome bilden nicht das Wesen der Krankheit, sind vielmehr sehr unvollständig. Die ikterische Verfärbung der Gewebe ist das Ergebnis der Hyperfunktion der durch die Krankheit veränderten Leber. Das Symptomentrias der akuten Leberschwellung, des Gastrozismus und der Stuhlverstopfung bildet die Grundlage für die Diagnose. Durch frühzeitige Behandlung läßt sich der Verlauf der Krankheit abkürzen. Die Behandlung besteht in der Darreichung von Salvarsan, Atoxyl, Bismut, Kollargol. Es wird auch Kalomel empfohlen. In der ersten Zeit wirken auch Salyzilpräparate gut. Wärmeflaschen auf die Leber, Abführungsmittel, Einläufe. Auch von Rekonvaleszentenserum sah man Erfolge. Im Stadium der Genesung sind Bäder, leichte Massage und leichte Gymnastik ratsam.

Fieber bei Gallensteinkrankheiten. Verf. wendet sich gegen die Theorie der nervösen Natur des Fiebers bei Gallensteinkrankheiten. Vielmehr sei das Fieber die Folge des Eindringens der den Steinen anhaftenden Erreger in das Blut. Dieses kann stattfinden, wenn die Schleimhaut der Gallengänge bei Kolikanfällen durch die Unebenheiten der Steine, die nicht ausgestoßen werden können, verletzt wird, und auf diese Weise Eingangspforten für die Infektion geschaffen werden. Verf. spricht in diesem Sinne von einem Anfall-

fieber im Gegensatz zum Entzündungsfieber, das durch entzündliche Prozesse hervorgerufen wird.

Oxytherapie bei epidemischer Enzephalitis. Subkutane Einführung von Sauerstoff, Sauerstoffinhalation, subkutane Einführung von Kaliumpermanganat beeinflußt günstig den Zustand der Patienten bei epidemischer Enzephalitis. Die Ermüdbarkeit nimmt ab, die vegetativen Störungen gehen zurück, die Emosionssphäre wird belebt, die Bewegungen werden gebessert. In zwei Fällen mit gleichzeitigem chronischen Lungenprozeß wurde dieser ungünstig beeinflußt, in einem von diesen Fällen verschlechterten sich auch die enzephalitischen Erscheinungen. Bei gleichzeitiger Tuberkulose ist daher Vorsicht in der Anwendung der Sauerstoffbehandlung geboten.

Zur Frage der Herzfehlerzellen. Verf. beobachtete Fortbewegung von Staubzellen vermittels eines breiten Pseudopodium, so daß sie an eine Amoeba limax erinnerten. Die Geschwindigkeit der Bewegung betrug 90 m in der Stunde. Unter den Staubzellen beobachtete Verf. zweikernige Elemente, zuweilen auch vierkernige und sogar solche mit acht Kernen. Auf Grund dieser Tatsache hält Verf. die Staubzellen für Mesenchymamoebozyten, für Analoga der Kupferschen Leberzellen. Die gemachten Beobachtungen widersprechen der Annahme eines endodermalen Ursprungs der Staubzellen. Daß die Staubzellen sekretorische Funktionen haben, beweist auch ihre Struktur: Exzentrizität des Kerns, Vorhandensein echter Kernchen. Die Funktion der Staubzellen betrachtet Verf. als Koliophagie. Dieselben Zellen heißen Lipophagen, wenn sie Fetteinschlüssen, Erytrophagen, wenn sie eingeschlossene rote Blutkörperchen enthalten. Durch ihre phagische Tätigkeit beteiligen sich die Herzfehlerzellen in den intramediären Stoffwechsel.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 59, 23. Juli 1927.

Azidose der Nieren. F. Rathery, Trocmé und J. Marie.
Epitheliom bei einem Radiologen, geheilt nach Bordier; Selbstbeobachtung. E. Marquès.
Die Behandlung des Oberlippen-Furunkels. J. Sénèque.

Nr. 60, 27. Juli 1927.

Indikation zur Operation bei der einfachen Splenomegalie. P. E. Weil und R. Grégoire.
Die Treponematose und die öffentliche Hygiene. C. S. Butler und E. Peterson.

Nr. 61, 30. Juli 1927.

* Ueber die Ruptur bei Pyosalpinx. Ch. Lenormant und R. Kaufmann.
Ueber die Bürgersche Krankheit. R. Schrapf.
Zu den elektrischen Entladungssymptomen bei multipler Sklerose. A. Trioumphoff.

Ueber die Ruptur bei Pyosalpinx. Bei unilateraler Salpingitis, ebenso bei allen Fällen, wo der Zustand des Kranken rasche Intervention erfordert, muß die unilaterale Salpingektomie mit abdominaler Drainage gemacht werden. Bei doppelter Pyosalpinx und bei leidlichem Allgemeinzustand ist wie bei der eitrigen Salpingitis ohne Ruptur die Operation der Wahl die totale Hysterektomie mit vaginaler Drainage und kolo-vesikaler Scheidewand.

Nr. 62, 3. August 1927.

Zur Behandlung des Milzbrandes beim Menschen mittels Serotherapie. E. Bodin.
* Ueber gebundenen Blutzucker. L. Condorelli.

Ueber gebundenen Blutzucker. Normalerweise verhält sich der gebundene zum freien Zucker wie 50 : 100. Während der alimentären Hyperglykämie erreicht der freie Zucker seine Akme, während der gebundene fällt, um erst wieder zu steigen, wenn der freie Zucker wieder seinen normalen Wert hat. Dieselben Resultate finden sich bei endovenösen Zuckerinjektionen. Kleine Adrenalindosen vermehren den freien Zucker, große vermindern den gebundenen. Insulin vermehrt den gebundenen beträchtlich bei gleichzeitiger Verminderung des freien. Nach dem Zuckerstich wird der freie vermehrt und der gebundene stark vermindert. Die Pankreatektomie vermindert bzw. vernichtet den gebundenen Zucker, während die diabetische Hyperglykämie deutlich wird. Es ist kein Zweifel, daß der Pankreas-Diabetes den gebundenen Zucker stark vermindert; bei schweren Formen fehlt er ganz, steigt aber nach Insulinbehandlung stark an, während der freie sinkt.

Nr. 63, 6. August 1927.

* Intrakarotidiale Injektionen mit opaken Substanzen zur Durchleuchtung. E. Monir.
* Das Mißverhältnis zwischen den lokalen Hyperthermien nach Sympathikus-Neurotomien und der arteriellen Zirkulation. R. Leriche und R. Fontaine.

Intrakardiale Injektionen mit opaken Substanzen zur Durchleuchtung. Strontium- und Lithium-Bromur können in großen Quantitäten und hochprozentig ohne Gefahr zur intravenösen Injekti angewandt werden. Kalium-Bromur ist weniger opak und gefä licher, Natrium-Bromur ebenfalls gefahrlos, aber weniger opak Strontium-Bromur. Rubidium- und Natrium-Jodur sind die bestä digsten und am stärksten opaken Substanzen von bester Verträgli keit; letzteres wurde am meisten bevorzugt. Vorherige Morph gabe verhütete jede Schmerzreaktion und ermöglichte eine tadell Aufnahme des arteriellen Geflechtes des Gehirns.

Das Mißverhältnis zwischen der lokalen Hyperämie na Sympathikus-Neurotomien und der arteriellen Zirkulation. Na gewissen Sympathikus-Operationen zeigt es sich, daß die Phänome der aktiven Vasodilatation und die thermischen nicht untrennl zusammengehören. Sie erscheinen zwar gemeinsam, aber letzteren bestehen fort, wenn die ersten bereits lange verschwund sind. Haber

---

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie.

3. Jahrg., Nr. 5, 1927.

* Die Filarienkrätze. J. Montpellier.
* Ein Arsenerythem verschont die vorher von Syphiliden betroffenen Körperstel G. Milian.
* Herpes zoster und Varizellen. G. Milian.
Keratitis interstitiales auf Grund hereditärer Syphilis bei einer Frau 30 Jahren. G. Milian.

Die Filarienkrätze. Bei einer Anzahl algerischer Neger besta eine zuerst für Skabies erklärte ausgedehnte Erkrankung der Vord arme, Lendengegend, Handrücken, Oberschenkel, die dem Autor äh lich einer Lichenifikation eines Ekzems erschien. Es handelte si um Einwanderung von Onchocerca volvulus in die Haut. Stark Jucken führte zu intensivem Kratzen bei den meisten betroffen Personen. Wenn nicht gekratzt wurde — die Reizbarkeit ist verschiedenen Personen sehr verschieden —, blieb die Haut vö intakt, obwohl die Parasiten anwesend waren. Man könnte v „Prurigo microfilarien" sprechen. Die Therapie war bisher ho nungslos. Novarsenobenzol und Wismut versagten. Es bleib mechanische Maßnahmen, chirurgische Entfernung der Zyste od Jodalkoholinjektion in den Gang.

Arsenerythem verschont die vorher von Syphiliden betroffen Körperstellen. Eine sekundäre Syphilitica litt an einem polymorph Exanthem des ganzen Körpers, hypertrophischen Papeln Genitalgegend und der ganzen Skala syphilitischer Erscheinungen Frühperiode. Eine Kur mit steigenden Dosen von 914, die mit fünften Injektion 0,9 erreicht hatte, ließ bei ihr ein allgemei Arsenerythem ausbrechen, das interessanterweise ebenfalls ganzen Körper betraf, nur respektierte es die Stellen, die vor von Syphiliden bedeckt gewesen waren. Der Nachweis, daß sich bei diesem Erythem nicht um ein toxisches Phänomen, sond um ein biotropisches (Erweckung latenter Erreger durch das Ars präparat) handelte, wurde durch die bestehende Eosinophilie, du den morbilliformen Charakter des Exanthems, durch die gut v tragenen späteren Arseninjektionen geliefert. Das Arsenerythem also hier, obwohl universell, gerade die Stelle verschont, die syphilitischen Papeln betroffen waren, und diese Integrität ging weit, daß auch in der sekundären Phase des Erythems, währe sich die Arsenpigmentierung einzustellen begann, diese Pigme flecke strikt die syphilitisch gewesenen Stellen aussparten. ergab sich folgendes Bild: Zahlreiche Pigmentflecke als Reste abgeheilten Maculae syphiliticae, umgeben von einem weißen Sa der kreisrund oder oval war und an den an allen Seiten and Pigmentflecke grenzten, die erheblich größer waren und von Arsenerythrodermie stammten. Wie erklärt man dieses Phänome Vielleicht hat es eine rein mechanische Ursache. Die syphilitisc Eruption ist vaskulär und führt zur Gefäßverengerung, wirkt a gerade dem gefäßerweiternden allgemeinen Oedem entgegen. E facher wäre die Annahme, daß das Ganze ebenso wie das Phänom von Schulz-Charlton zustande kommt. Man hätte dann an Stelle der intradermalen Serumeinspritzungen die Entwicklung Syphilide zu setzen, die in ihrer Nachbarschaft ein seröses Ext vasat verursachten.

Herpes zoster und Varizellen. Der Zusammenhang zwisch diesen beiden Krankheiten bzw. ihre Identität ist noch sehr u stritten. Der Autor sah sehr viele Fälle von Herpes zoster in sein Krankenhaus, dagegen fast nie Varizellen. Eine neue Beobachtu spricht aber für die Identität beider Erkrankungen. Ein 20jährig Mädchen kam mit einem typischen Zoster auf die Station, fiebe leicht und wurde am 13. Tage geheilt entlassen. Im selben S befand sich ein 6½ Monate altes kongenital syphilitisches Mädch das 13 Tage nach dem Eintritt der Zosterkranken seinerseits krankte und bei dem 3 Tage später typische Varizellenbläsch

gestellt wurden. Einen Tag später konfluiert die Eruption und Säugling muß auf eine andere Station gebracht werden, die die gnose Varizellen bestätigt. Das Kind starb einige Tage später. Fall scheint Autor für die Identität der beiden Affektionen zu echen. Auf den beiden Stationen war seit langer Zeit kein Windkenfall mehr gewesen, andererseits schlief das Kind nur wenige er entfernt von der Zosterkranken. Auch die Daten über die ubationszeit stimmen. Curt Heymann, Berlin.

Annales des maladies vénériennes.

Nr. 6, Juni 1927.

Behandlung gonorrhoischer Urethritiden mit intrauretralen enobenzolinjektionen. Die Verzweiflung des Praktikers gegen- einer nicht heilen wollenden Gonorrhoe und anderseits die hohe lisierende Kraft der Arsenobenzole veranlaßten Mouradian zu uchen, die Gonorrhoe mit Präparaten vom Typ 914 intrauretral behandeln. Bei allen möglichen Komplikationen der Gonorrhoe e sich Lévy-Bing das Sulfarsenosol bei intravenöser Anwendung nders gut bewährt, z. B. bei akuter Orchitis, Salpingo-ovaritis. kte Applikation dieser Präparate an die erkrankten Partien te also erst recht Vorteile bieten. Eigenartiger Weise machte Arsenpräparat, das, neben die Vene gebracht, zu den bekannten eren Entzündungserscheinungen führen kann, auf der entzündn gonorrhoischen Schleimhaut keinerlei Reaktionen. In tastender entration erreichte der Autor schließlich 0,9 (Neotreparsenan) ccm Wasser. Fast alle Kranken vertrugen diese hohe Dosierung konnten die Flüssigkeit mühelos ½—1 Stunde in der Harnröhre n, ohne Harndrang zu bekommen. Einige gingen sogar über Zeit hinaus.

Ein aseptisches Urethralsekret wurde bei einigen Kranken schon 4—5 Einspritzungen einer Lösung von 0,15 in 2 ccm Wasser cht. In andern Fällen waren höhere Dosen und diese längere hindurch erforderlich, bis zu 10—15 Injektionen. Der Autor rät, njektionen täglich zu machen, beginnend mit 0,15 und steigend 0,3 auf 0,45 in 3 ccm Wasser. Dann hat der Kranke einen Tag e und erhält am folgenden Tage 0,6 in 4 ccm Wasser usw. bis stens 0,9. In den Pausen verwendet Autor das Wismutpräparat illan, das die Schleimhaut weich macht und zum Versiegen der etion beiträgt. Dies allerdings nicht immer. Wenn hohe Neorsandosen längere Zeit fortgesetzt nicht wirken, dann ist eine ose Fortsetzung dieser Behandlung zwecklos und man muß eine e von 2—4 Monaten (!) machen, während welcher Zeit die kheit oft spontan (!) heilen soll.

Akute Gonorrhoe heilt manchmal schon nach 6—7 derartigen tionen. Urethroskopisch läßt sich die günstige Lokalwirkung Neotreparsenan verfolgen: Bei weicher Infiltration und nach sgeschickter 1—5proz. Zinkchloridlösung besteht eine Rötung esamten Schleimhaut mit Oedem und starker Sekretion. Nach Injektionen entfärbt sich die Mukosa, das Oedem verschwindet. kommt es zu Ulzerationen, im Gegenteil, die Schleimhaut get die Einführung der größten Sonde. Es handle sich um eine ige Wirkung der Arsenobenzole auf die Gewebserneuerung.

Bei harter Infiltration ist die Chlorzinkinjektion und die Deh- mit Kollmann sehr notwendig, die darauf folgende Epithelsquamation ist die Voraussetzung für die Wirkung des Asärats, das dann analog wirkt wie bei den Fällen von weicher ation.

Der Autor empfiehlt die Lokalbehandlung mit den Präparaten Typ Neosalvarsan in Fällen, die sonst nicht heilen wollen.

Ekthymatöser, krustöser weicher Schanker. Mit Recht wird stets t, daß das Ulcus molle im Gegensatz zum durum niemals eine e hat. Eine Ausnahme dieser Regel ließ die Diagnose abirren. e nach einem Koitus war bei einem jungen Manne eine Affektion Penis aufgetreten, die ganz und gar wie ein Ekthyma aussah. war mit allen Methoden stets negativ. Das Suchen nach dem zus von Ducrey unterblieb zunächst. Es handelte sich um eine anfangs 15 mm im Durchmesser große Läsion mit dicker braunrzer Kruste, entzündlichem rosafarbigen Hofe und darunter dem Oedem. Nimmt man die Kruste ab, so sieht man eine seröse Fläche mit scharfen Rändern, am nächsten Tage bildete sich ruste wieder. Die etwas geschwollenen Leistendrüsen waren el schmerzhaft, nicht indolent und hart wie bei der Syphilis. Man atte also an ein Ekthyma, besonders da auch Spirochäten fehlten.

Die Ulzeration blieb sich völlig gleich, zuweilen sah sie etwas entzündlicher und ödematöser aus. Als sich die Läsion ausdehnte, hebt Verfasser die Kruste ab und ist betroffen über die abgelösten Ränder und über einen weißlichen nekrotischen Saum, der als bestes diagnostisches Merkmal für weichen Schanker gilt. Jetzt wird der Ducreysche Bazillus gesucht und gefunden, es ist ein Ulcus molle, das auf Chlorzink $^{1}/_{10}$ und Calomelsalbe abheilt, eine Therapie, die durch Injektionen von Nicolleschem Vakzin (Dmelcos von Poulenc Frères) gut unterstützt wird.

Keine Zeichen von Syphilis traten auf. Das atypische Aussehen war weder durch Spirochäten, noch durch Mischinfektion mit Kokken hervorgerufen.

La Pediatria.

35., Heft 16, 15. August 1927.

Ueber den Wirkungsmechanismus der Heilvakzinen. Ueber einige physikalisch-chemische Aenderungen im Blutserum der Kinder unter dem Einfluß von Typhusvakzine. Bestimmungen der Oberflächenspannung der elektrischen Leitfähigkeit des Plasmas, des Plasmaseiweißgehaltes mittels Refraktometrie zuerst vor der Injektion, dann 30—45 Minuten, 3—4 Stunden und 24 Stunden nach der intravenösen Injektion von Typhusvakzine teilweise bei gesunden, teilweise bei typhuskranken Kindern ergeben, daß bei der ersten Gruppe die Oberflächenspannung sich verschiedenartig verhält, die elektrische Leitfähigkeit zuerst während der negativen Phase leicht erhöht, während der Reaktion aber vermindert ist, der Plasmaeiweißgehalt sich meistens während der ganzen Reaktion vermindert; bei typhuskranken Kindern verhält sich die Oberflächenspannung auch verschiedenartig, sie wird in einigen Fällen geringer, in anderen wiederum höher ohne jeden Zusammenhang mit der Intensität des Shoks, die elektrische Leitfähigkeit ist während der negativen Phase leicht erhöht, während der Eiweißgehalt des Plasmas unregelmäßig schwankt. Somit kommt es zu Veränderungen des physikalisch-chemischen Gleichgewichtes des Plasmas durch die Vakzinebehandlung, gleichgültig ob es sich um gesunde oder typhuskranke Kinder handelt.

Veränderungen der physikalisch-chemischen Konstanten des Blutes bei Anämien II, Viskosität und Gerinnung. Bei kindlichen Anämien verschiedenartigster Genese findet Autor fast immer eine Verminderung der Viskosität und eine Verlängerung der Gerinnungszeit des Blutes.

Ueber einen Fall von somnolenter Form der Meningitis tuberkulosa. Beitrag zur Kenntnis der Häufigkeit des positiven Bazillenbefundes bei Meningitis tuberkulosa. Ein 19 Monate altes Mädchen liegt tagelang somnolent mit subfebrilen Temperaturen im Elternhaus, ohne Erbrechen, ohne Krämpfe. Bei der Aufnahme werden positiver Kernig und Brudzinski, sowie gesteigerte Knochenreflexe gefunden. Die Lumbalpunktion ergibt klaren Liquor, positive Nonne, Appeltsche und Boverische Reaktion; die Kultur bleibt negativ. Außer eines konvergierenden Strabismus des rechten Auges (Abduzenslähmung) ist seitens der Gehirnnerven keine Veränderung zu konstatieren. Das Kind bleibt vier Tage bis zum Tode in klinischer Beobachtung. Während dieser Zeit wird die Somnolenz immer hochgradiger. Zwei Tage vor dem Tode werden in leicht getrübtem Liquor vereinzelte typische Tuberkelbazillen gefunden. Autor hat unter 20 Fällen von Meningitis tuberkulosa in 18 Fällen im Liquor den Tuberkelbazillus, in 4 Fällen in der ersten, in 9 in der zweiten, in 3 in der dritten, in 2 in der vierten Krankheitswoche gefunden; nur in zwei Fällen blieb der Bazillenbefund am 8. bzw. 10. Krankheitstag negativ. Zur Bazillenuntersuchung sind 5—10 ccm Liquor notwendig, der durch eine Zentrifuge sedimentiert und das Sediment nach Ziehl-Nielsen gefärbt wird. Wenn man den Liquor nicht sofort zentrifugieren und untersuchen kann, müssen einige Tropfen einer 10proz. Natriumcitricumlösung zugesetzt werden, um eine Spinngewebsgerinnselbildung zu verhindern. Eugen Stransky, Wien.

Rivista di Clinica pediatrica.

Jahrg. 25, Heft 7, Juli 1927.

Klinische Beobachtungen über Amöbenerkrankungen des Darmes im Kindesalter. In Bologna wurde in drei Jahren unter 156 wegen Darmkrankheiten untersuchten Stühlen im Kindesalter in 34 als Krankheitserreger der Entamoeba hystolitica gefunden, 21 mal allein in 13 Fällen mit anderen Protozoen bzw. Würmern. Die beobachteten Kinder standen im Alter von 7 Monaten bis 11 Jahren. Je jünger das Kind, desto schwerer die klinischen Erscheinungen und der Verlauf. Während bei 11 Fällen im ersten Lebensjahr 7 ad exitum kommen, sinkt die Zahl der Gestorbenen im zweiten Lebensjahr unter 13 auf 2. Die Krankheit verläuft unter den Erscheinungen einer schweren Enterokolitis mit Tenesmus; im Säuglingsalter vielfach unter dem Bild einer Toxikose, die jeder ernährungstherapeutischen Maßnahme trotzt. Die Amöben sind im Mastdarminhaltausstrich (Verdünnung mit physiologischer Kochsalzlösung vorteilhaft) unschwer zu finden. Behandelt wurde entweder mit Emetin oder Stovarsol oder am besten durch Kombination beider Mittel, Emetin wird subkutan in Ringerlösung injiziert, Stovarsol per os gegeben. Während die ausschließliche Emetintherapie (Einzeldosis 0,05—0,06 im ersten, 0,08—0,1 im zweiten bis dritten, 0,12—0,15 im Alter von 3—5, 0,2—0,25 g im Alter von 5—10 Jahren 5 Tage hintereinander injiziert) in den 18 ersten Lebensmonaten keine günstigen Resultate ergibt, wahrscheinlich wegen Toxizität des Mittels, ist sie später von glänzender Wirkung; bei Säuglingen ist das Stovarsol vorzuziehen.

Angeborenes Lymphosarkom der Leber. Bei einem 12 Tage alten Knaben, dessen aufgetriebener Bauch bereits bei der Geburt auffällt, wird ein gewaltiger Lebertumor und multiple kleine Hautinfiltrate beobachtet. Das Kind stirbt im Alter von drei Wochen. Die anatomische und histologische Untersuchung ergibt ein primäres, sicher angeborenes Lymphosarkom der Leber mit Mitbeteiligung der rechten Nebenniere per continuitatem und mit zahlreichen subkutanen Metastasen.

Sektions- und pathologisch-histologische Befunde bei einem Fall von sogenannter Anämia splenica infantilis. Unter obigem Titel wird eine Jaksch-Hayemsche Anämie bei einem 16 Monate alten Mädchen ausführlich analysiert. Blutbefund in vivo Hb 20 %, rote Bk. 3,5 M., weiße Bk. 8,000. Ausstrich: 31,2 % Lymphozyten, 10,3 % Monozyten, 20 % neutrophile, 2,6 % eosinophile, 0,7 % basophile Leukozyten, 0,3 % Myeloblasten, 4 % Promyelozyten, 1 % neutrophile Myelozyten, 2 % Metamyelozyten, 2,9 % basophile, 12 % polychromatische und 11,5 % ortochromatische Erythroblasten und 1 % Hämozytoblasten (nach unserer Nomenklatur Megaloblasten der Ref.). Der Sektionsbefund ergibt neben der schweren Anämie eine Bronchopneumonie, sowie Vergrößerung der Milz und Lymphdrüsen. Das Knochenmark erweist sich bei der histologischen Untersuchung in höchster hämatopoetischer Tätigkeit, enthält zahlreiche Hämozytoblasten (Myeloblasten und Megaloblasten) mit Hyperplasie des granulozytären und granulozytogenen Apparates. Die Struktur des ganzen Knochenmarkes ist embryonal. In der Milz befinden sich zahlreiche hämatopoetische, hauptsächlich erythropoetische Herde nebst mäßig zahlreichen neutrophilen und eosinophilen Myelozyten. Aehnlich sind die histologischen Veränderungen in den Lymphdrüsen. In der Leber wird nebst beginnender fettiger Degeneration und mäßiger Stauung eine Hypertrophie bzw. Hyperplasie des retikuloendothelialen Apparates (Kupferzellen) gefunden.

Cerebrospinalmeningitis durch den Pfeifferschen Bazillus im Kindesalter. Es werden zu den 267 bekannten Fällen der Literatur 28 Fälle aus der Kinderklinik in Florenz zugefügt. Von den 295 Fällen starben 276 und nur 19 blieben am Leben. Von 268 Erkrankten waren 218 unter und 49 über zwei Jahre alt. Dagegen waren unter den 19 Geheilten nur 6 unter, dagegen 13 über zwei Jahre alt. Die 27 vom Autor klinisch beobachteten Fälle kamen alle ad exitum. Daß die Influenzabazillenmeningitis nicht allzu selten ist, beweist, daß unter 569 Meningitiden 339 = 59,58 % Meningitis tuberculosa, 167 = 29,35 % Meningitis cerebrospinalis Weichselbaum, 29 = 5,096 % Pneumokokkenmeningitis, 27 = 4,745 % Influenzabazillenmeningitis, 5 = 0,878 % Streptokokkenmeningitis und 2 = 0,351 % Staphylokokkenmeningitisfälle in Florenz in 35 Jahren beobachtet wur[de]. Die Infektion dürfte nach Erkrankungen der Luftwege hämato[gen] erfolgen, wenn auch die Möglichkeit der Infektion per continuita[tem] vom Ohr aus gegeben erscheint. Der klinische Verlauf der F[älle] ist der einer akuten eitrigen Meningitis ohne charakteristis[che] spezielle Erscheinungen seitens des Influenzabazillus. Der Liq[uor] ist trüb, enthält zahlreiche Eiterzellen und oft gramnegative [zarte] Stäbchen, kulturell läßt sich in jedem Fall der Influenzabazillus [zu] züchten. Die Krankheitsdauer ist verschieden, von 3—39 mit ei[nem] Durchschnitt von 13 Tagen. Auch bei den wenigen geheilten Fä[llen] werden über Dauerschädigungen (Erblindung, Schwerhörigkeit, [Läh]mungen) berichtet. Die Sektionsbefunde ergeben je nach der D[auer] eine akute hämorrhagische Meningoenzephalitis, später eine ei[trige] Konvexitätsmeningitis, Gehirnödem und Thrombosen der oberflä[ch]lichen Gehirnvenen. Eugen Stransky, Wie[n].

Archives of Internal Medicine.

40., H. 1, 15. Juli.

Pankreaskarzinom. In einer Reihe von 33 Fällen stand überraschend große Kachexie und der rapide Gewichtsverlus[t im] Vordergrund. Als zweites, am häufigsten vorkommendes Symp[tom] ist der immer mehr zunehmende Ikterus zu bezeichnen, der d[urch] den Verschluß des Ductus choledochus entsteht. Diese von intermittierenden Ikterus bei Steinverschluß völlig verschie[den]. Gelbsucht geht gelegentlich während der letzten Lebenswoche ihren Intensität zurück, da die schwer geschädigte Leber nicht [...] soviel Gallenfarbstoff produziert. Bei dem Pankreaskrebs kö[nnen] verschiedene Arten von Schmerzen sich einstellen, nicht selten einander kombiniert. Schon vor Beginn des Ikterus wird dumpfer, starker Schmerz im Epigastrium empfunden, der nach Lendengegend zu ausstrahlt. In anderen Fällen kommt es zu Anf[ällen] von heftigen Schmerzen, die am Nabel beginnen und sich nach Rücken oder Brust hinziehen. Endlich werden noch gallens[tein]kolikähnliche Schmerzparoxysmen beobachtet, bei denen Schmerz von der rechten Oberbauchgegend in die rechte Sch[ulter] ausstrahlt. Gar nicht so selten findet sich eine Abhängigkeit Auftretens der Schmerzen von der Lage, indem bei Rückenlage Schmerzen zunehmen, während sie durch Aufsitzen oder Vorn[über]beugen gelindert werden. Die Schmerzattacken sind oft von [Nau]sea (mit und ohne Erbrechen) begleitet. Als Folge einer [Kom]pression von Vagusästen kann die Nausea dauernd vorhanden In der Regel bestehen weiterhin noch Verdauungsbeschwerden Magenblähung, Obstipation u. a. m. Oedeme und Ascites sind S[pät]symptome. Ab und zu tritt Hämaturie auf, gewöhnlich durch Ü[ber]greifen der Geschwulst vom Pankreasschwanz auf die linke N[iere]. Seltener sind Hautblutungen, Melaena, Phlegmasia alba d[o]braune Pigmentierung im Epigastrium (durch Nebennierenzerstö[rung] oder Reizung der Splanchnikusnerven) anzutreffen. Die Leber oft vergrößert gefühlt; diese Vergrößerung ist im wesentli[chen] durch Gallenstauung bedingt und geht mit der zunehmenden [Ge]webszerstörung zurück. In einem kleinen Teil der Fälle is[t im] Epigastrium eine harte, unregelmäßig begrenzte Tumormasse [fühl]bar, die bisweilen eine geringe respiratorische Verschieblichkeit weist. Obwohl von jeher das Pankreaskarzinom mit Glykosur[ie in] Zusamenhang gebracht wurde, findet sich ein echter Diabetes sehr selten, jedenfalls nicht häufig genug, um ein zufälliges [Zu]sammentreffen beider Erkrankungen ausschließen zu können, z[umal] die Häufigkeit des Diabetes in den Lebensjahrzehnten der gr[ößten] Krebshäufigkeit ebenfalls zunimmt. Jedenfalls finden sich [bei] einer großen Anzahl von Diabetikern nicht mehr Pankreaskarzi[nome] als unter der gleichen Zahl Nichtdiabetischer. Zwischen der M[enge] von zerstörtem Pankreasgewebe und der auftretenden Glyko[surie] bestehen keine gesetzmäßigen Zusammenhänge. Der beim Pankr[eas]krebs anzutreffende intermittierende Typus von leichter Glyko[surie]

ird durch außerhalb des Pankreas wirksame Faktoren in seinem istandekommen mitbestimmt (Beeinträchtigung des Kohlehydrattoffwechsels durch Leberschädigung infolge Gallenstauung oder ietastasenbildung, Erniedrigung der Kohlehydrattoleranz bei Krebsranken überhaupt). Für den Verschluß des Pankreasausführungsanges wird das Auftreten von Fettstühlen als charakteristisch beeichnet. Doch bildet der Pankreassaft nicht das einzige bei der ettverdauung wirksame Sekret, vielmehr findet sich im Darmsekret n fettspaltendes Enzym in wechselnden Mengen, so daß — trotz des ehlens der Gallenabsonderung — nicht in allen Fällen eine wesentche Störung der Fettresorption zu erkennen ist. (Zunahme der eutralfette bei geringer Ausscheidung von Fettsäuren und Seifen). Vie weit dem Erhaltenbleiben der Kerne in den im Stuhl reichlich achweisbaren Muskelfasern diagnostischer Wert beizumessen ist, leibe dahingestellt. Wenig wird die Diagnose des Pankreasarzinoms durch die Röntgenuntersuchung gefördert. Ihr Hauptwert egt in der Möglichkeit mit etwa 90% Sicherheit ein Karzinom des erdauungstraktus ausschließen zu können. Bei kleinen Pankreaseschwülsten deckt das Röntgenbild keine Veränderungen auf. rößere Tumoren im Kopfabschnitt verraten sich bisweilen durch ne Rechtsverdrängung des 1. und 2. Duodenalteiles, und eine Abärtsverlagerung des 3. Teiles, so daß das Duodenum einen sehr roßen Bogen in der Pankreasgegend beschreibt. Umfangreiche eschwülste im Schwanzteil führen gelegentlich zu einer Einstellung er großen Kurvatur.

Histologisch sind bei diesen zumeist im Pankreaskopf gelegenen arzinomen zwei Typen zu unterscheiden. Die von dem Epithel der usführungsgänge ausgehenden Krebse bestehen aus Zylinderzellen id neigen sehr zur Szirrhusbildung. Große polyedrische Zellen mit undem Kern finden sich verstreut innerhalb eines zarten Stromas s Zellnester und Stränge oder in azinöser Anordnung bei den vom gentlichen Pankreasparenchym abstammenden Karzinomen. Es wird iel weniger Bindegewebe gebildet und manchmal ist die sichere Abenzung von einer chronischen Pankreatitis schwierig. Von den angerhansschen Inseln gehen keine Geschwulstbildungen aus, wenn ich an Adenome erinnernde Hypertrophien ab und zu beobachtet erden. Der nicht von Tumormassen durchsetzte Pankreasteil zeigt bröse Veränderungen im Sinne einer chronischen Pankreatitis. Die iseln sind relativ widerstandsfähig und finden sich selbst innerhalb es Krebsgewebes. Im Grenzgebiet zwischen Tumor- und Pankreasewebe finden sich viel mehr Inseln als in der Norm und auch zueist hypertrophische. Ebensolche Veränderungen entwickeln sich ei der experimentellen Unterbindung des Pankreasausführungsanges. Das azinöse Gewebe wird atrophisch und die Inseln rücken ehr zusammen.

Die differentielle Diagnose hat vor allem den Gallensteinerschluß des Ductus choledochus (intermittierender Ikterus, geingere Kachexie, Anamnese) zu berücksichtigen. Die Abgrenzung on der chronischen Pankreatitis kann unmöglich sein, solange nicht ne Metastasierung erkennbar ist. Beim Fehlen des Ikterus ist die iagnose ungemein schwierig, solange nicht ein Tumor fühlbar wird der eine den Magen von außerhalb komprimierende Geschwulst öntgenologisch zu erkennen ist. Die Unterscheidung des Pankreasarzinoms von einer Kompression des Hauptausführungsganges durch eber-, Gallenblasen-, Gallengangs- oder Papillenkrebs ist praktisch nmöglich. Wie weit die Untersuchung des Duodenalsaftes auf allenfarbstoff- und Fermentgehalt diagnostische Schlüsse erlaubt, üssen Erfahrungen an weiteren Fällen lehren.

Therapeutisch kommt fast in allen Fällen die Laparotomie in rage, schon allein um den Steinverschluß völlig sicher ausschalten ı können. Wenn auch das Leben nicht wesentlich verlängert wird, ist doch beim Nachweis des Pankreaskrebses eine Anastomose wischen Duodenum und der gestauten Gallenblase vorzunehmen, da ieser technisch einfache Eingriff das Allgemeinbefinden hebt und uälende Symptome wie Pruritus und Magenstörungen sofort beeitigt. Die Entfernung des Pankreastumors ist schon wegen der ühzeitigen Metastasenbildung in den regionären Lymphknoten unöglich, ganz abgesehen von den großen Schwierigkeiten, die dem perativen Vorgehen an diesem Organ entgegenstehen (Blutungsefahr, Uebertritt von Pankreassaft in die Bauchhöhle, Andauung er Nähte durch das infolge der Mischung mit Blut toxisch georderne Sekret).

Pathologie des Stoffwechsels bei Fettsucht. Nach 2 Tagen einer auptsächlich aus Kohlehydraten zusammengesetzten Diät verhält ch der respiratorische Quotient bei Adipösen niedriger als bei ormalen. Je größer das Uebergewicht ist, desto mehr beträgt die erminderung des respiratorischen Quotienten. Dieses Ergebnis pricht zugunsten der Auffassung, daß die Fettsucht auf eine Störung n Kohlehydratstoffwechsel zurückgeht, indem Kohlehydrate in aborm großer Menge in Fett umgewandelt werden.

Bedeutung des Tricho-cephalus dispar als Krankheitserreger. Die Rolle dieses über die ganze Erde verbreiteten Darmparasiten als Erreger von Krankheiten wird sicherlich unterschätzt. Der Wurm schädigt durch mechanische Wirkung den Wirt in verschiedenster Weise (Durchbohren der Darmschleimhaut mit Durchwanderung und Einkapselung in der Bauchhöhle, Erregung der verschiedensten Reflexe durch dauernde Bewegungen des mit dem Kopfteil in der Darmwand fixierten Parasiten, Verschluß der Appendix, Kotsteinbildung um Eier als Kern). Die toxische Einwirkung kommt vor allem in der stets anzutreffenden Eosinophilie zum Ausdruck, die höhere Werte erreicht als bei Infektion mit andern Parasiten, obwohl nur eine sehr geringe Zahl von Trichozephali im Darmkanal vorhanden zu sein braucht. Dieser Parasit ist vor allem für die Entstehung der Appendizitis von Bedeutung. In den Tropen sind nicht selten Erkrankungen an „idiopathischer" Peritonitis durch die Schädigung der Darmwand veranlaßt, die so das Durchwandern pathogener Keime möglich macht und auch zur Sepsis, Pyelitis und Perinephritis führen kann. Etwa 30 % der Fälle von tropischer Dysenterie, die symptomatologisch nicht von Amöbenruhr zu unterscheiden sind, werden durch Trichozephalus — wie die Stuhluntersuchung erweist — hervorgerufen und klingen rasch auf entsprechende Therapie ab; eine Mahnung, mit der Emetinbehandlung der chronischen Ruhr — beim fehlenden Nachweis der üblichen Erreger — nicht zu viel Zeit zu verlieren. Die hämatotoxische Wirkung dieser Helminthen kommt in dem gelegentlichen Auftreten von Purpura hämorrhagica und von perniziöser Anämie bei besonderer Disposition als Folge der Trichozephalusinfektion zum Ausdruck. Wie gegen alle Nematoden ist das Chenopodiumöl gegenüber Trichozephalus sehr wirksam. Bei besonders hartnäckigen Fällen reicht die orale Medikation nicht aus — wie es bei der Ansiedlung der Würmer vorwiegend im Coecum und in dem Wurmfortsatz verständlich ist — und das Oel muß intravenös oder intramuskulär injiziert werden.

Schädigungen der Arterien bei Glomerulonephritis. In einem geringen Prozentsatz kommen bei der akuten Glomerulonephritis frische entzündliche, degenerative und nekrotisierende Veränderungen der Nierenarteriolen zur Beobachtung. Zumeist handelt es sich um schwerste, rasch zum Tode führende Nierenentzündungen der verschiedensten Aetiologie (bisweilen vergesellschaftet mit akuter verruköser Endokarditis), bei denen es nicht zur Hypertonie kommt. Diese schweren Arterienläsionen sind somit nicht auf mechanische Faktoren zu beziehen. Sie sind vielmehr als direkte Manifestation des Krankheitsprozsses den Glomerulusveränderungen gleichzustellen, ohne daß ein Grund erkennbar ist, warum in einzelnen Fällen die Arterien so schwer mitbetroffen sind. Sehr selten finden sich solche entzündlichen und nekrotisierenden Gefäßveränderungen bei rasch ablaufenden Fällen von essentieller Hypertonie (maligne Nephrosklerose nach Fahr mit Lues, Blei und Gelenkrheumatismus als Ursache). Ausgesprochene Endarteriitis obliterans der Nierenarterien (Intimaverdickung durch Bindegewebswucherung) fand sich in mehr oder minder großer Ausdehnung in den meisten Fällen von chronischer diffuser Glomerulonephritis. Am leichtesten waren diese Gefäßveränderungen bei verhältnismäßig geringer Dauer der Nierenerkrankung. Bei sekundärer Schrumpfniere, wo kein aktiver entzündlicher Prozeß erkennbar war und nur die Folgezustände der chronischen Glomerulonephritis sichtbar waren in Form ausgedehnter Bindegewebsherde, die einzelne völlig hyaline Glomeruli mit atrophischen Harnkanälchen sowie hypertrophische funktionstüchtige Glomeruli und Tubuli umschlossen, auch in solchen Fällen war die Endarteriitis obliterans nur in leichten Graden vorhanden. Sehr ausgeprägt fanden sich die bindegewebigen Wucherungen der Arterienintima dort, wo der entzündliche Prozeß noch wirksam war, wie es Kernproliferation und Ischämie der Glomeruli, Blutungen, fettige, hyaline oder tropfige Degeneration des Tubulusepithels sowie andere pathologische Veränderungen bewiesen. Niemals fanden sich in den Arterien der übrigen Körperorgane Zeichen von Endarteriitis obliterans. Diese Gefäßveränderungen — die allein in der Niere vorkommen — ähneln histologisch der Endarteriitis, wie sie sich inmitten von Granulationsgewebe entwickelt (Lungentuberkulose oder chronischer Pneumonie). Doch kann diese Gewebsreaktion des Interstitiums für die Entstehung der Endarteriitis in Schrumpfnieren nicht entscheidend sein, da sie auch an Arterien und Arteriolen zu erkennen ist, die völlig von spezifischem Parenchym umgeben ist. Das ausschließliche Vorkommen der obliterierenden Endarteriitis in den Fällen, wo trotz jahrelangen Bestehens der Erkrankung noch Zerstörungsvorgänge an den Glomeruli und Tubuli sich abspielen, ist nur so zu erklären, daß diese Form der Gefäßveränderung durch die Behinderung oder Hemmung der Blutströmung infolge der Glomerulusentzündung zustande kommt. Denn die experimentelle Arterienunterbindung oder die Verlangsamung der Stromgeschwindigkeit ruft genau dieselbe histologische Veränderung — distal und proximal von der Unterbindungsstelle — an der Arterienwand hervor. Bei der essentiellen Hypertonie tritt keine Endarteriitis obliterans an den Nierenarteriolen auf, denn hier hat die primäre Verdickung der Gefäßwand durch Arteriosklerose erst die allmähliche Zerstörung der Glomeruli zur Folge, während bei der Glomerulonephritis der Glome-

rulus zuerst geschädigt wird und sekundär die Gefäßveränderungen sich entwickeln. Die Abhängigkeit dieser Gefäßwanderkrankung von der Obliteration der Glomeruli macht es verständlich, daß die Gefäßsysteme anderer Organe verschont bleiben und erklärt, warum in sehr vorgeschrittenen Fällen chronischer diffuser Nephritis diese Veränderungen nicht sonderlich ausgeprägt sind. Denn entsprechend der Ausdehnung des entzündlichen Prozesses werden die Glomeruli hyalin umgewandelt und verschwinden allmählich. Dasselbe Schicksal betrifft die zu ihnen führenden Gefäße, die vorher durch Intimaverdickung verschlossen wurden. In der Netzhaut finden sich bei Retinitis albuminurica dieselben Arterienveränderungen als Folge der Netzhauterkrankung. Bei der chronischen Glomerulonephritis, die mehrere Jahre bestanden hat, zeigen sich arteriolosklerotische Gefäßveränderungen in den Nieren (Intimaverdickung durch Hyperplasie der Membrana elastica interna mit Abspaltung von Lamellen elastischer Fasern und späterer Fetteinlagerung) in genau derselben Weise wie bei der essentiellen Hypertonie. Auch die Art des Auftretens der arteriolosklerotischen Veränderungen an den übrigen Körperarterien ist die gleiche wie beim Hochdruck (nächst der Niere Milz- und Pankreasarteriolen am schwersten betroffen, dann Leber-, Nebennieren- und Gehirngefäßchen folgend). Die Tatsache zudem, daß solche Gefäßwandläsionen nur bei Glomerulonephritiden mit längere Zeit bestehender Blutdrucksteigerung nachzuweisen sind, läßt keinen anderen Schluß zu, als daß die Hypertonie die Ursache der Arteriolosklerose darstellt. Die Arteriolosklerose bei der essentiellen Hypertonie entsteht infolge einer pathologischen Steigerung physiologischer Vorgänge durch mechanische Gefäßbelastung, denn im vorgerückten Lebensjahr ist stets — auch ohne Hypertonie — deutliche Arteriosklerose in den Milzgefäßchen und in ganz geringem Grade in der Niere aufzufinden. Bei der chronischen Glomerulonephritis wirkt sich die ausgesprochene Arteriolosklerose ähnlich verhängnisvoll am Nierenparenchym aus wie bei essentieller Hypertonie. Während die Endarteriitis obliterans das Fortschreiten des Krankheitsprozesses nicht bedingen kann, da sie sich an Gefäßen entwickelt, die bereits durch Glomeruluserkrankung ausgeschaltet sind, kann die Arteriolosklerose Gefäße befallen, die zu funktionstüchtigen Glomeruli führen und diese durch Drosselung der Blutzufuhr schädigen. So kann die Arteriolosklerose dem chronisch Nierenkranken den Gnadenstoß versetzen, indem sie nach jahrelangem Bestehen der Hypertonie bei leidlicher Nierenfunktion die tödliche Urämie herbeiführt.

Abgesehen von den Nekrosen bei schwerster Glomerulonephritis sind in akuten oder frühen chronischen Stadien dieser Erkrankung keine Veränderungen in der Muskelschicht der Gefäßwand zu erkennen. Erst nach mehrjähriger Dauer kommt es zu einer deutlichen Verdickung dieses Wandabschnittes an den Arteriae interlobular und arcuatae. Sobald sich arteriolosklerotische Veränderungen herausbilden, wird die Muskelschicht atrophisch, so daß nur noch eine dünne Lage von Muskelzellen der Intima außen anliegt und selbst diese kann noch verschwinden. In andern Organen wird die Mediahypertrophie nicht gefunden. Bei ausgesprochener Schrumpfniere mit längerer Blutdrucksteigerung zeigen alle Gefäße neben der Arteriolosklerose eine Mediatrophie, dasselbe Bild wie bei der essentiellen Hypertonie als histologischen Ausdruck der dauernden mechanischen Beanspruchung der Gefäßwand.

Hörbarkeit des Geräusches über der Thyreoidea bei der Basedowschen Erkrankung. Als physikalisches Zeichen der Adenombildung und der oft sehr stark vermehrten Vaskularisierung ist mit dem Stethoskop über dem Schilddrüsenisthmus ein charakteristisches lautes, rauhes Geräusch vernehmbar, das in der Systole beginnt, länger als die Systole anhält (im Gegensatz zum Karotisgeräusch) und bisweilen auch während der Diastole zu hören ist. Für die Hörbarkeit des Geräusches ist die Halsstellung von großer Bedeutung. Bei erhobenem Kinn und Vorwölbung der mittleren Halsgegend, in der Stellung, in der die Verschieblichkeit der Drüse während des Schluckens, ihre Größe und Gestalt sowie die Konfiguration des Isthmus (retrosternaler Fortsatz) bestimmt werden, sind die Blutgefäße komprimiert und nicht sehr laute Geräusche entgehen der Wahrnehmung. Beim Vorwärtsneigen des Kinns hingegen tritt eine Geräuschverstärkung ein, so daß selbst Monate vor Entwicklung einer merklichen Organschwellung die Frühdiagnose gestellt werden kann. Durch Jodverabfolgung kann sich soviel Kolloid in dem Drüsenparenchym ansammeln, daß die Schilddrüse vergrößert und gespannt wird. So kann eine Kompression der erweiterten Blutgefäße entstehen und dsa Geräusch verschwindet oder nimmt an Intensität ab. Etwa 10—20 Tage nach Aussetzen der Jodtherapie kehrt das Geräusch in früherer Stärke wieder.

Taroxysmale Zyanose bei doppelseitiger Nebennierenvenenthrombose. Die chronische Nebenniereninsuffizienz ist gekennzeichnet durch schleichenden Beginn, Hautpigmentierung, gastro-intestinale Störungen, Blutdruckerniedrigung und zunehmende Asthenie. Der Tod erfolgt durch allmähliche Erschöpfung, durch Kollaps oder D lirium mit Dyspnoe. Die Diagnose einer akuten oder subakut Nebenniereninsuffizienz wird selten gestellt. Die akuten Formen v laufen als Peritonitis mit Symptomen ähnlich der akuten Pankrea nekrose, als Apoplexie (Krämpfe, Koma), mit Purpura und Darı blutungen innerhalb weniger Stunden oder Tage tödlich. Beim su akuten Verlauf wird die Diagnose meist dadurch erschwert, d andere Vorgänge wie Allgemeininfektionen oder Eiterungen d klinische Bild beherrschen. In diesen rasch zum Tode führend Fällen fehlt die Entwicklung einer Hautpigmentierung. Die übrig Nebennierenausfallserscheinungen sind jedoch vorhanden. In eine Fall von doppelseitiger Nebennierenvenenthrombose nach einer I fektion im Respirationstraktus traten plötzliche Anfälle v schwerster allgemeiner Zyanose auf, bei denen der Kranke das B wußtsein verlor und außerordentliche Herzschwäche darbot. Ve mutlich spielt das Adrenalin bei der Sauerstoffverwertung eine Roll

Biberfeld.

The Urologic and Cutaneous Review.

Nr. 7, Juli 1927.

Diagnose und Behandlung von Deformitäten und Hindernisse an der Blasenöffnung. Das Zystoskop gibt, da es bisher nur vo der Urethra eingeführt wurde, über die Gegend des Sphincters un des Trigonum nur schlecht Auskunft. Dem abzuhelfen, empfieh M., es durch eine suprapubische Oeffnung einzuführen; hierdurc bekommt man dann diese Stelle in direkte gerade zystoskopisch Beleuchtung. Zur Behandlung geht man sie dann mittels eine gleichzeitig durch die Urethra eingeführten Obturators an, in de sich ein messerartiges Instrument befindet, das an einen Hoch frequenzapparat angeschlossen ist.

Ein Fall von Riesensteinen beider Nieren. Bei der Sektion de 30jährigen Patienten fand sich in der rechten Niere ein 225 g, i der linken ein 267 g schwerer Stein. Seit seinem 12. Jahre hatt Patient zwar häufig Blut im Urin und dumpfe Schmerzen in de linken Niere, die zur Symphise ausstrahlten, nie aber Koliken un Abgang von Grieß oder Steinen.

Haematurie urethralen Ursprunges. Bei blutigem Urin soll ma daran denken, daß auch die Urethra der Sitz der Blutung sein kan Es handelt sich dann gewöhnlich um akute Urethritis posterio Neoplasma, Trauma; letzteres meistens durch Einführung von In strumenten verursacht.

Die ursächlichen Faktoren und Kenntnis der Pollakiurie bei de Frau. Pollakiurie ist bei der Frau eine äußerst häufige Krankheits form. Da sie nie physiologisch ist, auch nicht während der Men struation, erfordert sie stets eine genaue urologische Untersuchung denn sie wird durch die verschiedensten Erkrankungen der Blas und des Ureters hervorgerufen. In einer nicht geringen Anzahl vo Fällen beruht sie — was noch vielfach unbekannt ist, auf eine Striktur der Urethra oder auf Karbunkeln derselben. Diese Strik turen der Urethra beruhen meistens auf einer alten Gonorrhoe un können durch milde Bougiebehandlung restlos beseitigt werden.

Pyelitis in der Schwangerschaft und im Puerperium. Di Schwangerschaftspyelitis wird in der Mehrzahl der Fälle durc Bacterium coli verursacht, das sich, im Gegensatz zum Staphylo und Streptokokkus bei der Pyonephrose, nie im Blute nachweise läßt. Zur bakteriellen Infektion kommt der Druck des wachsende Uterus auf den Ureter — meistens den rechten — der eingeknick wird, wodurch Urinstauungen usw. hervorgerufen werden. Di Therapie soll zunächst eine Alkalisierung des Urins versuchen führt diese nicht zum gewünschten Erfolg, dann Spülungen de Nierenbeckens. Ist eine Knickung des Ureters vorhanden, so läß man den Katheter einige Tage liegen und nimmt dabei gleichfalls

derholte Nierenbeckenspülungen vor. Eine Indikation zur Unterchung der Schwangerschaft gibt die Pyelitis nie.

Gonorrhoische Erkrankungen der Knochen und Gelenke. In der ßzahl der gonorrhoischen Erkrankungen der Knochen und Ge-e ist der Herd für diese Komplikation in der gonorrhoischen -ankung der Samenblasen zu suchen. So lange diese erkrankt , weichen auch die Erscheinungen in den Gelenken nicht, und Heilung hier ist erst nach der der Samenblasen zu erreichen. zu sind Salizylate zwecklos. Vakzin- und Proteintherapie er-nt die Heilung nur selten, öfters schon intravenöse Merkurochrom-ktionen, obwohl das Merkurochrom zwar in den Gelenken, nicht in den Samenblasen niedergeschlagen wird. Am besten wirkt kte Injektion von 1% Merkurochrom oder 20% Neosilvollösung lie Samenblasen, die hierzu natürlich erst freigelegt werden sen.

Diathermiebehandlung der chronischen Prostatitis. Die Dia-mie kann bei der chronischen Prostatitis die bisherigen Behand-smethoden nicht ersetzen, sondern nur sie erheblich unter-zen. Sie verflüssigt nämlich das Prostatasekret, so daß dieses iter, schmerzloser und in erheblicherer Menge durch die folgende sage exprimiert wird, wodurch eine erhebliche Abkürzung der andlungsdauer erreicht wird.

Die Deutung von Blasensymptomen bei Frauen. Ein großer Teil Frauen — über 20% — die den Gynaekologen aufsuchen, leiden Virklichkeit an einer Störung des Harntraktus. Daher sollte r Frauenarzt auch urologisch ausgebildet sein, zum mindesten e er bei jeder Patientin eine mikroskopische Prüfung des sedi-tierten Urins vornehmen, außerdem natürlich ist in allen ver-tigen Fällen eine zystoskopische Untersuchung erforderlich. onders gern täuschen Strikturen des Ureters, Nierentbc. und itiden gynäkologische Beschwerden aller Art vor, die von ogisch unerfahrenen Gynäkologen leicht übersehen werden ien.

Bab.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol XIV. Nr. 1. Juni 1927.

Stoffwechselveränderungen und ihre Beziehung zur Behandlung sSchwangerschaftserbrechens. Die Hyperemesis gravidarum be-hauf einer Stoffwechselstörung des mütterlichen Organismus, ins-sndere einer Störung des Kohlehydratstoffwechsels. Die patholo-sien Urin- und Blutbefunde sowie die klinischen Symptome sind folgen des Erbrechens, des Hungers und der Wasserverarmung zschen. Die leichten Fälle weisen folgende Symptome auf: Zeit-ge Uebelkeit und Erbrechen ohne oder mit nur geringem Ge-ctsverlust. Ketonurie; im übrigen normaler Urin- und Blutbefund. mittelschweren und schweren Fälle unterscheiden sich nur gra-c und werden folgendermaßen charakterisiert: Erbrechen nach d trockenen oder flüssigen Nahrungsaufnahme. Ketonurie; stark entrierter Urin. Veränderung der Blutzusammensetzung. Wasser-rmung des Körpers. Normale oder erhöhte Temperatur, Pulszahl Ikterische Verfärbung. — Die Behandlung der leichten Fälle shieht mit reichlicher Kohlehydratzufuhr bei festen Speisen in igen Intervallen, in denen Flüssigkeit verabfolgt wird; auch cts und früh am morgen eine Zwischenmahlzeit. Luminal per os. e für Stuhlentleerung und Behandlung etwaiger Nasen- oder Halserkrankungen. Acid. Hydrochlor. dil. 0,6 : 1000, drei- bis viermal täglich (besser als Natr. bicarb.). — Die Behandlung der mittelschweren und schweren Fälle gestaltet sich folgendermaßen: Die ersten 48 Stunden nichts per os. Täglich 1 Klystier. Luminalnatrium 0,12 subcutan alle sechs Stunden, auch nachts. Bis zum Eintritt der Wirkung (ein- oder zweimal) Bromnatrium 5,0 rektal. Zweimal täglich 1000 bis 1500 ccm Ringerlösung intravenös. Ferner intravenöse Injektion von 1000 ccm einer 10%igen Dextroselösung dreimal täglich (also im ganzen ca. 5000 ccm Flüssigkeitszufuhr pro die). Nach den ersten beiden Tagen Einführen einer Dauer-Magensonde nach Andrew, durch die jede Stunde 50 ccm Buttermilch mit 10% Karo-Sirup eingebracht werden. Je nach der Verträglichkeit wird die Menge gesteigert bis zum Maximum von 300 ccm pro Stunde. Treten Durchfälle oder Glykosurie auf, so muß mit der Zuckerzufuhr heruntergegangen werden. Statt der subcutanen Injektion wird das Luminal durch die Sonde gegeben. Nach wenigstens zwei Tagen wird die Sonde entfernt und mit fester Diät begonnen: Reis, geröstetes Weißbrot, Zwieback, Kartoffeln, mageres Fleisch usw. Diese Diät wird je nach dem Befinden der Patientin variiert. Die wesentlichsten Punkte der Behandlung sind das anfängliche Fasten bei völliger Ausschaltung des Magens, die Sedativa und die genügende Versorgung des Körpers mit Wasser, Glukose und Salzen sowie die frühzeitige Anwendung einer allgemeinen Diät.

Therapeutischer Abort mit Hilfe von Röntgenstrahlen. In Fällen, in denen der künstliche Abort und zugleich die Kastration angezeigt sind, empfehlen Verff. die Einleitung des Aborts mit Hilfe der Röntgenbestrahlung. Einstellung auf das Zentrum des graviden Uterus. Dosis: 50% der H. E. D. in einer bis vier Sitzungen. Der Verlauf war bis auf wenige Ausnahmen ohne Besonderheit. 14 bis 50 Tage nach der Bestrahlung kam der Abort in Gang und endete spontan. Die Ausfallserscheinungen waren i. a. gering.

Entzündungen der Beckenorgane. Go.-Salpingitiden dürfen nicht operiert werden. Akute Salpingitiden nach puerperaler Infektion sollen ebenfalls konservativ behandelt werden, wenn nicht Inzision und Drainage erforderlich werden. Bei Exazerbationen chronischer Entzündungsherde soll nach Abklingen der akuten Erscheinungen operiert werden. Beckenabszesse werden vaginal inzidiert und drainiert. Chronische Entzündungen werden operativ angegangen, wenn die subj. Beschwerden sehr stark und große Tumormassen vorhanden sind. Sowohl in bezug auf die Differentialdiagnostik als auch zur Festlegung des günstigsten Operationstermins ist die Bestimmung der Blutkörpersenkungsgeschwindigkeit von hohem Wert.

Pflege der Brust und ihrer Komplikationen während der Schwangerschaft. Eine normale und gesunde Brust bedarf während der Gravidität weder einer Behandlung noch Vorbereitung für das Stillgeschäft. Auch nach der Entbindung genügt i. a. eine Reinigung der Brustwarzen mit Borsäurelösung und Schutz der Brust vor Druck. Bei Hohlwarzen empfiehlt sich eine tägliche leichte Massage während der Schwangerschaft. Zeigen sich Fissuren, so werden diese mit Borwasser und Argentumstift behandelt. Als zweckmäßig hat sich dem Verf. eine 2%ige Resorcinsalbe bewährt, die nach jedem Anlegen auf die Brustwarze aufgebracht und vor dem Anlegen mit Borwasser entfernt wird. Treten Schwellungen und Schmerzen auf, so wird die Brust nach innen und oben suspendiert: das Stillen muß auf der betr. Seite unterbrochen werden. Heiße Umschläge abwechselnd mit Eisbeutel sollen die Abszedierung verhüten. Ist eine solche nachweisbar, wird inzidiert, wobei es darauf ankommt, daß mit dem Finger alle Buchten und Winkel der Abszeßhöhle freigelegt werden. Die Wunde wird tamponiert. Entfernung des Tampons nach 5 bis 6 Tagen. Von dann ab täglicher Verbandwechsel.

Schwankung des Blutzuckergehaltes während der Eklampsie und ihre Beziehung zu den Krämpfen. Bei der Eklampsie ist der Kohlehydratstoffwechsel gestört und zwar als Folge einer Hypoglykämie. Blutzuckeruntersuchungen während eines eklamptischen Anfalls zeigen große Schwankungen innerhalb kurzer Zeit, wie sie sich bei normalen Graviden niemals finden. Die eklamptischen Krämpfe sind mit den hypoglykämischen Zuständen nach Insulinbehandlung vergleichbar. Im Anschluß an die Krämpfe findet sich ein temporärer Anstieg der Blutzuckerwerte. Im allgemeinen aber ist der Blutzuckerwert erniedrigt; und zwar wird diese Erniedrigung durch eine Erschöpfung der Glykogenvorräte in der Leber hervorgerufen. Aus alledem geht hervor, daß die Behandlung der Eklampsie mit Insulin kontraindiziert ist. Dagegen ist die intravenöse Injektion hypertonischer Glukoselösungen von hohem therapeutischem Nutzen.

Paul Braun, Stettin.

Long Island Medical Journal.

21., Nr. 5, Mai 1927.

Angewandte Arbeiten über Frakturen. Wirbel-Fraktur. Robertson schildert 50 Fälle von Wirbel-Frakturen, und zwar 44 Männer und 6 Frauen im Alter von 15—16 Jahren. Die Röntgenaufnahme ergab in 36 Fällen die einwandfreie Diagnose. In 4 Fällen ließ das Röntgenbild im Stich und die letzten 10 Fälle sind dadurch nicht im Röntgenbild erkannt worden, weil 8 Patienten innerhalb 48 Stunden starben und die beiden letzten wurden in ein anderes Krankenhaus gebracht. Ueber den Sitz der Läsion ist zu sagen, daß 29 in der Halsregion, 4 im Dorsalsigment und 17 im lumbalen Teil der Wirbelsäule, eingeschlossen einen Fall von Verletzung der Kauda equina, aufgefunden wurden. In bezug auf die Heilung finden wir 13 vollkommene Wiederherstellungen, davon zwei nach Operation.

Knöchel-Fraktur. Ueber den Fall von Knöchel-Fraktur berichtet Jennings. Ein Arbeiter fiel 12 Stufen tief herunter auf den linken Fuß, und zwar fiel er auf die plantare Seite desselben auf. Als er sich erheben wollte, war er unfähig zu gehen. Das Röntgenbild ergab eine Querfraktur des Knöchels mit Dislokation des oberen Fragmentes und außerdem eine Fraktur des Malleolus externus. In Aethernarkose wurde sofort nach der Röntgenaufnahme das dislocierte Fragment in seine richtige Lage gebracht und ein Zugpflasterverband angelegt. 5 Monate nach dem Unfall wurde Patient entlassen, die Röntgenaufnahme zeigte eine gute Knochenvereinigung ohne Deformität, jedoch konnte er nur mit Hilfe eines Stockes gehen.

Bei **Gelenk-Frakturen** ist die genaue Diagnose das erste, was einer Richtigstellung der Frakturenenden vorausgehen muß. Tanner meint, daß Frakturenbehandlung und insbesondere die Behandlung der Gelenkfrakturen ein mechanisches Problem ist und daß bei der Reduktion der Deformität die ärztliche Verantwortlichkeit endet; aber diese Ansicht ist sicherlich nicht ganz zutreffend, da wir es mit lebenden Geweben zu tun haben, das ganze Problem mehr ein physiologisches ist, wo es auf Wiederherstellung der Funktion mehr ankommt, als auf das bloße Wiederherstellen der aus der Ordnung gekommenen Anatomie.

Sinus-Infektionen. Wir wissen, daß die Sinushöhlen in den Knochen des Kopfes sind. Sie gehören zu den Nasenkavitäten und stammen mit ihnen von dem gleichen metablastischen Gewebe. Häufig genug kommt es vor, daß Patienten lange Zeit unter Kopfschmerzen leiden und bei genauerer Betrachtung sieht man, daß es sich um eine Infektion der vorderen Sinus handelt, in der Maxillar- und Frontalregion. Schmerzen von einer Sinutitus posterior finden wir im Hinterkopf. Objektive Methoden zur Diagnose einer Sinuserkrankung sind Eigenheiten des Rhinologen. Die vordere Rhinoskopie, d. h. die visuelle Infektion der Nasenhöhle kann auch vom Allgemeinpraktiker geübt werden. Derselbe sollte es können, wie er auch ein Trommelfell oder auch den Pharings genau inspizieren können müßte. In Fällen von sogenanntem geschlossenem Empyem, d. h. wenn der Sinus mit Eiter gefüllt ist, der nicht in die Nase ablaufen kann, wird man den Sinus punktieren müssen. Andere diagnostische Maßnahmen sind die Durchleuchtung und die Röntgenaufnahme. Zur Behandlung empfiehlt Verf. die Vakzinetherapie, die sich ihm, wie er angibt, sehr gut bewährt hat. Er hat autogene Vakzine hergestellt und Stock-Vakzine und hat gefunden, daß die Stock-Vakzine sich besser bewähren, als die autogenen. Die Erklärung, weshalb die autogenen Vakzine sich nicht so bewährten, wie die Stock-Vakzine, versucht Verf. so zu geben, daß er annimmt, daß man eine genaue Präzision der autogenen Vakzine infolge der in den einzelnen Fällen vorhandenen Misch-Infektionen nicht erzielen kann, so daß die Stock-Vakzine wesentlich wirksamer sind.

21., Nr. 6, Juni 1927.

Die Häufung der Harnabsonderung bei Frauen ist bei urologis Krankheiten ein nicht ungewöhnliches Symptom. In der Praxis i nicht selten das einzige Symptom, über welches der Pat. haupts lich klagt. Verf. gibt zunächst eine anatomische Skizze der Bla muskulatur und der dadurch bedingten Blasenfunktion. Ferner we die Momente aufgeführt, welche die Blasenkapazität ändern, erstens die Blasenentzündung (Zystitis), Fremdkörper, Geschv und Kontraktionen von früheren Krankheiten und ferner ungenüg Funktion des Sphinkter — sei sie kongenitaler oder traumatis Natur — und nicht zuletzt Reflexe von anderen Quellen her, wie die Analfissur. An 500 untersuchten Frauen hat Furniss bei irgendwelche Pathologie in urologischer Hinsicht festgestellt. Wichtigste der Arbeit ist die Ausführlichkeit, mit welcher Verf. die Behandlung eingeht. Wir wissen, daß im akuten Stadium schweren Zystitis der Pat. ins Bett gelegt wird; man gibt ihm bl Diät, Alkalien und Sedativa. Sind die Schmerzen und Beschwe sehr groß, so wendet man gelegentlich auch einmal Morphium Stammen die urologischen Symptome von Krankheiten der N her und der Zustand des Pat. bessert sich nach mehreren T nicht, was man am besten aus dem Sinken der Temperatur erke kann, so hält Verf. eine Nierenwaschung für indiziert. Die Behand wird vom Verf. mit ½ bis 1%iger Arg. nitr.-Lösung ausgeführt er ist mit den Erfolgen, welche er damit erzielt hat, sehr zufrie Schwierigkeiten, wie Striktur des Urethers besonders an dem Bla ausgang, sind leicht zu beseitigen, indem man vielleicht zunä einmal stark zu trinken gibt. Wir finden beim Uretherstein, daß Häufigkeit der Harnabsonderung zunimmt, je mehr der Stein Blasenausgang zuwandert. Verf. hat ferner Blasenentzündung b achtet, und zwar derart, daß nur das Trigonum entzündet war er glaubt, daß diese sogenannte Trigonitis der letzte Rest e Zystitis oger Zystopyelitis sei. Die chronische Urethritis ist eine wesentliche Ursache von Häufigkeit der Harnabsonderung häufig genug werden bei der gewöhnlichen Zystoskopie solche F übersehen. Pat. behandelt die Urethritis mit 5—10%iger Arg. Lösung und dilatiert die Urethra. Die milderen Behandlungsa der Trigonitis und Urethritis ohne derartig starke Medikation, 5—10%iges Arg. nitr. haben aber auch bewiesen, daß sie bei nügend langer Anwendung zu einem befriedigenden Ergebnis in B auf die Heilung führen.

Akute Osteomyelitis. Von den akuten infektiösen Prozes welche wir in früher Kindheit und im jugendlichen Alter finden keine unangenehmer und verheerender als die akute Osteomye Wenn auch die Virulenz dieser Krankheit variiert, so ist sie immer ernst und verlangt genaues Erkennen und frühes Eingre beide Faktoren sind wichtig, um eine spätere Toxaemie zu verhind Wir verwenden einen großen Teil unserer Zeit und Betrachtung die Mortalität des Karzinoms, der Tuberkulose, der Appendi und vieler anderer Krankheiten, aber leider wird noch immer genügend über die akute Osteomyelitis gesprochen. Das Alte welchem diese Krankheit auftritt, ist sehr verschieden. Starr gl daß der größte Prozentsatz vom zweiten bis zum 10. Lebens gestellt wird, Lexer bezeichnet das achte bis 17. Lebensjahr für gefährlichste. Nach Haaga treten 59% im zweiten Jahrzehnt, im dritten, 2,5 im vierten und zwei im fünften Jahrzehnt auf. Krankheit an sich ist jedoch nach dem 25. Lebensjahr sehr sel sie ist übrigens dreimal häufiger bei Knaben als bei Mädchen. Su (Australien) führt 21 Fälle auf, unter denen nicht ein einz Mädchen ist. Prädilektionsstellen, was die Knochen anbelangt, folgende: Oberes Ende der Tibia, unteres Ende des Femor, unt Ende der Tibia und Fibula, unteres Ende des Humolus, oberes E des Femor, unteres Ende von Radius und Ulna, der Tarsus, Ossileum und das Schulterblatt. Nach Starr sitzen 85% der ak Osteomyelitis-Fälle in den unteren Extremitäten. Die Behandl und zwar die einzig mögliche Behandlung ist chirurgisch. Faßt also die sehr ausführliche Arbeit von Jennings zusammen, so s man, daß die akute Osteomyelitis eine Krankheit der frühen K heit bzw. der Jugendlichen ist, und sie sitzt in dem akti wachsenden Knochengewebe. Sie tritt sehr häufig nach mi Traumen auf, und zwar sehen wir sie nach Verletzungen Knochenschaftes in der Nähe einer Epiphyse. Die akute Os myelitis ist eine hämatogene Staphylokokken-Erkrankung. Die b Aussicht für Heilung liegt in der frühen Diagnose, dem Nichtsche chirurgischer Eingriffe und breiter Drainage. Trotz allen fr Eingriffen und umsichtigster Behandlung soll nicht vergessen wer daß die Prognose der akuten Osteomyelitis stets eine ernste ist.

Hofbauer, Berli

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

/erlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854

IUMMER 39 BERLIN, DEN 30. SEPTEMBER 1927 45. JAHRGANG

Originalien.

Ueber kindliche Akrodynie.

Von

PIERRE WORINGER, Strasbourg.

Seit etwa 7 Jahren erscheinen in den verschiedensten Ländern ab ıd zu Veröffentlichungen über eine eigenartige Erkrankung bei Kin- ɪrn, welche in den klassischen Lehrbüchern bisher nicht beschrieben t. Die Hauptmerkmale der Krankheit sind psychische Depression, törungen der Motilität und charakteristische Hautveränderungen mit ɔeraus chronischem Verlauf, aber meist Ausgang in Heilung. Zu iederholten Malen haben Autoren, im Glauben, die Krankheit neu ıtdeckt zu haben, eine neue Bezeichnung für diesen Symptomen- ɔmplex geschaffen, so daß heute noch in der Benennung eine große erwirrung herrscht. So sind Fälle beschrieben unter den Namen rophodermatoneurose, Erythroedem, Akrodynie, Pink disease, Der- ato-polyneuritis, pellagroide Polyneuritis, Neurose des vegetativen ystems usw. Trotz dieser verschiedenen Bezeichnungen ist, wie wir hen werden, der klinische Symptomenkomplex durchaus einheitlich, ıd die an den entferntesten Stellen erhobenen Befunde zeigen eine ɔllkommene Uebereinstimmung, so daß an der Einheitlichkeit des rankheitsbildes kein Zweifel bestehen kann.

Wir gebrauchen die von den Amerikanern vorgeschlagene Be- ichnung „Akrodynie". Sie bedeutet wörtlich „Schmerz in den Ex- emitäten", gibt also zwar nur ein unvollkommenes Bild der Erkran- ıng; das Wort ist aber längst in den medizinischen Sprachgebrauch bergegangen und hat zum Teil seine wörtliche Bedeutung eingebüßt.]; wurde vor bald 100 Jahren zum ersten Mal von Chardon ge- aucht zur Benennung einer eigenartigen epidemischen Erkrankung, elche in den Jahren 1827 bis 1829 in Paris fast 40 000 Erwachsene fiel, und welche mit der neulich bei den Kindern beobachteten weifellos eine große Aehnlichkeit aufweist. Heute ist in der Lite- tur für die uns interessierende Erkrankung der Name „Akrodynie" ohl der am meisten übliche, es wäre daher wünschenswert, ihn end- h allgemein zu akzeptieren.

Das Verdienst, die erste Beschreibung der Krankheit gegeben zu ben, kommt unseres Wissens Selter aus Solingen zu. Dieser tor hat auf dem Kongreß deutscher Naturforscher und Aerzte in ssel im Jahre 1903 acht von ihm beobachtete Fälle zwischen 1½ ıd 3½ Jahren mitgeteilt, die durchaus alle charakteristischen Sym- ɔme der Erkrankung aufwiesen; er schlägt die Bezeichnung „rophodermatoneurose" vor. Leider ist seine Veröffentlichung später nz in Vergessenheit geraten.

Erst im Jahre 1914, auf dem australischen Kongreß für Medizin in ckland brachte Swift aus Adelaide eine neue Beschreibung der krankung, die er „Erythroedem" nannte. Er berichtete über 14 Fälle zischen 6 und 16 Monaten. Die Mitteilung erregte ziemliches Auf- sıen unter den Kongreßmitgliedern, die zum Teil selbst solche Fälle bbachtet hatten. Es wurde beschlossen, die Frage auf die Tages- olnung des nächsten Kongresses zu setzen, der drei Jahre später s ttfinden sollte. Wegen des Krieges wurde die Sitzung verschoben, s daß das Thema erst wieder im Jahre 1920 in Brisbane erörtert wrde. Bei dieser Gelegenheit konnten Wood und Hobill Cole beits über 91 Erkrankungsfälle berichten. Clubbe aus Sydney slug damals den Namen „pink disease" vor wegen der charakte- rischen Rosafärbung der Hände und Füße; Snowball aus Mel- bırne sprach von Patienten „with raw beef hands and feet", d. h. n Händen und Füßen, die an rohes Fleisch erinnern.

Ungefähr zur selben Zeit (1920) erscheinen in Nordamerika die ersten Veröffentlichungen über diese Erkrankung. Unter dem Namen „Acrodynia" berichten Bilderback, Weston, Byfield, Cartin, Brown, Courtney und Mac Lachlan über Fälle, die denen der australischen Autoren durchaus ähnlich sind. Seit dieser Zeit werden von allen Seiten ähnliche Beobachtungen publiziert. Die meisten stammen aus Nordamerika. Aber Thursfield berichtet bereits im Jahre 1922 ebenfalls über einen Fall in England und schlägt die Bezeichnung „Dermato-polyneuritis" vor.

Die erste ausführliche Beschreibung in deutscher Sprache wurde von Feer aus Zürich im Jahre 1923 veröffentlicht. An Hand von sechs in der Schweiz beobachteten Fällen gibt der Verfasser eine treffliche Darstellung des Krankheitsbildes. Nach ihm trägt die Erkrankung in Deutschland noch vielfach den Namen „Neurose des vegetativen Systems" oder „Feersche Krankheit". Kasuistische Beiträge wurden bald darauf in der Schweiz und in Deutschland veröffentlicht von Jenny, von Jager, von Keller, von Ihm, von Weitbrecht, von Bratusch-Marrain.

In Frankreich sind Fälle publiziert von Haushalter und Hoechstetter aus Nancy, von Janet und Dayras aus Paris, von Woringer aus Strasbourg, von Péhu und Ardisson aus Lyon, von Beutter aus Saint-Etienne. Außerdem wurde die Krankheit beobachtet in Polen (Pradzynska-Skwarczynska) und in Italien (Tecilazic).

Man ersieht aus dieser Zusammenstellung, daß die kindliche Akrodynie in allen Ländern der gemäßigten Zonen vorkommt. Sie gehört nicht zu den ganz seltenen Erkrankungen. Wir haben an der Straßburger Klinik sechs Fälle innerhalb drei Jahren beobachtet, und die meisten Autoren berichten über ähnliche Zahlen. Die Gesamtzahl der publizierten Fälle beläuft sich bereits auf mehrere Hundert.

Klinik.

Die Akrodynie befällt mit Vorliebe Kinder zwischen sechs Monaten und vier Jahren, doch liegen vereinzelte Beobachtungen vor bei Säuglingen von vier Monaten und bei Kindern bis zu acht Jahren. Meist handelt es sich um Kinder, die vorher niemals ernstlich krank waren; namentlich ist kein Zusammenhang mit Erbsyphilis oder mit Tuberkulose ersichtlich.

Die Krankheit beginnt gewöhnlich langsam und allmählich; ein plötzliches Einsetzen ist nur ganz ausnahmsweise verzeichnet. Den Eltern fällt hauptsächlich eine Veränderung des Charakters der Kinder auf, welche verdrießlich, traurig, niedergeschlagen, apathisch werden. Die frühere Lebhaftigkeit geht verloren, dauernde Müdigkeit, vollständige Teilnahmslosigkeit, häufig große Unruhe und hartnäckige Schlaflosigkeit sind die Hauptklagen. Kinder, welche vorher bereits allein liefen, weigern sich, sich auf die Beine zu stellen, und jeder Versuch sie aufzurichten, überhaupt jede geringste Anstrengung ruft bei ihnen rasche Ermüdung und sogar Schmerzempfindungen hervor. Bald treten neben diesen psychischen Veränderungen körperliche Krankheitssymptome in Erscheinung. Die Kinder leiden an profusen Schweißausbrüchen, die von starkem Juckreiz begleitet sind und bald zu Hautveränderungen, wie Miliaria rubra, starkes Schuppen, Pyodermien usw. führen. Die Hände und Füße werden kalt, rot, oft etwas zyanotisch und leicht gedunsen. An den Volar- und Plantarflächen sind die Schweißausbrüche besonders stark und rufen durch Mazeration der Haut eine eigenartige Schuppung hervor, die etwa an die Desquamation nach Scharlach erinnert; der Juckreiz ist an diesen Stellen ganz besonders

intensiv und oft von einem sehr peinlichen brennenden oder kribbelnden Gefühl begleitet. Dem charakteristischen Aussehen der Extremitäten verdankt die Krankheit ihren Namen: Akrodynie, Erythroedem, Pink-disease.

Während dieser ersten Phase der Erkrankung, welche gewöhnlich vier bis sechs Wochen dauert, sind die geschilderten Symptome mehr oder weniger deutlich ausgesprochen, nehmen aber allmählich an Intensität zu; die Diagnose stößt in dieser Zeit oft auf große Schwierigkeiten.

Das voll ausgeprägte Krankheitsbild ist hauptsächlich charakterisiert durch die psychische Verstimmung, durch die Hautveränderungen, durch neuro-muskuläre Störungen und durch gewisse Herz- und Kreislaufstörungen. Der Klarheit halber werden wir die verschiedenen Veränderungen getrennt nach Organsystemen beschreiben an Hand der publizierten Krankengeschichten und unserer eigenen Erfahrungen.

Die seelischen Störungen gehen von einfacher Apathie bis zu schweren Depressionszuständen. In keiner andern Erkrankung des Kindesalters machen die Patienten einen so leidenden und elenden Eindruck; ihr Blick drückt Angst und Verzweiflung aus, ihr unaufhaltsames Jammern und Weinen verrät anhaltende Schmerzen. Trotz ausgesprochener Asthenie und großer Müdigkeit besteht andauernde Unruhe. Das Kind wirft sich in seinem Bett hin und her, verlangt von der Mutter aufgenommen zu werden, findet aber auch in ihren Armen keine Ruhe. Die Erregung ist oft derart hartnäckig, daß trotz Anwendung starker Narkotika wochenlang kein Schlaf zu erzielen ist. Die Kinder weinen, schreien oder jammern bisweilen ganze Nächte lang. Tagsüber liegen sie oft stundenlang in Knieellenbogenlage den Kopf in die Kissen gepreßt, ohne sich um ihre Umgebung zu kümmern; sie haben alles Interesse am Spielen verloren, sind gleichgültig gegen ihre Familie, fangen nur an zu stöhnen, wenn Fremde sich ihrem Bette nähern. Manche Kinder wiederholen stundenlang und tagelang in jammervollem Tone immer wieder denselben Satz wie: „Ich will Wasser" oder „Ach, mein Gott".

Es ist wahrscheinlich, daß die Schlaflosigkeit und die Unruhe zum Teil durch Schmerzen bedingt sind; aber beim Säugling ist es meist schwer, sich ein genaues Bild über seine Empfindungen zu machen. Man sieht häufig, daß die Kinder ihre Hände und Füße aneinander oder an der Bettdecke reiben; dies spricht dafür, daß in den Extremitäten, wenn nicht Schmerzen, so doch unangenehmes Jucken, Brennen oder Kribbeln empfunden werden. Aeltere Kinder klagen oft über heftiges Brennen und über Ameisenlaufen und suchen sich durch Anfassen von kalten Gegenständen oder durch Eintauchen der Hände in kaltes Wasser Linderung zu verschaffen. Andere haben ein Bedürfnis zu kratzen und verlangen sogar vom Pflegepersonal, ihnen dabei behilflich zu sein. Diese Parästhesien scheinen zeitweise besonders stark aufzutreten und rufen dann größere Unruhe hervor.

Es ist kein Wunder, daß das körperliche Allgemeinbefinden stark unter diesem qualvollen Seelenzustande leidet. Von Beginn der Erkrankung an magern die Kinder rasch ab, die Gewichtsabnahme im Laufe der ersten Wochen ist oft außerordentlich stark. Einer unserer Patienten hatte fast ein Viertel seines Ausgangsgewichts verloren. Es scheint, als ob nicht nur das Fett, sondern auch die Muskeln schwinden. Die Gewichtszunahme ist eines der ersten Zeichen der Besserung.

Neben den psychischen Störungen bilden die Hautveränderungen ein Kardinalsymptom der kindlichen Akrodynie. Sie sind bedingt durch vasomotorische und durch sekretorische Störungen. Die sonst blasse Haut zeigt an den Händen und Füßen, oft auch an der Nase und an den Wangen eine rote, bisweilen etwas zyanotische Färbung. Diese Stellen fühlen sich kühl an und sind leicht gedunsen. Wirkliches Oedem besteht nicht, wie der Name Erythroedem vermuten ließe, denn der Fingerdruck erzeugt keine bleibende Delle; das Gewebe ist nur etwas praller wohl infolge der großen Blutfülle. Die Rötung, die an den Fingern und Zehen und an den Volar- und Plantarflächen besonders stark ist, nimmt allmählich gegen den Unterarm und den Unterschenkel zu ab. Diese Akroerythrose ist gewöhnlich ein Frühsymptom der Erkrankung, bisweilen tritt sie jedoch erst in Erscheinung, wenn die psychischen Veränderungen bereits sehr ausgesprochen sind. Auf der Höhe der Erkrankung können die vasomotorischen Störungen zeitweise schwächer oder stärker auftreten, ja sogar vorübergehend vollständig verschwinden.

Während der ganzen Dauer der Krankheit leiden die Kinder an überaus starken Schweißausbrüchen. Von keiner andern Erkrankung des Kindesalters kennen wir ein solches Schwitzen. Monatelang ist so gut im Schlafen wie im Wachen die Haut von Schweiß bedeckt, der zugleich die Kissen und Kleider durchtränkt. Der ganze Körper fühlt sich naß an, aber das Schwitzen ist meist am Kopf und an den Händen und Füßen am stärksten.

Diese vermehrte Schweißabsonderung ruft verschiedenartige Hautveränderungen hervor. Neben scharlach- und masernähnlichen Erythemen beobachtet man typische Miliaria rubra, verstreute makulo-papulöse und papulo-vesikulöse Ausschläge, die oft durch Mazeration und Kratzen rasch verändert werden. Häufig tritt Infektion hinzu, so daß oberflächliche Eiterpusteln oder tiefe subkutane Abszesse entstehen. Da die Resistenz der Haut stark vermindert ist, ist die Heilungstendenz gering; es bilden sich ausgedehnte Geschwüre und tiefgehende Hautgangrän, welche in manchen Fällen zu tödlicher Sepsis führen.

Die Mazeration der Haut erreicht an den Händen und Füßen den stärksten Grad. Dort bilden sich an den Volar- und Plantarflächen und zwischen den Fingern kleine Bläschen, die sich öffnen, die Epidermis unterminieren und schließlich ringförmige, groß lamellöse Schuppung hervorrufen. Diese Desquamation erinnert etwas an die Scharlachschuppung, unterscheidet sich jedoch von ihr durch die polyzyklische Anordnung.

Neben den durch die starke Schweißabsonderung bedingten Hautveränderungen haben einige Autoren Urtikaria beobachtet, andere verzeichnen plötzlich auftretende und häufig wechselnde, intensive lokale Rötungen, die auf eine ausgesprochene vasomotorische Labilität schließen lassen.

Starker Haarausfall findet sich bisweilen; doch sieht man auch künstliche Alopezien, die daher rühren, daß die Kinder in ihrer Unruhe und Verzweiflung sich ständig Haare ausreißen. In einigen seltenen Fällen ist eine eigenartige Veränderung der Nägel beobachtet worden. Die Nägel sind weich, brüchig und von dunkelbrauner Farbe und fallen schließlich aus. Panaritien sind nicht selten. Sogar Gangrän der Endphalangen ist beobachtet worden, ähnlich wie bei Raynaud'scher Krankheit.

Mit der psychischen Verstimmung und mit den typischen Hautveränderungen gehen die neuro-muskulären Störungen Hand in Hand und geben der Krankheit ihr vollständiges Gepräge. Zuerst klagen die Kinder über rasche Ermüdung und bekommen einen stolperigen Gang. Bald hören sie vollständig auf zu laufen, weigern sich sogar sich auf die Füße zu stellen, verweilen fast ständig in liegender Stellung oder kauern in Knieellenbogenlage den Kopf im Bettkissen gepreßt. In ausgesprochenen Fällen können die Patienten nicht einmal sitzen und lassen den Kopf hängen, sobald man sie aufnimmt.

Bei näherer Untersuchung sieht man aber, daß keine wirkliche Lähmung besteht. Das Kind kann sämtliche Muskeln bewegen, aber es kostet ihm sehr viel Mühe, und die Bewegungen werden nur langsam ausgeführt. Oft sind sie von einem feinen Tremor begleitet. Der Muskeltonus ist stark herabgesetzt. Die Muskeln fühlen sich weich und schlaff an und sind oft stark atrophisch; ihr Zustand ähnelt dem bei der Myatonia Oppenheim.

Die Sehnenreflexe sind im allgemeinen normal, manchmal etwas abgeschwächt. Die Sensibilitätsprüfung, welche bei jungen Kindern schwer durchzuführen ist, hat in manchen Fällen gewisse Anomalien ergeben. So haben Bilderback und Zahorsky anästhetische Zonen festgestellt. Vielleicht wäre dieses Studium an geeigneten Fällen wieder aufzunehmen. Wir haben bereits die Parästhesien und die Schmerzen erwähnt, welche diese Patienten empfinden. Ihr Sitz ist hauptsächlich in den Fingern und Zehen, an den Volar- und Plantarflächen, das heißt überall da, wo auch die vasomotorischen Störungen am stärksten sind. Der Juckreiz scheint über den ganzen Körper verbreitet zu sein.

Die Herzaktion zeigt oft Abweichungen von der Norm, auf welche Feer zuerst hingewiesen hat. Eine starke Tachykardie ist die Regel; wir haben Pulszahlen von 140, 160 und sogar 180 bei unsern Patienten beobachtet. Diese Angaben stimmen mit denen anderer Autoren überein. Sonst ist der Puls regelmäßig, gut gefüllt.

Der Blutdruck wurde meist stark erhöht gefunden. Wir konnten bei einem 14 Monate alten Kind einen systolischen Druck von 110 mm Hg feststellen. Feer hat Zahlen zwischen 110 und 130 mm Hg gefunden und konnte zeigen, daß dieser erhöhte Blutdruck nur langsam im Laufe der Rekonvaleszenz abfällt. Eine ausgesprochene Herzhypertrophie wurde nicht festgestellt.

Das Blutbild wurde oft untersucht, zeigt aber keine charakteristischen Veränderungen. Meist besteht eine mäßige Leukozytose (11 000 bis 30 000) mit Ueberwiegen der polynukleären Neutrophilen (65%), was sich aber oft durch begleitende Mischinfektionen erklären läßt. Bisweilen besteht eine Anämie leichten Grades; doch wurde auch in manchen Fällen nach starken Schweißausbrüchen eine erhöhte Blutkörperchenzahl gefunden.

Die andern Organsysteme sind nur wenig in Mitleidenschaft gezogen. Regelmäßig haben wir jedoch bei unseren Kranken eine starke Rötung des Rachens und der Tonsillen beobachtet. Dieser chronische Katarrh, der während der ganzen Dauer der Erkrankung fortbesteht und oft bereits vor Erscheinen der charakteristischen Symptome durch starken Nasenfluß sich kundgibt, ist als die Eintrittspforte einer spezifischen Infektion angesehen worden; er scheint jedenfalls mit der Krankheit in engem Zusammenhang zu stehen. Die oft auffallend starke Schleimabsonderung durch die Nasenschleimhaut ist auch in manchen Fällen als durch eine funktionelle Störung bedingt betrachtet worden, ähnlich dem Schwitzen und dem vermehrten Speichelfluß.

Bronchitiden und Bronchopneumonien treten oft als Komplikation im Verlauf der Erkrankung auf; sie scheinen durch eine gewisse Resistenzverminderung begünstigt zu sein.

Verdauungsstörungen sind bisweilen beobachtet worden, doch haben sie nie einen ernsten Charakter. Am häufigsten ist noch eine vollständige Appetitlosigkeit von den Autoren verzeichnet; nach unseren Erfahrungen ist sie jedoch kein konstantes Symptom. Bei drei Patienten sahen wir den Appetit leidlich erhalten, aber trotz genügender Nahrungszufuhr trat rasche Abmagerung ein. Starker Speichelfluß ist ein häufiges Symptom. In vereinzelten Fällen treten Durchfall und Brechen auf, in andern dagegen besteht Verstopfung. Bei unsern Akrodynikern war die Verdauung normal. Häufig klagen die Patienten über Leibschmerzen, ohne daß ein pathologischer Befund zu erheben ist.

Die Mund- und Zungenschleimhaut, welche gewöhnlich auffallend rot erscheint, kann Entzündung mit Geschwürsbildung aufweisen. So trat in einem unserer Fälle eine schwere Stomatitis ulcerosa mit starkem Oedem der Lippen auf, welche in wenigen Tagen zu tödlicher Sepsis führte. Von anderer Seite ist Gangrän des Zahnfleisches und sogar des Kiefers beobachtet worden (Bilderback, Miller). Sehr merkwürdig ist das Ausfallen der Zähne ohne vorhergehende Karies oder Zahnfleischentzündung, das von Zahorsky fünfmal auf 21 Fälle beobachtet und über das auch von Byfield, von Bilderback und von Feer berichtet wurde.

Die verminderte Resistenz gegen Bakterien tut sich bisweilen auch durch Infektion der Harnwege kund. So wurde Pyurie von Byfield, Bilderback und Feer beobachtet; wir haben sie bei einem von unsern sechs Fällen angetroffen. Bei den fünf andern fanden wir nur Spuren von Eiweiß, manchmal etwas Zucker im Urin, sonst nichts pathologisches. Der Urin ist meist hochgestellt, namentlich nach starkem Schwitzen. Byfield behauptet, öfters Azeton im Harn von Akrodynikern gefunden zu haben, was vielleicht auf das lange Fasten zurückzuführen ist.

Von Seiten der Sinnesorgane ist nicht viel zu berichten. Manche Patienten klagen zwar über Lichtscheu, doch ohne pathologischen Befund. Byfield und Jenny fanden Hornhautgeschwüre anscheinend trophischen Ursprungs, doch handelt es sich um eine große Seltenheit.

Drüsenschwellungen leichten Grades kommen häufig vor: sie sind wahrscheinlich die Folge der zahlreichen kleinen Hautinfektionen, welche infolge des Schwitzens und Kratzens unvermeidlich sind.

Die Temperatur bei Akrodynie ist meist normal oder leicht subfebril. Fieber tritt erst auf, sobald eine komplizierende Infektion sich einstellt. Bei unserm an Sepsis verstorbenen Patienten war die Temperatur bis auf 40° gestiegen.

Die Liquorbefunde waren in den daraufhin untersuchten Fällen fast immer normal; wir konnten dies ebenfalls bei unsern Kranken bestätigen. Nur Emerson fand einmal Globulin im Lumbalpunktat.

Die Wassermannsche Reaktion ist in den meisten Fällen negativ gefunden worden, sowohl im Blut als im Liquor. Auch reagierte die Mehrzahl negativ auf die Pirquetsche Tuberkulinprobe.

Der Verlauf der Erkrankung ist stets langwierig, er erstreckt sich über Monate. Nach einem allmählichen Einsetzen nehmen die Symptome an Intensität zu, bleiben dann stationär, um erst nach zwei bis vier, sogar sechs Monaten langsam abzuklingen. Manchmal lassen sich deutlich mehrere Schübe im Verlauf der Krankheit nachweisen. Rasche Besserung innerhalb weniger Tage ist nur ausnahmsweise beobachtet worden.

Die Krankheit geht in den meisten Fällen in Heilung aus. Die psychischen, motorischen und sonstigen funktionellen Störungen schwinden vollständig, so daß nach einiger Zeit nicht der geringste pathologische Befund mehr zu erheben ist. Todesfälle sind auf das Konto infektiöser Komplikationen oder interkurrenter Krankheiten zu setzen. Die Patienten, deren Resistenz stark vermindert ist, können Bronchopneumonien, septischen Infektionen oder einer akuten Tuberkulose zum Opfer fallen. So hatte Wood unter 91 Erkrankten fünf Todesfälle, darunter vier durch Bronchopneumonie. Haushalter verlor einen Fall von neun, Feer zwei von sieben, wir einen von sechs. Daraus läßt sich doch immerhin auf eine Mortalität von etwa 10 % schließen.

Die Diagnose der Akrodynie ist bei vollausgeprägtem Krankheitsbild sehr einfach für jeden, der das Leiden einmal gesehen hat oder die Hauptsymptome desselben kennt. Dagegen im Anfangsstadium ist die Krankheit oft schwer zu erkennen. Wohl am häufigsten ist sie mit Scharlach in der Rekonvaleszenzperiode verwechselt worden; namentlich wenn Hautausschläge vorhergegangen sind, die der Arzt nicht gesehen hat, und starke Schuppung an Händen und Füßen besteht, kann der Unerfahrene eine Zeitlang im Zweifel sein. Aber bald werden die zunehmende Schwäche, die psychische Verstimmung, die Abmagerung, das starke Schwitzen und Jucken ihn auf die richtige Diagnose bringen.

In Amerika ist die Krankheit häufig als Pellagra angesehen worden. Zweifellos besteht zwischen beiden Krankheitsbildern auch eine gewisse Aehnlichkeit; aber bei näherer Untersuchung erweisen sich doch die Hautveränderungen in beiden Fällen als recht verschieden. Außerdem fehlt das Schwitzen in der Pellagra, und beim Akrodyniker ist kein Diätfehler nachweisbar.

Von der postdiphtherischen Lähmung und Poliomyelitis unterscheidet sich die Akrodynie dadurch, daß bei ihr wohl Hypotonie und rasche Ermüdung, aber nie eine richtige Lähmung vorkommt. Bisweilen ist die Akrodynie für eine Form der so vielgestaltigen Encephalitis epidemica angesehen worden. Aber die Unversehrtheit sämtlicher Kopfnerven, die typischen Hauterscheinungen, die Störungen im Herzrhythmus usw. sprechen unbedingt gegen eine solche Deutung und ermöglichen in allen Fällen die Differentialdiagnose mit der Enzephalitis.

Die so häufige Akrozyanose der Kinder und die Raynaudsche Krankheit weisen keines der Allgemeinsymptome der Akrodynie auf.

Pathogenese.

Die meisten Symptome der kindlichen Akrodynie lassen sich durch Störungen des autonomen Nervensystems erklären, so das starke Schwitzen, der Speichelfluß, die Akroerythrose, die Pulsbeschleunigung, die Hypotonie usw. Feer hat daher die Krankheit als Neurose des neuro-vegetativen Systems bezeichnet. Es ist ihm aber nicht gelungen, den genauen anatomischen Sitz der Erkrankung zu bestimmen, nicht einmal die Frage zu entscheiden, ob eine sympathische oder parasympathische Störung vorliegt. In der Tat sind die Verhältnisse hier ziemlich verworren. Beim ersten Anblick ist man geneigt, den Akrodyniker für einen Vagotoniker anzusehen; die psychische Depression, die Müdigkeit, die Schweißausbrüche, der starke Speichelfluß, die Hypotonie, sprechen in diesem Sinne. Daneben weisen aber die Patienten unzweifelhafte Zeichen von Sympathikotonie auf, so die Schlaflosigkeit, den Tremor, den erhöhten Blutdruck, die Pulsbeschleunigung. Es bleibt infolgedessen nur übrig ganz allgemein von einer Gleichgewichtsstörung im vegetativen Nervensystem, von einer sympathisch-parasympathischen Dystonie zu sprechen, ohne genauer das pathogenetische Entstehen der Erkrankung erklären zu können.

Auch pharmako-dynamische Untersuchungen haben keine Aufklärung gebracht; ihre Resultate sind nicht eindeutig. Auf Atropin, Pilocarpin und Adrenalin reagieren die Kranken in ungleichmäßiger, oft widersprechender Weise.

Mehrere Autoren haben den Aschner-Reflex verstärkt gefunden und schließen daraus auf einen vagotonischen Zustand. Man trifft jedoch häufig dieses Zeichen auch bei Kindern, die keine Symptome von Akrodynie aufweisen; es ist ihm daher kein großer Wert beizumessen.

Pathologische Anatomie.

Die anatomischen Untersuchungen an Akrodynikern sind noch ziemlich spärlich; dies liegt zum Teil an dem meist günstigen Ausgang der Erkrankung. Die Autoren, welche Sektionen zu machen Gelegenheit hatten, beschreiben sehr verschiedenartige Befunde, die meist nichts Charakteristisches an sich haben. So spricht Davis von einer Fettentartung der Leber. Byfield hat in einem an Lungentuberkulose verstorbenen Fall Gliawucherung im Rückenmark in der Nähe des Zentralkanals und ödematöse Schwellung der hinteren Wurzeln und einiger peripherer Nerven festgestellt.

Paterson und Greenfield haben in zwei Fällen einen Schwund des Myelins gewisser peripherer Nervenfasern beobachtet. Diese Demyelinisierung war besonders auffallend in den feinen Nervenfasern der Wade, aber weniger ausgesprochen an andern Stellen. Im Rückenmark fanden sie kleinzellige Infiltrationen. Sie schließen auf eine periphere Neuritis mit besonderer Beteiligung der sensiblen Fasern und auf eine chronische Entzündung des Rückenmarks und der hinteren Wurzeln.

Diese Befunde wurden von andern Autoren angezweifelt. Warthin, der ebenfalls zwei Sektionen von Akrodynikern zu machen Gelegenheit hatte, fand weder chronische Entzündung noch Demyelinisierung des Zentralnervensystems und der peripheren Nerven. Er konnte hingegen eine ödematöse Schwellung der Meningen und des Gehirns mit Erweiterung des Zentralkanals des Rückenmarks und eine gewisse Wucherung des retikuloendothelialen Systems in den Meningen und in der Nähe der Blutgefäße feststellen.

In unserm Sektionsfalle wurden im pathologisch-anatomischen Institut (Prof. Masson) hauptsächlich die Drüsen innerer Sekretion untersucht. Es fand sich eine Hypertrophie des chromaffinen Systems, daneben bestanden deutliche Zeichen einer vermehrten Hypophysenfunktion. Die andern Veränderungen, wie Degeneration des Nieren- und Leberparenchyms, sowie des Herzmuskels, Verminderung der Lymphfollikel und leichte Bindegewebswucherung in der Milz, die Verminderung und Pyknose der Thymozyten usw. haben nichts Charakteristisches, sie finden sich in jeder chronischen Infektion, die mit Kachexie einhergeht.

Aetiologie.

Ueber die Aetiologie der Erkrankung liegen verschiedene Hypothesen vor, von denen jedoch keine als erwiesen betrachtet werden kann. Wegen einer gewissen Aehnlichkeit mit der Pellagra wurde die Krankheit zuerst als eine Avitaminose angesehen. Doch pflegt in den Fällen von Akrodynie keine fehlerhafte Ernährung vorausgegangen zu sein, und die Krankheit ist sogar bei Kindern an der Mutterbrust angetroffen worden. Außerdem hat ein Nahrungswechsel nicht den geringsten Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung, so daß man wohl mit Recht die fehlerhafte Ernährung als Ursache ausschalten kann.

Heute hat wohl der infektiöse Ursprung die meisten Verfechter, trotzdem das Fieber meist vollständig fehlt. Manche Autoren denken, daß es sich um eine besondere Form bekannter Infektionen, wie Grippe, Encephalitis lethargica usw. handelt. Jedoch liegen für diese Ansicht keine stichhaltigen Argumente vor. Andere nehmen an, daß es sich um eine selbständige, noch unbekannte Infektion handelt, die von den oberen Luftwegen ihren Ausgangspunkt nimmt. In der Tat ist die chronische Rhinopharyngitis eine ständige Begleiterscheinung der Akrodynie. Doch ist es niemandem gelungen, einen Keim zu isolieren, der imstande wäre, die Krankheit zu reproduzieren. Im Nasenrachenschleim fanden sich stets nur die gewöhnlichen Bakterienarten. Blutkulturen waren immer negativ. Vipond ist der einzige, der durch Punktion einer geschwollenen Drüse einen grampositiven Diplokokkus isolierte und als Erreger ausgab. Seine Resultate konnten jedoch von anderer Seite keine Bestätigung finden.

Syphilis und Tuberkulose sind wohl mit Sicherheit als Ursache auszuschließen; sie fehlen in der Mehrzahl der Fälle von Akrodynie.

Als prädisponierendes Moment kennen wir hauptsächlich das Alter und die Jahreszeit. Nur junge Kinder sind für die Krankheit empfänglich. Nach 8 Jahren wurde diese bisher nicht angetroffen. Am häufigsten kommt die Erkrankung vor zwischen sechs Monaten und drei Jahren; oberhalb und unterhalb dieser Grenzen sind die Fälle selten. Merkwürdigerweise ist dies auch die Zeit, in welcher die Rachitis und die Spasmophilie vorkommen.

Der Einfluß der Jahreszeit ist sehr ausgesprochen. In der Mehrzahl der Fälle beginnt die Krankheit im Winter oder im Frühjahr. Feers sieben Fälle fallen auf die Monate Januar bis April; Byfield sah siebenmal den Beginn im Dezember, Jenny dreimal im Dezember und im Frühjahr. Unsere Fälle fallen sämtlich in die Zeit von Februar bis Mai. Die Akrodynie gehört also zweifellos, ebenso wie die Pneumonie, die Meningokokkenmeningitis, die akuten Tuberkulosen usw. zu den heliophoben Krankheiten, welche durch Lichtmangel begünstigt werden.

Therapie.

Die verschiedensten therapeutischen Maßnahmen sind empfohlen worden zur Bekämpfung dieser langwierigen Krankheit. Je nach der theoretischen Auffassung der Autoren wurde einer anti-infektiösen Therapie, einer vitaminreichen Ernährung, der Opotherapie oder der Aktinotherapie der Vorzug gegeben. Es ist kein Wunder, daß bei dieser Krankheit, die eine so ausgesprochene Heilungstendenz besitzt, sämtliche Methoden Erfolge zu verzeichnen haben.

Die ersten Autoren beschränkten sich auf eine symptomatische Behandlung. Der Juckreiz wurde durch starkes Pudern gelindert; Wood empfiehlt tägliche Pinselungen mit Jodtinktur. Um die Schlaflosigkeit und die Unruhe zu bekämpfen, genügen die gewöhnlichen Beruhigungsmittel wie Bromkalium, Trional, Veronal, selbst Opium nicht. In den schweren Fällen muß man zu Morphiumeinspritzungen sich entschließen.

Zur Bekämpfung der Vagotonie war Atropin angezeigt. Feer hat auch mit ziemlich starken Dosen, bis zu zwei Milligramm täglich, günstige Resultate gesehen. Swift empfiehlt Calcium lacticum, wovon Feer jedoch keine Erfolge zu verzeichnen hatte. Thyreoidin wurde von Swift empfohlen; nach anderen wäre es jedoch kontra-indiziert. Sweet behauptet mit Thymusextrakt Besserung erzielt zu haben.

Vipond hat mit dem aus einer Lymphdrüse isolierten Diplokokkus eine Vakzine hergestellt, die er einspritzte. Er hat Erfolge beobachten können, die jedoch von andern nicht bestätigt wurden. Rodda empfiehlt die Entfernung der Rachenmandeln.

Die besten und regelmäßigsten Erfolge werden unserer Ansicht nach mit den von Sweet empfohlenen Ultraviolett-Bestrahlungen erzielt. Wenn wir auch nicht die rasche Wendung zum Besseren gesehen haben, wie Sweet sie gleich nach der ersten Sitzung beobachtet hat, so haben wir doch konstatieren können, daß allmählich die Kranken ruhiger werden, weniger schwitzen, besseren Appetit zeigen und langsam wieder normal werden.

Wir glauben daher, daß zur Zeit die beste Behandlung der Akrodyniker in natürlicher oder künstlicher Sonnenbestrahlung, in Freiluftbehandlung, in reichlicher, namentlich vitaminreicher Ernährung, in hydrotherapeutischen Maßnahmen besteht.

Literatur:

1. Bilderback, J. B.: A group of cases of unknown etiology and diagnosis. Northwest Med., Bd. 19, 1920, S. 263.
2. Bilderback, J. B.: Acrodynia. Journ. Amer. Med. Ass., Bd. 84, 1925, S. 495—498.
3. Bliss, G. L.: Acrodynia. Archives of Pediatrics, Bd. 40, 1923, S. 707—714.
4. Braithwaite und Pegge: A case of erythroedema polyneuritis. Brit. med. Journ. 1924, Bd. 1, S. 423.
5. Bratusch-Marrain: Ein Fall von Feerscher Krankheit. Münchener med. Wochenschrift, 2. Juli 1926, Nr. 27, S. 1114.
6. Brown, A., Courtney, A. M. and MacLachlan, J. F.: A clinical and metabolic study of Acrodynia. Arch. of Ped. 1921, B. 38, S. 609—628.
7. Butler, J.: Erythredema. Arch. of Derm. and Syphilis, Bd. 11, 1925, S. 166.
8. Byfield, A. H.: A polyneuritis syndrome resembling pellagra-acrodynia seen in very young children. Amer. Journ. of dis. of. child., Bd. 20, 1920, S. 347—365.
9. Cartin, H. J.: Acrodynia. Pennsylvania. Med. Journ., Bd. 24, 1921, S. 287.
10. Comby, J.: L'érythroedème australien. Arch. de méd. des enf., Bd. 25, 1922, S. 680—685.
11. Comby, J.: L'érythroedème des nourissons. Arch. de méd. des enf., Bd. 29, 1926, S. 105—109.
12. Darby, R.: A case of Pink disease. Proc. of the R. Soc. of Med. janv. 1925.
13. Davis, C. M.: Acrodynia. Arch. of pediatrics, Bd. 39, 1922, S. 611—617.
14. Emerson: A case of acrodynia. Journ. of the Amer. Med. Ass., Bd. 77, 1921, S. 285—286.
15. Feer, E.: Eine eigenartige Neurose des vegetativen Systems beim Kleinkinde. Ergebn. der inn. Med. u. Kinderheilk., Bd. 24, 1923, S. 100—122.
16. Feer, E.: Eine eigenartige Neurose des vegetativen Systems beim Kleinkinde. (Acrodynie, Erythrödem, Pink disease.) Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 108, 1925, S. 267—281.
17. Field, M. C.: Erythroedema. Archives of Pediatrics, Bd. 39, 1922, S. 116—121.
18. Foerster, H. R.: Erythredema polyneuritis. Arch. of Derm. and Syph., Bd. 12, 1925, S. 17.
19. Fowler, J. S.: Erythroedema. Trans. of Med.-Chirurg. Soc. Edingburgh Med. Journ., Bd. 36, 1925, S. 177.
20. Haushalter, P.: Sur un syndrome particulier constitué chez l'enfant par des altérations psychiques et par des troubles neurovégétatifs. Revue neurologique, Bd. 1, 1925, S. 401—415.

Hoechstetter, J. D.: Sur un syndrome constitué par des altérations du psychisme et du système neuro-végétatif chez l'enfant. Thèse de Nancy 1924—25.

Giffen, S. D.: Acrodynia. J. Michigan State. M. S., Bd. 23, 1924, S. 8.

Jager, O.: Ein Fall von vegetativer Neurose Feer beim Kleinkinde. (Akrodynie.) Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 39, 1925, S. 239—244.

Janet, H., et Dayras, J.: Sur un syndrome caractérisé par de l'insomnie, des sueurs, des troubles vaso-moteurs des extrémités. Bull. Soc. Péd. Paris, 6 juillet 1926, S. 272—276.

Ihm, L.: Beitrag zur Kenntnis der Feerschen Neurose des vegetativen Systems beim Kleinkinde. Klin. Wo., Bd. 4, 1925, S. 2351—2353.

Jenny, E.: Maladie de Swift-Feer. Schweiz. med. Wochenschr., Bd. 55, 1925, S. 645.

Keller, W.: Ein Beitrag zur Kasuistik der kürzlich von Feer beschriebenen vegetativen Neurose im Kindesalter. Klin. Wochenschr., Bd. 4, 1925, S. 1256 bis 1260.

Leiner: Acrodynia. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung, Juni 1924.

Littlejohn, E. S.: Pink disease. Med. Journ. of Australia, Bd. 1, 1923, S. 689.

Martin-Gonzalez, J. J.: Quelques considérations sur l'acrodynie infantile. Thèse de Paris, 1926, 73 pag.

Mcneal, M. D.: Report of five cases of so-called Acrodynia. Minnesota Med., Bd. 5, 1922, S. 153.

Miller: Polyneuritis syndrome in young children. Journ. of the Indiana State med. Ass., Bd. 14, Nr. 5, 1921, S. 144—145.

Parson: Pink disease. Midland Medical Society. 14 février 1923. Birmingham. Brit. med. Journ. Nr. 3245, 1923, S. 419.

Paterson, D., and Greenfield, J. G.: Erythroedema polyneuritis, the socalled pink disease. Quarterly Journ. of Med., Bd. 17, 1923, S. 6.

Péhu, M., et Ardisson, P.: Sur l'acrodynie de l'enfance. Paris Médical, Bd. 16, 1926, S. 371—378.

Péhu, M. et Ardisson, P.: Quelques observations d'acrodynie de l'enfance. Bull. Soc. Péd. Paris, octobre 1926.

Péhu, M. et Ardisson, P.: Une maladie qui ressuscite: l'acrodynie. Paris Médical, Bd. 17, 9 avril 1927, S. 341—346.

Porter: Dermatopolyneuritis (Thursfield, Paterson), Acrodynia (Weston), Erythroedema (Swift). Med. clin. of North America, Bd. 6, Nr. 2, 1922.

Pradzynska-Skwarczynska, A.: Acrodynie. Arch. de méd. des enf., Bd. 29, 1926, S. 464—470.

Rodda, F. C.: Acrodynie. A clinical study of seventeen cases. Amer. Journ. of dis. of child., Bd. 30, 1925, S. 224—231.

Selter: Trophodermatoneurose. Verh. der Sektion f. Kinderheilk. auf dem 75. Kongreß deutsch. Naturf. u. Aerzte in Cassel, 21. Sept. 1903, (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 37, 1903, S. 468—469).

Sweet, G. B.: Acrodynia, with report of five cases. Arch. of Ped., Bd. 42, 1925, S. 543—549.

Swift: Erythroedema. Australasian Med. Congr., Child. Section, febr. 1914, S. 347. The Lancet, 1914, Bd. 1, S. 611.

Szwajkart, A. L.: A case of acrodynia with a fatal termination in a rachitic child. Arch. of Ped., Bd. 41, 1924, S. 791—799.

Tecilazic, D.: Su di un caso di nevrosi del sistema vegetativo dei bambini. La Pediatria, 1. avril 1926, S. 849—854.

Thursfield, H., and Paterson, D. H.: Dermato-polyneuritis (Acrodynia erythroedema). The Brit. Journ. of child. dis., Bd. 19, 1922, S. 27—32.

van der Bogert, F.: Case of Avrodynia. Arch. of Ped., Bd. 40, 1923, S. 410—411.

van Veen, S. M. C.: A case of „Pink disease" (Acrodynia, erythroedema, érythème épidémique). Geneesk. Gids., Bd. 3, 1925, S. 1153.

Vipond, A. E.: Acrodynia and its probable causation. Arch. of Ped., Bd. 39, 1922, S. 699—704.

Vipond, A. E.: Further observations upon acrodynia. Brit. Journ. Child. Dis., Bd. 23, 1926, S. 127.

Warthin, A. S.: So-called Acrodynia or Erythroedema (Swifts disease). Arch. Path. and Lab. Med., Bd. 1, 1926, S. 64.

Weber, F. B.: Case of erythroedema (the „pink disease"); and the question of acrodynia („epidemic erythema"). The Brit. Jour. of child. dis., Bd. 19, 1922, S. 17—27.

Weitbrecht, D. E.: Ueber eine vegetative Neurose im frühen Kindesalter. Deutsche med. Wochenschr., 4. Dezember 1925, S. 2027—2029.

Weston, W.: Acrodynia. Arch. of ped., Bd. 37, 1920, S. 513—522.

Wolbach, S. B., and Howe, P. R.: So-called acrodynia or erythroedema (Swift's disease). Arch of Path., Bd. 1, 1926, S. 64.

Wood, J.: Erythroedema. Trans. Australasien Med. Congr. 1920, p. 444, und Medical Journal of Australia, 19 febr. 1921, Bd. 1, S. 145.

Woringer, P.: L'acrodynie infantile. Rev. franç. Péd., Bd. 2, 1926, S. 440—462.

Zahorsky, J.: Three cases of erythroedema (acrodynia) in infants. Med. clin. of North America. t. Nr. 1, 1922, S. 96.

Zahorsky, J.: The semeiology of the pink-disease (erythroedema, acrodynia) Journ. of the Amer. Med. Ass., Bd. 79, 1922, S. 1975.

Zahorsky, J.: Acrodynia in infants. Journ. Missouri Med. Ass., Bd. 19, 1922, S. 296.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 36., 3. September 1927.

Grundlagen der Säuretherapie mit Neutralsalzen. Fritz Mainzer.
Serumtherapie des Scharlachs. Schottmüller.
Neuartige Anschauungen über die Entstehung der Angina pectoris. Erich Wolff
Tierexperimentelle Studien über akute und chronische Hypophysin-Intoxikation. Karl Ehrhardt und Wm. A. Simunich.
Ueber Thrombolymphangitis tuberculosa im Kehlkopf. Paul Manasse.
* Ist die intrakutane Diphtherietoxinreaktion nach Schick ein brauchbarer Maßstab für den Wert einer Immunisierungsmethode gegen Diphtherie? H. Opitz.
* Bestehen Zusammenhänge zwischen Blutgruppe und Luesdisposition sowie zwischen Blutgruppe und Erfolg der Luestherapie? M. Gundel.
Fluorescenzerscheinungen an inneren Organen. Untersuchungen im gefilterten Quarzlicht. Sigwald Bommer.
Zur Frage der Innervation der quergestreiften Muskelfaser. Arthur Slauck.
Ueber die quantitative Bestimmung des Globulins im Liquor cerebrospinalis. Stefan von Nádor-Nikjtits.
Die Bedeutung der Titration des Mageninhaltes mit zwei Indikatoren nach pufferfreiem Probefrühstück. L. Heilmeyer und W. Graubner.
Ueber die Ammoniakbildung im isolierten Muskel und ihren Zusammenhang mit der Muskelarbeit. J. K. Parnas, Wl. Mozolowski und W. Lewinski.
Ueber Blausäureentgiftung. Ernst Löffler und Rudolf Rigler.
* Dreimalige Frühheilung eines zuerst an sekundärer und dann zweimal an primärer Syphilis mit langen Zwischenzeiten erkrankten Patienten. Erich Hoffmann.
Moderne Sterilitätsbehandlung und deren Resultate. Egon Pribram.
Der postoperative Eiweißzerfall, sein Nachweis und seine Bedeutung. Max Bürger und Max Grauhan.

Zur Serumtherapie des Scharlachs. Der Verfasser behandelte 50 Scharlachfälle (darunter vier Wundscharlachfälle) mit spezifischem Scharlach-Streptokokkenserum. Es wurden nur schwere Fälle behandelt. Das Serum der Behringwerke wurde so früh wie möglich — unmittelbar nach Aufnahme der Kranken —, meist am zweiten oder dritten Krankheitstag in einer Menge von 25 ccm bei kleinen Kindern, 50 — 75 ccm bei Erwachsenen, evtl. noch einmal nach 12—24 Stunden, verabreicht. Auch bei Schwerstkranken zeigte das hohe Fieber einen brüsken Abfall. Weiter zeigte sich unverkennbar, daß schwere Allgemeinerscheinungen, die toxischen Symptome: Vasomotorenschwäche, Cyanose, Benommenheit, Delirien, Prostration, schon wenige Stunden, zum mindesten am Tage nach der Seruminjektion erheblich gemindert, oft völlig verschwunden waren. Der Puls wurde kräftiger, war weniger frequent, Eßlust und ruhiger Schlaf stellten sich ein. Kinder saßen spielend im Bett, die Tags zuvor desolat geschienen hatten. Die ödematöse Schwellung der Tonsillen und des Gaumens ging schneller zurück, im Gegensatz zu Nekrosen und Belag bei Nichtbehandelten. Das Exanthem wurde durch das Serum ganz wesentlich abgekürzt, oft schwand es bis auf Reste schon nach Stunden, entsprechend dem lokalen Auslöschphänomen, besonders bei Behandlung am ersten Krankheitstag. Diese oft ungemein günstige Wirkung des Serums auf das erste Stadium der Erkrankung bezüglich der Intoxikationserscheinungen zeigt den hohen antitoxischen Wert des Serums. Jedoch scheinen die Sekundärerkrankungen nicht vermieden noch wesentlich gebessert werden zu können, was bei diesen Streptokokkenerkrankungen den bisherigen Erfahrungen mit Seren entspricht. Das Scharlachserum steigert die Bakterizidie der Körperzellen. Als Erreger des Scharlachs bezeichnet der Verfasser hämolytische Streptokokken, jedoch wird dem Erreger eine Sonderstellung eingeräumt.

Neuartige Anschauungen über die Entstehung der Angina pectoris. Der Verfasser sieht das Wesen des Angina pectoris-Anfalles als eine Folge einer auf der ersten Stufe der Insuffizienz stehenden Schwäche des linken Ventrikels an. Durch eine plötzliche Erhöhung der Widerstände im peripheren Kreislauf oder durch plötzlichen vermehrten Zufluß zum Herzen — Momente, die die Herzarbeit erhöhen — kommt es zu erhöhten Rückständen in der linken Herzkammer, zu ihrer Dehnung und zur Steigerung des intraventrikulären Druckes daselbst. Gleichzeitig verstärken sich die Kontraktionen. Diese Kräfte vermögen den Koronarkreislauf durch Kompression zu unterdrücken, woraus Stauungen und Dehnungen in dem proximalen Teil der Kranzgefäße und dem Beginn der Aorta resultieren. Diese mechanische Auswirkung ist der adäquate Reiz für den Angina pectoris-Anfall.

Ist die intrakutane Diphtherietoxinreaktion nach Schick ein brauchbarer Maßstab für den Wert einer Immunisierungsmethode gegen Diphtherie? Es konnte nachgewiesen werden, daß die mit der Schickschen Probe zugeführte Toxinmenge schon bei einmaliger Wiederholung imstande ist, eine Antikörperproduktion auszulösen. Daher ist die intrakutane Diphtherietoxinprüfung kein geeigneter Maßstab für die Wertbestimmung eines Immunisierungsverfahrens. Eine weitere Fehlerquelle ist die Verwendung abgeschwächter Toxinlösungen, die eine negative Reaktion ergeben und erfolgreiche Immunisierungen vortäuschen können.

Bestehen Zusammenhänge zwischen Blutgruppe und Luesdisposition sowie zwischen Blutgruppe und Erfolg der Luestherapie? Es konnte nachgewiesen werden, daß ein Zusammenhang zwischen Blutgruppenzugehörigkeit und Luesdisposition nicht besteht. Aenderungen der Blutgruppe unter dem Einfluß von Infektionskrankheiten und der Luestherapie konnten nicht beobachtet werden. Bedeutende Unterschiede machten sich bei den vier Blutgruppen geltend hin-

sichtlich der Beeinflussung der WaR. durch die spezifische Luestherapie. Bei den Blutgruppen A und O wurde die WaR. sehr viel schneller negativ als bei den Gruppen AB und B. Das gleiche hat Geltung für Sachs-Georgi-Reaktion. Es wird die Frage erörtert, ob diese verschiedene Beeinflußbarkeit der WaR. bei den vier Blutgruppen zurückzuführen ist auf eine leichtere Heilbarkeit der Lues bei den Gruppen A und O und ob das häufige Vorkommen spätsyphilitischer Erkrankungen bei den Gruppen AB und B hiermit in Beziehung steht.

Dreimalige Frühheilung eines zuerst an sekundärer und dann zweimal an primärer Syphilis mit langen Zwischenzeiten erkrankten Patienten. Der Verfasser berichtet über einen ganz ungewöhnlich genau beobachteten Fall und kurz über mehrere ähnliche, so daß an der Möglichkeit mehrmaliger Infektionen mit Syphilis bei demselben Individuum nicht gezweifelt werden kann. An der Klinik des Verfassers wird die Liquoruntersuchung jetzt ambulant durch Nackenstich (Zisternenpunktion) ausgeführt, worüber schon ein Material von über 1000 Fällen vorliegt. Dies ist für die Nachbeobachtung von Syphilitikern ein ungemein großer Fortschritt, denn es ist nun möglich, die Kranken zu öfteren Liquoruntersuchungen zu bewegen, ohne das Risiko einer ambulanten Lumbalpunktion eingehen zu müssen. Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 36, 2. September 1927.

* Experimentelle Studien mit Syphilis und Rekurrensspirochaetose. W. Kolle und R. Prigge.
* Ueber den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse über Leicheninfektionen mit Syphilis. Erich Hoffmann.
- Zur Chirurgie des Säuglings. Heile.
* Die bakteriologische Kontrolle des Katguts auf Sterilität unter besonderer Berücksichtigung der Anaërobien. W. Lange.
- Ueber die myeloisch-pseudoleukämische Reaktion („Aleukämische Myelose"). Arneth.
* Bemerkungen zur Frage der Saprovitankomplikationen. G. L. Dreyfus u. R. Hanau.
- Weitere Versuche über einseitige Ernährung mit Eiern. E. Friedberger und S. Seidenberg.
- Vom Transvestitismus. Placzek.
- Chemische und klinische Untersuchungen über die Schwarzreaktion von Buscaino im Harn von Gesunden und Kranken. Fritz Bettzieche.
- Repititorium der praktischen Neurologie. XXIII. Allgemeine neurologische Diagnostik. E. Siemerling.
- Die Kontrolle minimaler Atemtätigkeit bei geräuschvoller Umgebung. R. Jablonowski.
* Eigentümlicher Verlauf einer posthemiplegischen Chorea im Wochenbett. E. Jacobi.
- Das Arzneiexanthem als unspezifischer Heilfaktor. Rudolf Loewenstein.
- Ueber die Verwendung von Dilaudid bei Lungentuberkulose. Ernst Paulsen.
- Metajodin als wirksames äußeres Antiseptikum. Hans Friedenthal.
- Galaktorrhoe (Kolostrumsekretion) bei einer Virgo mit Uterusmyom. Otto Herschan.
- Selbsthaltendes Scheidenspekulum. Pfleiderer.
- Ueber arsenhaltigen Wein. E. Remy.

Experimentelle Studien mit Syphilis und Rekurrensspirochätose. Die Ergebnisse dieser Versuche liefern eindeutige Resultate bezüglich der Frage der Schankerimmunität einerseits und des Bestehens einer echten allgemeinaktiven Immunität andererseits. Es zeigte sich, daß bei den in der Spätperiode mit kleinen Dosen behandelten Tieren, bei denen, als latent-syphilitischen Individuen, keine Schanker entstehen, wenn sie der Superinfektion ausgesetzt werden, trotzdem eine neue Durchseuchung des Körpers mit den zugeführten Spirochäten des homologen Stammes stattfindet. Das Gleiche gilt für die mit großen Dosen in der Spätperiode behandelten syphilitischen Kaninchen. Auch hier besteht lediglich eine Schankerimmunität, dagegen keine echte allgemeine Immunität, die zu einer Vernichtung der eingeführten Spirochäten führt. Auch hier sind neu eingedrungene Spirochäten durch Verimpfung der Drüsen nachzuweisen, und die Kontrollversuche, die stets negative Resultate ergaben, bewiesen, daß es sich um ein erneutes Eindringen der frisch zugeführten homologen Spirochäten handelte, trotzdem eine Schankerimmunität bestand. Das Vorkommen einer echten aktiven Immunität bei Syphilis wird auf Grund der berichteten Tatsachen als sehr unwahrscheinlich bezeichnet. Die bisher gewonnenen Ergebnisse der Tierversuche stehen im Einklang mit den Erfahrungen der Klinik, daß eine Sterilisierung des syphilitisch infizierten Körpers am besten in der Frühperiode gelingt. Es liegen auch bisher keine einwandfreien Versuche vor, aus denen zu schließen wäre, daß durch Abwarten mit der Einleitung der Therapie bis zu einem späteren Zeitpunkt stärkere therapeutische Effekte erzielt werden als mit der Frühbehandlung.

Ueber den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse über Leicheninfektion mit Syphilis. Das Dogma, das Leicheninfektionen mit Syphilis nicht vorkommen, ist falsch und nicht nur durch Beobachtungen am Menschen, sondern auch durch breit angelegte Tierversuche widerlegt. Leicheninfektionen mit Syphilis sind aber ungemein selten; denn es gelang trotz aller Bemühungen nur, sichere und 14 mehr oder weniger wahrscheinliche und 4 nur g kurz erwähnte derartige Fälle zu sammeln. Die Schanker saßen den 20 sicheren Fällen fast stets an den Fingern (3 am Zeigefing 4 am Daumen, 10 an anderen Fingern); einmal fand sich ein Prim affekt am Halse, selten keiner. Der Verlauf war öfters schwer, 3 Fällen bestand maligne Syphilis, einmal frühzeitige Hirnsyphi fast alle Infektionen wurden nicht rechtzeitig, manche erst auffall spät als solche erkannt. Heutzutage ist die Früherkennung du Untersuchung auf Spir. pall. leicht möglich und dann durch genüg starke Bi-Salvarsanbehandlung auch die Frühheilung erreichbar. Ansteckung erfolgt am leichtesten an Leichen kongenital-syp litischer Kinder und Föten, seltener an solchen frühsyphilitischer wachsener, ausnahmsweise gar bei Paralyse (Hirn). Die Seltenh der Leicheninfektion beruht wahrscheinlich auf einer bald e tretenden Abschwächung des Virus, indem die für die gewöhnlic Ansteckung wichtige Penetrationsfähigkeit der Spir. pall. info einer Schädigung ihrer Endfäden und Hüllsubstanz herabgesetzt w Größte Reinlichkeit und Vorsicht (tadellose Gummihandschuhe, e gutes Einfetten) ist daher bei Sektionen unbedingt stets erfoderli

Die bakteriologische Kontrolle des Katguts auf Sterilität un besonderer Berücksichtigung der Anaërobien. Verfasser zeigt seinen Ausführungen wie wichtig die ständige bakteriologische K trolle des in den Handel gebrachten Sterilkatguts ist.

Bemerkungen zur Frage der Saprovitankomplikationen. Verf. haben sich von der Wirksamkeit des Neosaprovitans in py gener und therapeutischer Hinsicht, bei wesentlich geringeren Do im Vergleich zur Dosierung des Altsaprovitans und erheblich la samerer Steigerung derselben, in zahlreichen Fällen überzeu Schädlichkeiten irgend welcher Art haben sie bei der ¾jährigen A wendung des Neosoprovitans bei strenger Indikationsstellung ni gesehen. 40 Fälle mit etwa 400 Injektionen wurden vollkommen ko plikationslos behandelt. Die Verf. sind an der Klärung der Frage ü die Schädlichkeit bzw. Unschädlichkeit der Heilfieberbehandlu interessiert, weil sie in ihr einen therapeutischen Fortschritt seh der sich aber selbstverständlich nur dann auswirken kann, we die Heilfieberbehandlung keine Gefahr in sich birgt. Die wirksam Fiebertherapie sehen die Verfasser immer noch in der Malar behandlung. Da diese aber aus verschiedenen Gründen (la klinische Behandlung, Mortalität 3 bis 10% usw.) nur mit erheblich Einschränkungen durchführbar ist, so suchen die Verfasser na einem zuverlässigen und ungefährlichen Ersatz für die zahlreich Fälle, die aus einer Fiebertherapie einen wesentlichen Nutzen zieh könnten. In Anbetracht der Wirksamkeit des Neosaprovitans ist wünschen, daß durch kritische und vorsichtige Erprobung dies neuen Mittels auf breitester klinischer Grundlage fernerhin keiner Gefahr mit seiner Anwendung mehr verbunden sei.

Eigentümlicher Verlauf einer posthemiplegischen Chorea Wochenbett. Eine junge Erstgebärende von körperlich schwäc licher Konstitution und geringem Intellekt bekommt etwa 4 Woch nach einer völlig normalen Entbindung eine Hemiplegie im Anschl an seelische Erregungen und einen nicht sehr bedeutenden Fall u kurze Zeit danach eine ausgesprochene Chorea minor, die anfan einseitig, später doppelseitig auftritt. Die Chorea bestand a mehreren schweren Erregungszuständen, die sich bis zur höchst Unruhe steigerten und in Abständen von etwa 4 Wochen, stets v der Menstruation sich zeigten, um dann mit der Menstruation a zuklingen. Nach starken Schlafmitteln klingen die Erregungszustän meist schnell ab. Reste irgendwelcher Art sind nicht zurüc geblieben, auch nicht von der Hemiplegie. Die Krankheit schei soweit man das nach der Beobachtung von ½ Jahr sagen kann, a mählich die Tendenz zu haben, völlig abzuklingen. Meistens war kurz vor den Exazerbationen seelische Aufregungen vorau gegangen, die wohl mehr aus der eigentümlichen Stimmung kurz v den Anfällen zu erklären sind, als daß sie auslösend gewirkt habe Aehnliche Insulte zu anderen Zeiten — früher oder später — hab bei derselben Patientin keinen großen Eindruck gemacht. Verfass erwähnt dann die ausgezeichnete Wirkung der Magnesium-sulfu cum-Injektion, die er in Analogie wie beim Tetanus machte. diesem Falle hat das Medikament fast kupierend gewirkt. empfiehlt eine weitere Nachprüfung in anderen Fällen von Chor Arnold Hirsch, Berlin.

Die Aerztliche Praxis.

1. Jahrg., Heft 8, 1927.

* Ueber wehenanregende und wehenverstärkende Mittel. Graff.
- Ueber den praktischen Wert der Tuberkulinproben. Poindecker.
* Wann und wie soll man Hämorrhoiden operieren? Schnitzler.
- Zur versicherungsärztlichen Begutachtung der Glykosurie. Gzyhlarz.
- Verhütung und Behandlung der Kinderneurosen. Friedjung.
* Die Therapie der chronischen Obstipation. Steindl.

Wehenanregende und wehenverstärkende Mittel. Bericht über olge mit Thymophysin (einer Mischung von Thymus- und Hyposenextrakt, hergestellt von den Chemosanwerken) bei 270 uen. Das Mittel wurde in die Muskulatur des Oberschenkels in er Menge von je 1,5 ccm eingespritzt. Die Indikation war meist näre und sekundäre Wehenschwäche. Die Wirkung tritt oft nittelbar, meist aber innerhalb von 5 bis 10 Minuten nach der ktion und ausnahmsweise erst nach einer halben Stunde ein. den Erfolg ist die erste Injektion entscheidend: bleibt diese kungslos, so gelingt es auch durch wiederholte Injektionen des tels nicht, den Uterus zu verstärkter Arbeit anzuregen. Die olgreiche Wirkung des Thymophysins hängt, wie der Verf. betont, der rechtzeitigen Anwendung ab. Das Anwendungsgebiet ses Mittels ist und soll die Eröffnungsperiode bleiben, während späteren Stadien der Geburt sowie bei Früh- und Fehlgeburten reinen Hypophysenpräparate mehr leisten. Thymophysin kann h diagnostisch verwertet werden, da es in Zweifelsfällen die erscheidung von Schwangerschafts- und Geburtswehen erglicht.

Wann und wie soll man Hämorrhoiden operieren? Die symptombestehenden Hämorrhoiden, die nur zufällig bei der Untersuchung leckt werden, geben kaum Anlaß zu einer Operation. Diese d bei frischem thrombophlebitischem Prozeß in dem äußeren ten empfohlen. Man macht hier unter Infiltrationsanästhesie Spaltung der Haut über dem Knoten, extrahiert den Thrombus verschließt die kleine Wunde mit ein oder zwei Nähten. Aeußere ten werden durch Blutung selten Anlaß zu einem Eingriff geben. letztere wird durch Berührung mit dem rotglühenden Paquelin r Anlegung einer Umstechung resp. Naht mit Leichtigkeit get. Dagegen ist es bei den inneren Knoten am häufigsten die lung, die Anlaß zum operativen Eingriff gibt. — Was die Opeonsmethode anlangt, so empfiehlt der Verf. die Ligatur der nach inkterdehnung vorgezogenen Knoten mit Seide und Abtragung Kuppe der Knoten vor der Ligatur mit dem Paquelin oder mit Schere. Wegen der Strikturgefahr ist darauf zu achten, daß it die ganze Zirkumferenz der Rektumschleimhaut in das Bereich Ligatur oder des Brandschorfes fällt. Vor dem Eingriff soll gründliche Entleerung des Darmes erfolgen, die jedoch minens 6 Stunden vor der Operation beendet sein muß. Nach der ration gibt man zwei bis drei Tage lang Opium und danach inusöl bzw. Pulv. liquir. oder Istizin. Die Operation kann sowohl okalanästhesie als auch im Aetherrausch ausgeführt werden; in iterem Falle vermeide man die Verwendung des Paquelins.

Die Therapie der chronischen Obstipation. Eine eingehende, ndliche und wiederholte Untersuchung des ganzen Patienten ist en Bestehen einer chronischen Obstipation unerläßlich, da die ige Klärung der Aetiologie des Leidens für eine erfolgreiche rapie von großer Wichtigkeit ist. Anstelle der Medikation von antien und Drastika soll man im allgemeinen womöglich Diät, sikalische Methoden und schonende Maßnahmen, Oelklysmen, bäder, Massage usw., verordnen. Die Anwendung von vercedenen Abführmittel bei der proktogenen Obstipation habitueller ar ist als ein Fehler zu betrachten. Durch deren ständigen Gerich wird die vorhandene Dysfunktion des Darmes nach scheina vorübergehender Besserung nur gesteigert. Der regelmäßig u bestimmten Zeit vorgenommene, willkürliche Defäkationsverin seitens des Patienten führt oft zum Ziele. Diese Prozeduren an man im Anfang durch vorher verabreichte milde Seifenstuhlächen oder auch durch kleine Oel- oder Oelseifenklystiere beüstigen. Bei hochgradig spastischen Zuständen wirken warme bäder oder auch eine langsame, vorsichtige Dehnung des inkters (digital oder durch Tamponschlauch) unterstützend. Auch uch zeitweise Regulierung der Kost (Kompotte, Yoghurt usw.) an man, besonders im Anfang, diese Maßnahmen unterstützen.

Welche Anwendung findet die Elektrokoagulation in der Kosmik? Die Zerstörung von Papillomen und gewöhnlichen Warzen eigt in den meisten Fällen recht gut. Man arbeitet meist mit ipoligen Apparaten und sticht die Nadel in das Papillom bis u Basis vor. Um das Gebilde zu zerstören, genügen einige Seuden der Einwirkung. Keine Blutung. Die Reste schrumpfen nst rasch von selbst. — Die Hydrozystome werden bei Behandursdauer von ein bis zwei Sekunden zerstört. Alle Arten von inen Fibromen und harten Nävis schrumpfen unter Elektroogulation schnell zusammen. Hier arbeitet man nur mit spitzen Nadeln, die bis gegen die Tumorbasis und mindestens drei bis vier Millimeter von einander entfernt eingestochen werden. — Teleangiektasien geben keine guten Behandlungseffekte, da hier eine stichförmige Narbe zurückbleibt. — Sehr gute Resultate erzielt man mit der Elektrokoagulation bei Hypertrichosis. Um narbenlos zu arbeiten, müssen die Nadeln, bis auf die allerfeinste Spitze von ca. 2 mm, die frei bleibt, mit Emaille isoliert sein. Der Effekt ist hier viel besser als bei der galvanischen Elektrolyse. — Relativ gute Resultate erzielt der Verf. bei Kombination von punktförmiger Elektrokoagulation mit nachfolgender Radiumbestrahlung bei hypertrophischen Narben und Spontankeloiden. —

Welche therapeutischen Maßnahmen empfehlen sich bei Acne juvenilis, vulgaris und rosea? Acne juvenilis: Häufige Waschungen (fünf- bis sechsmal täglich) mit 2%igem Salizylspiritus. Abends Waschungen mit heißem Wasser und Seife, wobei kräftig frottiert werden soll. Nachher trägt man Schwefelzinkpaste (Sulfur. praecip., Zinci oxydati ana 3,0, Vaselin oder Ungt. glycerini 30,0 — kein Fett als Grundlage!) auf, pudert darüber ein und entfernt morgens die Salbe mit Wasser und Seife. Bei schweren Fällen: Schälbehandlung (Sapo viridans oder Naphthol- oder Resorcin-Schälpasten), die man nachts ausführt. Es ist zweckmäßig, Schmierseife als 10-20-50%igen Zusatz zur Pasta zinci Lassari, die Salizylsäure enthält, zu verwenden. Morgens wird die Paste abgewaschen und tagsüber Salizylalkohol appliziert. Die die Schälung einleitende stärkere Rötung und Schwellung gehen unter Zinkpaste zurück. Die vorhandenen Komedonen sollen mit gewaschenen Fingerkuppen ausgedrückt werden, solange sie nicht entzündet sind. Danach folgt die Salizylalkoholwaschung. Es ist zweckmäßig, die an Acne erkrankten Hautpartien der Sonne (im Sommer) bezw. der Quarzlampe (im Winter) reichlich auszusetzen. — Acne vulgaris: Die Inzision von Abszessen ist hier nur dann nötig, wenn diese groß, tiefliegend und als Eitersäcke zu fühlen sind. Sonst Umschläge mit 1 — 2%igem Sublimatalkohol (eine halbe bis mehrere Stunden hindurch) oder Auflegung von purer Schmierseife auf Lappen gestrichen (einige Stunden, je nach der Intensität der Einwirkung). Ausgezeichnete Erfolge konnte der Verf. mit Ungt. sulfurat. Wilkinsoni erzielen und zwar bei allnächtlicher Anwendung (Polsterschutz!) bis deutliche Schälung eintritt, die man dann unter Zinkpasten u. dgl. abwartet. Die Nachbehandlung besteht im Auftragen von Schwefelzinkpaste und Waschungen mit 2%igem Salizylspiritus. Acne rosea: dieselben Prozeduren wie bei Acne juvenilis. Nach Abheilung der größten Zahl von Pusteln verödet man die Teleangiektasien am zweckmäßigsten mit Kohlensäureschnee.

E. Kontorowitsch.

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.

36., Heft I.

Zur Röntgendiagnostik des kardialen Magenkarzinoms. Hochsitzende Magenkarzinome werden bei der gewöhnlichen Durchleuchtung häufig übersehen. Es ist erfoderlich, in jedem verdächtigen Fall auch eine Durchleuchtung im Liegen vorzunehmen, damit der Fundusteil, der beim Stehen mit Luft gefüllt ist, überhaupt vom Kontrastmittel ausgefüllt wird. Aber auch bei dieser Untersuchungstechnik gelingt es nicht immer, ein Ca. nachzuweisen, insbesondere dann nicht, wenn der Tumor auf der Seite der kleinen Kurvatur unmittelbar unterhalb der Kardia sitzt und diese noch frei durchgängig ist. Verf. weist darauf hin, daß in diesen Fällen die Beobachtung der Magenfüllung eine Diagnose er-

möglicht. Normalerweise gleitet der Bissen in einer geraden oder leicht geschweiften, aber immer glattrandig begrenzten Linie nach abwärts. Handelt es sich aber um den oben gekennzeichneten Sitz eines Karzinoms, so wird diese Linie unterbrochen, gezackt oder wellig. Zuweilen sieht man auch, wie der Flüssigkeitsstrahl auf einen Widerstand aufprallt und zurückgespritzt wird. Bei größeren Tumoren kann der Bissen sich teilen und in mehreren Streifen durch die Buchten des Tumors nach unten gleiten. Mitunter bleiben in den Buchten und Nischen des Tumors auch Kontrastbreireste zurück und sind dann noch nach längerer Zeit zu sehen. Im allgemeinen sind diese Bilder aber nur w ä h r e n d d e s E i n f l i e ß e n s des Breies zu beobachten. Aufnahmen können daher nur im unmittelbaren Anschluß an die Durchleuchtung als gezielte Momentaufnahmen einen Wert haben.

Kehlkopfkrebs im Röntgenbild. Die Röntgeaufnahme des Kehlkopfs ist geeignet, nicht nur die laryngoskopische Diagnose zu unterstützen, sondern insbesondere über die Ausdehnung der Erkrankung Aufschluß zu geben und damit für den Operationsplan wertvolle Hinweise zu liefern. Beim Befallensein der Trachealringe sieht man die Tumormassen um den Knorpel herum gruppiert, der selbst nicht verändert zu sein braucht. Sind aber markraumhaltige und blutgefäßreiche Teile des Knorpels erkrankt, so wachsen die Tumormassen unmittelbar in diese Teile hinein. Wenn der Tumor zerfällt und ulzeriert, so wird auch der Knorpel verändert. Neben einem Zerfall desselben kommt es oft auch zu regenerativer Knorpelneubildung. Auch dieses Gewebe verkalkt, und es ergibt sich in diesem Stadium ein charakteristisches Röntgenbild, das durch ein Nebeneinander dunkler und heller Tupfen gekennzeichnet ist. Die Prädilektionsstelle für das Larynxkarzinom ist die Schleimhaut des Sinus piriformis. Die Geschwulst geht am häufigsten auf die Aryknorpel, die aryepiglottischen Falten und auf die Epiglottis über. Bei diesen Lokalisationen markiert sich der Tumor im Röntgenbilde ohne weiteres als Verschattung. Handelt es sich um ein Ca. der Stimmbänder, so findet man eine unscharfe Begrenzung oder teilweise oder auch völlige Verschattung der morgagnischen Ventrikel.

Zur Röntgentherapie des Hyperthyreoidimus und des Morbus Basedowii. Bei den leichteren Fällen der Basedowschen Krankheit hat die Röntgenbehandlung gute Erfolge zu verzeichnen. Bei den schweren Fällen mit ausgesprochener kardiovaskulärer Insuffizienz sind die Dauererfolge weniger zuverlässig, wenn auch der Anfangserfolg der Bestrahlung gut ist. Es gelingt meist auch in schweren Fällen, den Grundumsatz, dessen Bestimmung ausschlaggebend ist für die Beurteilung des Krankheitsbildes, wenigstens zeitweilig herabzusetzen. Auch die Bestrahlungstechnik hat sich nach dem Grundumsatz zu richten. Je stärker derselbe erhöht ist, desto geringer soll die Anfangsdosis sein. Bei stark toxischen Erscheinungen ist die Gesamtstrahlenmenge auf einen größeren Zeitraum zu verteilen. Die Strahlenbehandlung soll mit individuell gewählten Dosen, den kleinsten noch eben wirksamen, in immer größeren Intervallen für ein bis zwei Jahre durchgeführt werden. Antithyreoidinbehandlung ist während der Strahlentherapie nicht zu empfehlen.

Der Brodiesche Knochenabszeß und seine Röntgendiagnostik. Obwohl schon seit fast 100 Jahren bekannt, ist der Brodiesche Knochenabszeß eine wenig beachtete Erkrankung. Sie kann als eine eigenartige Erscheinungsform der chronischen Osteomyelitis bezeichnet werden. Das Leiden beginnt meist im Wachstumsalter. Im spongiösen Gewebe der langen Röhrenknochen nahe den Epiphysengrenzen, besonders häufig am oberen Ende der Tibia, bilden sich die eitrigen Einschmelzungsherde aus. Sie liegen oft dicht neben dem Gelenkspalt, von diesem nur durch eine dünne Knochenschale getrennt. Die Form des Abszesses ist stets regelmäßig rund oder eiförmig, die Größe ist sehr verschieden, im Durchschnitt beträgt der Durchmesser 2 bis 3 cm. Die Innenfläche der Abszeßhöhle ist durch eine derbe Membran ausgekleidet, die dem Knochen fest anhaftet. Charakteristisch für die Erkrankung ist ferner eine bedeutende Osteosklerose der spongiösen Knochenwandungen. Die periostalen Auflagerungen dagegen sind nur geringfügig, eine stärkere Auftreibung des Knochens ist nicht vorhanden. Der Abszeßinhalt besteht aus einer eitrig-serösen Flüssigkeit, in älteren Fällen aber ist der Inhalt dickflüssig, schleimig-eitrig. Als Erreger ist der Staphylococcus aureus anzusehen, gelegentlich konnte auch der Typhusbazillus aus dem Eiter gezüchtet werden.

Die Erkrankung wird oft nach einem Trauma manifest. Sehr häufig entwickelt sich das Krankheitsbild im Anschluß an eine subakut verlaufende Osteomyelitis. Die Beschwerden sind im Anfang gering. Es bestehen unbedeutende vage Schmerzen, der Knochen schwillt etwas an. Auch die Weichteile in der weiteren Umgebung des Herdes können etwas geschwollen sein. Die Schmerzen nehmen nach Bewegung und Inanspruchnahme zu, sie werden heftig bei Druck oder Traumen und sind nachts stärker als am Tage. Sehr oft, namentlich nach Traumen, treten Komplikationen von Seiten des benachbarten Gelenks auf, die sogar im Vordergrund des klinischen Krankheitsbildes stehen können. Es handelt sich um eine reakt seröse Synovitis, die durch einen intermittierenden Verlauf char terisiert ist, wie überhaupt alle Symptome des ganzen Krankhe bildes lange Zeit hindurch fehlen können, um dann plötzlich o erkennbare Ursache zu exazerbieren. Ein Durchbruch des szesses kommt nur selten vor. Auch Fistelbildung fehlt stets. Stelle der bei der Osteomyelitis sich findenden großen Seques sind nur kleine, kaum bemerkbare Knochenbröckel vorhanden. Te peratur und Blutbild ist unverändert.

Die Diagnose ist außerordentlich schwer, da wenig charak ristische Symptome vorhanden sind. Eine wichtige, früher a schlaggebende Untersuchungsmethode ist die Knochenperkussi Die Röntgenaufnahme ergibt alle Einzelheiten des anatomisc Bildes: Ein isolierter kugel- oder eiförmiger Aufhellungsherd glatten inneren Konturen, umgeben von sklerosiertem Knoch gewebe, ohne Sequester, ohne erhebliche Auftreibung oder pe ostitische Auflagerungen. Die Differentialdiagnose gegenüber Osteomyelitis ist leicht und ergibt sich aus der obigen Schilderu von selbst. Gegenüber dem Markabszeß ist der fast immer ak Verlauf des letzteren zu beachten, sowie dessen Sitz in der Mi der Diaphyse, während der Brodiesche Abszeß in den peripher Abschnitten der spongiösen Metaphyse lokalisiert ist. Dasse Unterscheidungsmerkmal gilt gegenüber den posttyphösen Knoch abszessen, die im übrigen auch meist kleiner sind. Sehr schw kann die Differentialdiagnose gegen Tuberkulose sein, die in ei allerdings seltenen Erscheinungsform dem Brodieschen Abszeß s ähnlich sehen kann. Doch ist der tuberkulöse Destruktionsherd regelmäßiger, die Grenzen eher eckig als rund, die Ränder geza unscharf, die sklerotischen Knochenpartien ungleichmäßig. längerer Dauer führt die Tuberkulose zum Durchbruch, meist fin sich ein Sequester. — Ein Gumma kann in dem Röntgenbild u auch hinsichtlich der klinischen Symptome weitgehende Aehnlic keit mit dem Brodieschen Abszeß aufweisen. Doch findet sich d selbe meist in der Mehrzahl und erreicht selten dieselbe Größe. Ostitis fibrosa cystica macht größere Aufhellungsherde von ell tischer Gestalt, mit Knochenbälkchen durchsetzt, ohne reakti Osteosklerose, dagegen mit Auftreibung des Knochens. Auch der Riesenzellengeschwulst ist der Knochen verbreitert, die A hellungshöhle ist mit wabenartiger Knochenzeichnung durchzog die Kortikalis ist dünn. Echte Knochentumoren sind leicht von d Abszeß zu unterscheiden. Der Echinokokkus der Knochen läßt si dadurch ausschließen, daß er immer mehrkammerig ist. Die E handlung kann nur in einem radikalen operativen Eingriff besteh

Beiträge zur Röntgendiagnostik der Appendix. Die Füllung d Appendix geschieht auf retrogradem Wege durch Einpressen v Darminhalt vom Kökum bzw. vom Kolon her. Unvollständige A füllung mit Kontrastbrei infolge teilweiser Verdrängung desselb durch halbflüssige Kotmassen ist kein pathologisches Zeichen. der Untersuchung des Kolons per Klysma wird die Appendix rela selten sichtbar, weil sie mit Darminhalt ausgefüllt ist, der auch vorheriger Ausspülung des Kolons nicht entfernt wird. We Wurmfortsätze können fast immer mit Kontrastbrei gefüllt werd Echte peristaltische Bewegungen sind nicht einwandfrei nac gewiesen, es handelt sich vielmehr bei den Lage- und Formveränd rungen der Appendix um passive Bewegungen, die auf die u gebenden Darmabschnitte zurückzuführen sind. Doch ist der Wur fortsatz imstande, sich durch Kontraktionen seines Inhalts zu e ledigen. Mit Kot bzw. Kontrastbrei füllbar sind alle normal Wurmfortsätze sowie diejenigen pathologischen, die ebenfalls mit dem Kökum in offener Verbindung stehendes Lumen haben. Gerlachsche Klappe ist kein Hindernis für die Füllung der Append Der Uebertritt von Kot, ein auch in normalen Fällen sehr oft obachtetes Vorkommnis, kann niemals die Veranlassung zur E stehung eines appendizitischen Anfalls sein, sondern ein solch kann nur durch Stauung des Kotinhalts, abnorme Gasblähu Schleimhautschwellung u. a. hervorgerufen werden. Im Gegent muß das konstante Ausbleiben der Füllung als ein pathologisch Zeichen angesehen werden. Nicht füllbar sind die total und die proximalen Ende obliterierten Wurmfortsätze. Auch die nur distalen Ende obliterierten können manchmal keinen Kontrastb aufnehmen, da ihr Lumen auch an der Abgangsstelle oft vereng ist. Mit zunehmendem Lebensalter nimmt die Obliteration an Häufi keit zu. Eine Füllung ist ferner ausgeschlossen, wenn das köka Ostium infolge Abknickungen, Residuen einer abgelaufenen Entzü dung, obliterierender Kotsteine u. a. m. verschlossen oder hoc gradig verengert ist. Auch frisch entzündliche Appendizes nehm keine Kontrastfüllung auf, da das Lumen infolge entzündlich Schwellung und Hyperämie der Schleimhaut verschlossen i Schließlich ist noch daran zu erinnern, daß die Appendix auch oh operative Entfernung fehlen kann, sei es bei einem kongenital Defekt, sei es infolge einer ohne operativen Eingriff geheilt Gangrän.

Die Nichtfüllbarkeit des Wurmfortsatzes ist also für d diagnostische Beurteilung außerordentlich wichtig. Wenn bish

rauf wenig Gewicht gelegt worden ist, so lag das in erster Linie der bezüglich der Darstellung der Appendix unzuverlässigen tersuchungstechnik. In der Tat ist die Sichtbarkeit des Proc. verformis nach der gewöhnlichen Kontrastmahlzeit großen Schwanigen unterworfen. Kotinhalt, Kontraktionszustände, Verlagerung rch die Bewegungen der umgebenden Darmschlingen können tweilig eine Auffüllung verhindern. Bei kurzer Verweildauer Kontrastbreis im Darm sind die Bedingungen für die Sichtbart geringer, ebenso aber bei hochgradiger Konstipation, wenn der rminhalt zu stark eingedickt ist. Eine vorherige Reinigung des rmes durch Einlauf kann die Bedingungen zwar verbessern, gehrleistet aber doch nicht immer die Darstellbarkeit.

Verfasser hat nun ein einfaches Mittel ausgegeben, durch das jeder rhaupt füllbare Wurmfortsatz auch darzustellen ist. Er erreicht s dadurch, daß dem Bariumbrei ein Zusatz von Magnesium sulicum zugefügt wird. Hierdurch wird eine Reinigung der Appen- von altem, nicht schattengebendem Kot bewirkt, ein langes ssigbleiben der Kontrastmassen im Kökum und dabei auch eine nügend lange Verweildauer im Kökum gewährleistet. Hiermit d alle Voraussetzungen für die Füllung des Wurmfortsatzes ert. Die Menge des Bittersalzes muß individuell gewählt werden. Durchschnitt nimmt man zu ½ l Kontrastmahlzeit 3 Kaffeelöffel l. Das Gemisch muß einerseits mindestens zwei dünne Entrungen (¼ Stunde und 1½ Stunde p. c.) herbeiführen, andererts muß 24 Stunden p. c. das Kökum noch voll mit Kontrastbrei üllt sein. Dies ist der Zeitpunkt, an dem die Füllung am häufign zu beobachten ist. Doch ist es notwendig, schon nach 8 Std. auch noch nach 48 Std. zu untersuchen. Bleibt bei all diesen rchleuchtungen die Füllung aus und ist dies auch bei einer ederholung der ganzen Untersuchung der Fall, so kann mit ßer Sicherheit die Appendix als nicht füllbar bezeichnet werden. Untersuchung geschieht am besten beim liegenden Patienten. pationen unter dem Schirm sind notwendig zur Feststellung der ge, Form und Verschiebbarkeit. Liegt das Kökum mit der Appen- im kleinen Becken, so kann man die Darstellbarkeit der teren dadurch verbessern, daß man eine Luftaufblähung des kums vornimmt. Wenn auch die Durchleuchtung unentbehrlich so müssen doch auch Aufnahmen vorgenommen werden, da ere Details nur so zu erkennen sind. Bezüglich der diagnotchen Verwertung der Befunde ist Verf. der Ansicht, daß die stante Nichtfüllbarkeit der Appendix ein zuverlässiges Symptom das immer auf grob makroskopische Veränderungen hinweist. fand das Symptom in 34% aller Fälle. In allen Fällen, die riert wurden, bestätigte sich die röntgenologische Diagnose. Es dabei nur zu berücksichtigen, daß auch vollständig obliterierte rmfortsätze ohne frische entzündliche Erscheinungen naturgemäß it füllbar sind. Die Dauer der Appendixfüllung ist auch beim unden großen Schwankungen unterworfen. Auch eine sich auf rere Tage erstreckende Verweildauer ist nicht ohne weiteres krankhaft zu werten. Die Entleerung erfolgt gewöhnlich gleichig mit der des Kökums, doch sind Abweichungen von diesem lus auch bei normalen Fällen durchaus nicht selten. Die Fälle langer Füllungsdauer betreffen in der Hauptsache Obstipation Kotstauung im Kökum. Selbstverständlich können aber auch verschiedenartigsten anatomischen Veränderungen zu demselben il führen. Wurmfortsätze, die Kot- oder Bariummassen abnorm e Zeit in sich beherbergen, sind zur Erkrankung prädisponiert steinbildung, Dekubitalgeschwüre, Stenosen, Perforation). Hierc gehört insbesondere das Krankheitsbild der Colica appenilaris. Grobmakroskopische Veränderungen können dabei völlig en. Bestimmte Zahlen, durch die eine normale von der pathoischen Verweildauer abgegrenzt werden könnte, lassen sich nicht stellen. Bei Patienten, bei denen ohne Abführmittel das Kökum Aszendens am zweiten oder dritten Tage bariumfrei geworden t kann die Appendixfüllung als normal bezeichnet werden, wenn die Kökumentleerung um drei bis vier Tage überdauert. Bei ipierten Patienten muß man aber zurückhaltender sein. Bleibt Appendix aber noch acht Tage über die Kökumentleerung us gefüllt, so liegen sicher pathologische Verhältnisse vor.

Die Länge des Wurmfortsatzes ist individuell verschieden. Der norm lange Wurm ist meist pathologisch verändert, gewöhnlich ter auch abnorm weit und weist verlängerte Retention auf. Eine norme Kürze der Appendix ist ein sehr vieldeutiges Symptom weise Obliteration, Empyem oder auch nur ungenügende Füll). Die Lage ist bekanntlich wechselnd. Wesentlich ist aber Feststellung, ob der Wurmfortsatz frei verschieblich ist. Die tstellung von Adhäsionen setzt aber gründliche Untersuchung sorgfältiger Palpation voraus. Auch ein kurzes Mesenteriolum an übrigens eine Fixation der Appendix bewirken. Knickungen en keine pathologische Bedeutung. Meist handelt es sich nur Scheinknickungen, die durch die Projektionsverhältnisse bedingt oder um vorübergehende Befunde bei zeitweiliger Verlagerung. Verschmälerung und ungleichmäßige Gestaltung des Füllungsies ist meist nur durch einen vorübergehenden Kontraktionszustand bedingt. Auch eine teilweise Verschmälerung mit Verbreiterung des distalen Abschnittes braucht nicht immer auf eine Stenose hinzudeuten, sondern kann auch in normalen Fällen beobachtet werden. Eine abnorme totale Verbreiterung als konstanter Befund deutet auf Wandatrophie hin. — Von den indirekten Symptomen ist der Druckschmerz nur mit Vorbehalt zu verwerten, da er bei erkrankter Appendix fehlen kann, andererseits auch beim Gesunden angeblich in typischer Weise vorhanden sein kann. Veränderungen der letzten Ileumschlinge, Erweiterungen, Lageveränderungen, verstärkte Peristaltik kommen bei Appendizitis vor, aber auch bei verschiedenen anderen Erkrankungen in dieser Region. Dasselbe gilt von dem isolierten Kökumrest. Diese Symptome sind also nur in Verbindung mit anderen Befunden zu verwerten.

Ueber Atonie des Duodenums. Wie beim Magen und bei der Speiseröhre, so haben wir auch beim Duodenum den Zustand der Atonie zu beachten. Das Krankheitsbild ist gekennzeichnet durch eine funktionelle Passagestörung, die einer organischen Stenose in vielen Beziehungen ähnlich sein kann. Bei der Durchleuchtung findet man, gleich nachdem die ersten Bissen in den Zwölffingerdarm übergegangen sind, denselben in seiner ganzen Ausdehnung breit ausgefüllt. Die Passage, die normalerweise weniger als eine Sekunde in Anspruch nimmt, ist verzögert. Man kann ferner eine peristaltische Unruhe beobachten. Zuweilen findet ein scheinbarer Rücktransport von Kontrastmassen aus den unteren Abschnitten des Duodenums in den Bulbus statt. Bei der Kontrolldurchleuchtung nach zwei bis drei Stunden findet sich — selbst bei leerem Magen — ein Kontrastbreidepot in den abhängigen Teilen des Duodenums sowie ein Rückstand im Bulbus. Dieser hat eine charakteristische Form. Er ist unten konvex, oben geradlinig begrenzt. Ueber dem horizontalen Niveau kann man häufig eine Luftblase feststellen. Die Befunde erklären sich ohne weiteres durch die Atonie. Der retrograde Transport ist nur vorgetäuscht, in Wirklichkeit handelt es sich um eine Ueberschichtung der in der Pars horizontalis inferior gestauten Massen.

Die Ursache der Atonie ist in vielen Fällen nicht zu ermitteln, so daß wir von einer primären Atonie sprechen müssen. Häufiger findet sich das Krankheitsbild aber bei verschiedenartigen pathologischen Prozessen im Oberbauch, z. B. Ulcus duodeni, Gallenblasenempyem, Pankreaserkrankungen und besonders häufig bei pericholezystischen Verwachsungen. In allen diesen Fällen sind wir natürlich nur dann berechtigt, von einer funktionellen Stauung zu sprechen, wenn der anatomische Befund nicht ausreicht, um eine organische Stenose annehmen zu lassen. Differentialdiagnostisch ist zu beachten, daß bei organischen Verengerungen die Entleerung des Magens verzögert ist und daß die Peristaltik verstärkt ist. Außer diesen wichtigen röntgenologischen Symptomen fehlt bei der funktionellen atonischen Stauung das charakteristische Zeichen des galligen Erbrechens sowie alle anderen klinischen Symptome. Besondere Beachtung verdient die Dauerfüllung des Bulbus, die ebenso wie der Megabulbus fälschlicherweise oft auf Ulkus bezogen wird. Dasselbe gilt von dem peristierenden Duodenalfleck, der nicht nur als Ausfüllung eines Ulkusrezessus vorkommt, sondern in ganz ähnlicher Weise eben auch bei der Atonie als Restschatten in den abhängigen Partien des Bulbus. Eine Unterscheidung ist möglich durch nochmalige Kontrastfüllung, wodurch die Zugehörigkeit des fraglichen Schattens meist geklärt werden kann.

Kirschmann.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

66, Heft 3.

66, Heft 4.

Tuberkulose und Psyche. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Tuberkulose und schweren Psychosen konnte bislang nicht erwiesen werden, jedoch bewirkt die Phthise in der Psyche der meisten Kranken eine Aenderung, die als „tuberkulöser Charakter" bezeichnet wird. Dieser Einfluß auf die Psyche erklärt sich teils durch toxische Wirkungen, muß aber auch auf die durch die Krankheit vollkommen veränderte Lebenshaltung, die Veränderung der Umgebung usw. zurückgeführt werden.

Lungentuberkulose und mensueller Zyklus. Auf Grund seiner Beobachtungen an mehreren hundert Fällen kommt Verf. zu dem Schluß, daß von irgendeinem in eine Regel faßbaren Einfluß der Tuberkulose auf den mensuellen Zyklus nicht gesprochen werden kann. Amenorrhoe und unregelmäßiger Zyklus treten nur in 17,4 % der Fälle auf.

Zuckerstoffwechsel und Insulinmast bei Tuberkulose. Durch Insulin- bzw. Synthalindarreichung gelingt es, bei leichten, fieberfreien Fällen von Lungentuberkulose eine merkliche Steigerung des Appetits und nicht zu unterschätzende Gewichtszunahmen zu erzielen. Bei ausgesprochen aktiver Tuberkulose wurde wohl eine Steigerung des Hungergefühls, aber keine das gewöhnliche Maß übersteigende Gewichtszunahme erzielt. Bei Schwerkranken wurde jeder Erfolg vermißt. Insulin wirkt bedeutend besser als Synthalin. Die ambulante Behandlung des Tuberkulösen mit Insulin bzw. Synthalin ist vorläufig nicht zu empfehlen.

Der Einfluß des Sanocrysins auf die experimentelle Kaninchentuberkulose. Auf Grund sehr eingehender Untersuchungen kommen Verff. zu dem Ergebnis, daß das Sanocrysin bei Kaninchen weder eine akute noch eine ausgesprochen chronisch verlaufende Tuberkuloseinfektion klinisch oder pathologisch-anatomisch oder histologisch zu beeinflussen vermag. Die Erklärung für die widersprechenden Ergebnisse Möllgaards und seiner Nachuntersucher dürfte in der verschiedenen Virulenz der benutzten Tuberkelbazillen zu suchen sein.

Dauererfolge bei Pneumothorax- und konservativer Therapie der Lungentuberkulose — ein Vergleich. Die mit Pneumothorax behandelten Patienten sind, was Mortalität, Lebensdauer und Arbeitsfähigkeit betrifft, günstiger gestellt als die Patienten, bei denen bei gleicher Indikation die Anlage nicht gemacht wurde. Nach Eintritt der besseren Wirtschaftslage ist eine Wendung zum Besseren bei allen Patienten eingetreten, bei Pneumothoraxkranken in stärkerem Maße als in den Vergleichsfällen. Die anfängliche Wirkung des Pneumothorax ist in allen Fällen gut, die Dauerwirkung entspricht nicht den Anfangserfolgen. Nur bei dem dritten Teil der Pneumothoraxfälle gelingt es, die Behandlung ein Jahr und länger durchzuführen.

Die Bedeutung der Masern für die Entstehung und die Aktivierung einer Tuberkulose. Die Beobachtungen einer Masernepidemie unter Schulanfängern zeigte, daß die Masern für das Angehen einer tuberkulösen Infektion einen guten Nährboden darstellen und wohl imstande sind, einen ruhenden tuberkulösen Krankheitsprozeß zu aktivieren. Verantwortlich dafür ist die Masernanergie, die bis zu 3 Wochen nach der Krankheit bestehen bleiben kann. Es muß aber betont werden, daß im Schulalter die Erstansteckungen wie die Reinfektionen prognostisch einen durchaus günstigen Verlauf nehmen und es im Gegensatz zu Beobachtungen aus dem Kleinkindesalter niemals zur Ausbildung einer Basilarmeningitis, Miliartuberkulose oder schwerer sekundärer Lungentuberkulose kam.

H. Zwerg, Dresden.

Dermatologische Wochenschrift.

85, Nr. 34, 20. August 1927.

Zur Frage der Erythrocyanosis crurum buellaris. Die Diagn dieses häufig mit dem Erythema induratum und nodosum v wechselten Krankheitsbildes soll nur gestellt werden bei sy metrischer Zyanose der Haut der Unterschenkel zwischen Knöch und Waden mit erhöhter Konsistenz, Mangel aller knotigen V dickungen und Ulzerationen, scharf begrenzter eisiger Kälte b Befühlen der befallenen Stellen, ausschließlichem Vorkommen Frauen, besonders jungen Mädchen, meist ausgesprochener Hyp keratose der Haarfollikel. Die Aetiologie ist noch nicht gekl Tuberkulose, endokrine Einwirkungen, Erfrierungen stellen k direkten Ursachen dar. Am wahrscheinlichsten ist der Einfluß modernen Kleidung (dünne Strümpfe, kurze Röcke) als auslösen Faktor.

Zur Frage der Beeinflussung der Regenerationsfähigkeit Haut durch lokale Insulinapplikation. Lokale Insulinapplikation bei torpiden Geschwüren einen regenerationsbefördernden Ein aus, der allerdings in sehr ausgedehnten Fällen lange fortgeset und kostspielige Behandlung erfordert, so daß man hier, wenn durch das Insulin die Regeneration in Gang gekommen ist, Plastik schreiten kann. Die von anderer Seite bei der Anwend beobachteten Verätzungen und Verschorfungen sind vielleicht Verwendung eines stark sauren Insulins oder den Zusatz ei ätzenden Desinfiziens zu beziehen, worauf bei der Behandlung achten ist.

85, Nr. 35, 27. August 1927.

Ueber Farbstoffbehandlung der Gonorrhoe. Das Trypafla ein Akridinfarbstoff, kann beim Tripper sowohl intravenös wie ö lich angewendet werden. Beim Tripper des Mannes ergaben täg zweimal vorgenommene Janetspülungen mit 1½ Liter einer Lös von 3 : 10 000 in warmem Wasser sehr gute Erfolge, indem in komplizierten Fällen in 17 Tagen, in durch Epididymitis und Pros titis komplizierten Fällen in 19½ Tagen eine durch Provokat kontrollierte Heilung erzielt wurde. Stärkere Lösungen in F von Einspritzungen wurden schlecht vertragen. Die intraven Einspritzung von 5 ccm einer 2proz. Lösung alle 2 Tage bei w lichen Tripperkranken versagte bei Urethritis fast völlig, währ ein Teil der Fälle von Zervizitis günstig beeinflußt wurde.

85, Nr. 36, 3. September 1927.

Ueber Keloidbildung und maligne Syphilis. In einem zunäc nicht richtig erkannten Falle von Syphilis hatte sich eine reichli Rupia entwickelt, die zum Teil mit keloidartigen Narben abhei Derartige Keloidbildungen kommen gerade nach Infektionskra heiten (Furunkulose, Tuberkulose, Vakzination, Syphilis, Lepra) v was vielleicht dadurch zu erklären ist, daß die besonderen Re der infektiösen Prozesse eine lebhafter gesteigerte Regenerat der Hautzellen bewirken, die durch ein Uebermaß von schlecht nährtem Bindegewebe eine Neuinfektion und Wiedereindringen spezifischen Keime unmöglich macht.

Die lokale Ektebineinreibung des Lupus vulgaris in ihrer B deutung für die Behandlung. Die örtlichen Ektebineinreibun

ben zwar starke Reaktionen, scheinen jedoch für sich allein die ilung des Lupus nicht wesentlich zu beschleunigen. Gute Resultate zielt man, wenn man mit ihnen örtliche Quarzlampenbestrahlung mbiniert (10 cm Abstand, Beginn mit 2 Minuten). Dazu treten ysolganeinspritzungen (bei Ausschluß von Lungenherden!) in usen von 8—10 Tagen, bei denen mit allerkleinsten Dosen (1/100000 1/10000) begonnen und langsam auf 0,05, gelegentlich bis 0,1 geigert wird. Durch Allgemeinbestrahlungen und Arsen nach Beligung der Krysolgankur wird die Behandlung unterstützt.

Ueber intratumorale Behandlung des Boeckschen Sarkoids mit orium X Degea. Das Boecksche Sarkoid ist bisher therapeutisch ht zu beeinflussen gewesen. Durch Infiltrieren der Tumoren mit orium X Degea in einer Dosierung von 2000 es E in 1 ccm rmosallösung gelang es ein Schwinden zu bewirken und es wanden in einem Falle auch kleinere, nicht infiltrierte Tumoren, bei es sich um immunisatorische Vorgänge oder um eine Wirkung s Thorium X Degea von der Blutbahn aus gehandelt haben kann. s Gewebe des Boeckschen Sarkoids, das auf Röntgenstrahlen gut wie nicht reagiert, ist also offenbar gegen Thorium X Degea pfindlich.

Ein Verfahren zur Gewinnung von Gonokokken-Dauerkulturen. allgemeinen müssen Gonokokken, um sie auf festen Nährböden Leben zu erhalten, alle 2 bis 3 Tage auf neue Nährböden übergen werden, was eine große Belastung darstellt. Eine Erhaltung Stämme auf 6—8 Wochen gelingt, wenn man die Gonokokken ht über die ganze Nährbodenfläche ausstreicht, sondern nur eine zige Stelle mit der Nadel berührt und ferner ein Austrocknen Nährbodenoberfläche verhindert. Dies erreicht man dadurch, man eine Petrischale mit dem beimpften Aszitesagar umgekehrt eine etwas größere Schale stellt, in der sich eine Sublimatlösung indet, die alle paar Tage nachgefüllt wird.

Ein neuer Druckdauerspülapparat zur Behandlung der kindlen Vulvovaginitis. Mit Hilfe eines, mit einer Knetmasse (Nakist) versehenen Rücklaufrohres, das sich dadurch der Vulva ganz nt anpaßt, läßt sich die Vagina voll entfalten und der Einwirkung Medikamente besser zugänglich machen. Nach Einlegen des inen Apparates und vorhergehender Berieselung der Vulva und er Umgebung können die Kinder längere Zeit ruhig im Bett liegen ben, während man die Flüssigkeit bis zu zweimal täglich Stunden lang hindurchlaufen läßt. Verwendet wurde zunächst iter dünne Kal. permanganicum-Lösung, danach ¼ promill. gent. nitricum-Lösung, und zum Schluß noch einmal Kalium perganicum-Lösung. Etwa außerdem erkrankte Harnröhre, Zervix, ktum müssen wie üblich behandelt werden.

85, Nr. 37, 10. September 1927.

ber Beziehungen von Vulvitis aphthosa zu Erythema nodosum. Elly Schnabl.
n weiterer Beitrag zum Kapitel der lokalen Amyloidosis der Haut. C. Gutmann. (Schluß.)
irozidbehandlung bei Frühlues. C. Bruck.
zidiv nach jahrelanger Latenz bei Abortivbehandlung der Syphilis. Ein Beitrag zu den Aussichten der Abortivbehandlung. Hugo Hecht.
alysat in der Urologie. E. Schubert.

Spirozidbehandlung bei Frühlues. Die Spirozidbehandlung in er Dosis von 7,5 g, dann eine Woche Pause, dann dieselbe Kur, n zwei Wochen Pause, 3. Kur, 3 Wochen Pause, 4. Kur, 4 Wochen use usw. wurde gut vertragen, bisweilen traten geringe Exanme auf, die aber nach Aussetzen schnell schwanden, nie den rakter schwerer Salvarsanexantheme annahmen, den weiteren brauch des Medikamentes nicht hinderten. Die Wirkung auf die rochäten war eine prompte, die auf die klinischen Erscheinungen tas langsamer als bei kombinierter Kur. Seronegative Primärfkte blieben negativ, bei frischen Fällen sekundärer Syphilis rde nach 4 Kuren (im Verlaufe von 3½ Monaten) in der Mehral völlig negative Serumreaktion erzielt. Welche Gesamtkur zur eren Heilung erforderlich ist, bleibt noch festzustellen. Die Mehde kann vorläufig die kombinierte Behandlung noch nicht verngen, soll aber in Betracht gezogen werden, wo diese nicht gut chführbar, besonders auch bei herumreisenden Patienten.

Rezidiv nach jahrelanger Latenz bei Abortivbehandlung. In Fällen traten, nachdem nach Abortivbehandlung anscheinend lische und serologische Heilung eingetreten war, nach 13 bzw. ahren serologische, in dem einen Falle auch klinische Rezidivrcheinungen auf. Derartige Fälle sind außerordentlich selten, olern jedoch zur Vorsicht bei der Beurteilung der Erfolge der rtivbehandlung auf. Das Auftreten metasyphilitischer Erscheingen konnte bisher bei keinem der anscheinend geheilten Abortivä festgestellt werden.

Uvalysat in der Urologie. Das Mittel hat gegenüber dem Dekokt Bärentraubenblättertees den Vorteil des besseren Geschmacks und ist stets gebrauchsfertig. Sein diuretischer, reizmildernder, adstringierender Effekt ist bei allen Entzündungen der Harnwege ein guter, bei Gonorrhoe wirkt es als Adjuvans sekretionsbeschränkend.

Ernst Levin, Berlin.

Wiener medizinische Wochenschrift.

77., Nr. 20, 14. Mai 1927.

Zentrale Bewegungsstörungen mit besonderer Berücksichtigung der Sprache. Schilder.
* Die Beeinflussung des Gallensphinkters beim Menschen nach Untersuchungen mittels der Duodenalsonde. Reach und Goldfarb.
Ernährungsstatistik IV. Berczeller und Wastl.
Nervöse Störungen der Ernährung und Verdauung. Schur.
Zur Psychologie der Schizophrenie und deren therapeutischer Bedeutung. Stransky.

Die Beeinflussung des Gallensphinkters beim Menschen nach Untersuchungen mittels der Duodenalsonde. Tierversuche ergaben unter anderem, daß die Tätigkeit des Gallensphinkters im hohen Grade abhängig ist von dem Druck, der von außen auf das Abdomen ausgeübt wird; Druck auf den Bauch verringert den Abfluß aus dem Ductus choledochus, hebt ihn eventuell ganz auf. Nachprüfung dieser Versuche in einem Falle am Menschen bestätigte diese Resultate. Von Substanzen, die zur Steigerung des Gallenabflusses in Betracht kommen, wurden Novokain, Magnesium sulf., Pepton und Glyzerin bei duodenaler Verabreichung und Pituitrin bei subkutaner Verabreichung geprüft. Besonders wirksam erwies sich das Glyzerin. Glyzerin zeigte prompte Wirkung in Fällen, wo Hypophysensubstanz versagte. Während Pituitrin Kontraktionen der Gallenblasenmuskulatur hervorruft, wirkt Glyzerin relaxierend auf den Sphinkter.

77., Nr. 21, 21. Mai 1927.

Philippe Pinel. I. Fischer.
Zentrale Bewegungsstörungen mit besonderer Berücksichtigung der Sprache. Schilder.
* Bemerkungen zur Diathermiebehandlung urologischer Erkrankungen. Fuchs.
Individualpsychologie durch Leistungssteigerung. Klemprer.
* Interferenz von Krankheiten. Turnowsky.

Bemerkungen zur Diathermiebehandlung urologischer Erkrankungen. Die an der 2. chirurgischen Klinik mit der Diathermiebehandlung urologischer Erkrankungen gemachten Erfahrungen werden mitgeteilt: Chirurgische Diathermie (Elektrokoagulation) wurde bei endovesikalen Tumoren verwendet. Bei größeren Tumoren, die in einer Sitzung nicht zerstört werden konnten, wurden mehrere Sitzungen in Intervallen bis zu vier Wochen als zweckmäßig befunden. Die Koagulationsschorfe lösen sich häufig erst nach dieser Zeit restlos ab und das Oedem ist in dieser Zeit soweit abgeklungen, daß sich die Tumorpartien von der umgebenen Schleimhaut wesentlich schärfer differenzieren lassen. Auch papillamatöse Tumoren, die klinisch bereits Zeichen von Malignität zeigten, wurden endovesikal behandelt. Es gelingt häufig, Blutungen aus solchen Tumoren zum Stillstand zu bringen. Die oberflächliche Verschorfung verringert bei eventuell nachfolgender Sectio alta die Gefahr der Impfmetastasen. Außerdem kann bei inoperablen Tumoren ein palliativer Erfolg erzielt werden. Ein Reiz der Koagulation zu beschleunigtem Geschwulstwachstum konnte nicht beobachtet werden. Die Koagulationstherapie wurde auch für die Behandlung der Carunculae urethrales herangezogen. Die eigentliche Diathermie wurde nur als auxilläre Therapie angewandt. Sie wurde versucht bei schmerzhaften Sensationen nach Nephrektomie im Bereich der anderen Niere. Sie erwies sich als ergebnislos sowohl in den Fällen, wo die Schmerzen auf Kapselspannung zurückzuführen waren, als auch in den Fällen, wo die zurückgebliebene Niere unter den Zeichen einer chronischen Pyelonephritis erkrankte und zu heftigen Schmerzen führte. Dagegen zeigten sich gute Erfolge bei Paraesthesien in der Umgebung der Operationswunde und Schmerzen in der Operationsnarbe selbst. Als gutes Hilfsmittel hat sich die Diathermie erwiesen bei Behandlung chronischer Reizzustände der Blase, wie sie nach Nephrektomie wegen Nierentuberkulose beobachtet werden. Einen Einfluß bei noch bestehenden spezifischen Blasenprozessen glaubt Verfasser der Diathermie nicht zuschreiben zu können. Nützlich erwies sich die Diathermie auch bei Behandlung der Pollakisurie, die als Residuärzustand bei prostatektomierten Patienten vorkommt. Bei chronischer Cystitis und Pyelitis erwies sich die Diathermie als völlig unfruchtbar, ebenso bei Fällen von Inkontinenz spinalen Ursprungs. Der Erfolg der Diathermiebehandlung urologischer Erkrankungen ist nicht so sehr einer direkten Beeinflussung anatomischer oder infektiöser Veränderungen zuzuschreiben, als vielmehr der Beseitigung objektiv nicht erfaßbarer funktioneller Reizzustände.

Interferenz von Krankheiten. Verfasser bespricht vier Fälle von Epilepsie, die durch interkurrente fieberhafte Erkrankungen (Pneu-

monie, Scharlach) völlig geheilt wurden. In diesen Fällen erfolgte nach den Erkrankungen durch vierzehn, zehn, neun und sechs Jahre kein weiterer Anfall mehr. An Hand dieser Fälle erörtert Verfasser die Frage der Interferenz der Krankheiten. Den Ausdruck entlehnt er der Physik, die mit demselben die gegenseitige Einwirkung zusammentreffender Wellensysteme zu bezeichnen pflegt. Wie in der Welt der physikalischen Erscheinungen einander begegnende Wellenberge sich in ihrer Wirkung summieren, steigern, desgleichen Wellentäler sich vertiefen und einander begegnende Wellenberge und Wellentäler einander aufzuheben und so den Ruhestand herbeizuführen vermögen, ebenso können auch im menschlichen Organismus zusammenstoßende Systeme von Bewegungswellen krankhafter Erscheinungen ihre Effekte gegenseitig steigern, schwächen oder auch gänzlich aufheben. Vielleicht können die gesammelten Erfahrungen auch zu therapeutischen Zwecken für die Epilepsie herangezogen werden.

77., Nr. 22, 28. Mai 1927.

Zur Frage der Prognose der leichten Vestibularstörungen. Hierher gehören Fälle, bei denen im Vordergrund der Erscheinungen Klagen über dauernden oder anfallsweise auftretenden Schwindel stehen und bei denen interne und neurologische Untersuchung schon vorher keinen bemerkenswerten Befund ergaben. Bei einer großen Zahl derartiger Fälle sind kochleare Störungen nicht auffindbar, bei einer geringen Zahl kann eine Läsion des Kochlearapparates, allerdings meist nur geringfügiger Natur, festgestellt werden. Die Fälle verteilen sich auf die verschiedenen Altersklassen, auf beide Geschlechter ziemlich gleichmäßig. Alle diese Fälle bilden keine klinische Einheit, ein Teil der Fälle ist auf Gefäßveränderungen zu beziehen, andere dürften toxischen oder toxisch infektiösen Ursprungs sein; ein Teil gehört wohl in das Gebiet der vasomotorischen Störungen und der Neurosen. Die Prognosestellung ist bei derartigen Fällen ungemein schwierig. Der Verlauf hängt von den zugrunde liegenden Veränderungen ab, die aber meist nicht bekannt sind. Auch dort, wo bestimmte Prozesse (enzephalitische Herde, kleinste Blutungen) vermutet werden können, bleibt die Prognose über weiteren Verlauf evtl. Wiederholung unsicher. Da es sich meist um ambulatorisches Material handelt, ist eine fortlaufende Beobachtung erschwert.

Die Prophylaxe in der rhino-laryngologischen Operationslehre. Verfasser bespricht die Gefahrmomente und die möglichen unglücklichen Zufälle und Komplikationen bei den wichtigsten rhino-laryngologischen Operationen.

Beitrag zur Therapie der Senkungsabszesse seitens des Larynx und Pharynx. Die vom Pharynx oder Larynx ausgehenden Senkungsabszesse entstehen entweder durch primären Durchbruch in den parapharyngealen Raum oder sekundär durch rasche Vereiterung eines regionären Drüsentumors oder es kombinieren sich beide Entstehungswege. Die Operation dieser Senkungsabszesse ist eine typische (Schnitt entlang dem vorderen Rande des Sternocleidomastoideus, Freilegung der Gefäßscheide). Meist genügt diese Operation um dem Eiter genügenden Abfluß zu verschaffen. Es gibt Fälle, bei denen Schwellung am Halse, hohes Fieber, schweres subjektives Krankheitsgefühl einen eitrigen Prozeß in den Halsweichteilen anzeigen, ohne daß eine Fluktation nachweisbar wäre. Es empfiehlt sich, auch in solchen Fällen die Operation auszuführen, um den zentral gelegenen Eiterherd freizulegen und dem Fortschreiten des Prozesses in die Tiefe Einhalt zu tun. Es folgen die Krankengeschichten zweier Fälle, bei denen die Operation unter besonders schwierigen Verhältnissen ausgeführt wurde. Durch vorherige Lokalisation des primären Eiterherdes auf Grund genauer laryngologischer Inspektion war der Wegweiser für das operative Vorgehen gegeben und der Erfolg dadurch gesichert. Im ersten Fall handelte es sich um einen im rechten Sinus piriformis lokalisierten Abszeß, als dessen Ursache sich ein in der Tiefe sitzendes Ca herausstellte, wodurch ein Dauererfolg vereitelt wurde. Im zweiten Fall bestand eine von der Articulatio crico-arytenoidea ausgehende Phlegmone der Halsweichteile. Die Operation mit Eröffnung des primären Abszesses von außen führte zu günstigem Resultat. Aetiologisch kommt in diesem Falle wahrscheinlich eine Influenza in Betracht, da hierbei perichondritische Erkrankungen des Kehlkopf nicht selten sind.

Ueber das zeitliche Verhalten der Phänomene nach passiv Drehung beim Menschen. Die einzelnen Symptome in der Nac drehungsperiode halten beim normalen Menschen verschieden lan an. Es klingen die Phänomene in folgender Reihenfolge ab: zue fast gleichzeitig mit der Drehnachempfindung der Nystagmus und Zeigereaktion, dann die Augendeviation und als letzte die Gar deviation. Auf Grund des Studiums der Symptome, die bei Drehung und nach derselben auftreten, ist man immermehr zu Annahme gelangt, daß diese nicht allein aus der Labyrinthfunkt erklärt werden können, sondern daß dem kinästhetischen Appa (Hals- und Körperreflexe) eine bedeutende Rolle zukommt. von dem Verf. angewandte Methode, die zeitlichen Verhältnisse Symptome zu studieren, dürfte es ermöglichen, die Mitbeteilig jener Faktoren näher kennen zu lernen. Eine derartige Klärung wahrscheinlich, wenn die diesbezüglichen Untersuchungen auf lab rinthgestörte Menschen ausgedehnt werden.

Ueber die Ursache der Entstehung der Meningitis in den erst Tagen einer Otitis media. In einem Fall von Meningitis, die gle zu Beginn einer Otitis media auftrat und rasch zum Tode führ konnte folgender anatomischer und histologischer Befund erhob werden: Die knöcherne Decke des Cavum tympani und des Antru fehlte größtenteils, so daß die Schleimhaut des Mittelohres dir an die Dura grenzte und sich die eitrige Entzündung von Schleimhaut durch die Dura bis auf die Innenfläche fortpflanzte. die Entzündung im histologischen Bilde außen am stärksten war u nach innen allmählich geringer wurde, ist es außer Zweifel, daß Infektionsweg von außen nach innen ging. Es zeigte sich auch, d die Knochenlücken nicht angeboren, sondern erst im späteren Leb entstanden waren, da sich an den unter der Dura liegend Knochenflächen der mittleren Schädelgrube Zeichen stattgefunde Resorption fanden. Auf Grund dieser Befunde werden Knochenlücken im Tagmen, die in diesem Fall die Entsteh der Meningitis verursachten, als Folgen gesteigerten intrakraniell Druckes angesehen. Erhöhter intrakranieller Druck bildet so eine Disposition zur Entstehung otogener Komplikationen, besond von Meningitis.

77., Nr. 23., 4. Juni 1927.

30 Jahre Präzipitinlehre. 1897 wurde der Nachweis der spe fischen Präzipitation geführt. Die Spezifität der Reaktion wurde d

sgangspunkt einer Serodiagnostik der Bakterien und Krankheiten tels Präzipitine. 1899 wurde gezeigt, daß auch durch Vorbehandg mit Pferde-, Kaninchen-, Aalserum, Kuhmilch Präzipitine entshen. Die Spezifität der tierischen Präzipitine wurde nachgewiesen. ch mit pflanzlichem Antigen wurden Präzipitine gewonnen. Die izipitation wurde als brauchbares Hilfsmittel zur Differenzierung schiedener Eiweißkörper erkannt. Die Methode wurde besonders forensische Zwecke, zur Differenzierung von Blut ausgearbeitet. ch auf dem Gebiete der Zoologie und Botanik fand die Reaktion wertung. Die verwandtschaftlichen Beziehungen in der Tierie wurden mittels dieser Methode untersucht und die Beziehungen Menschen zum Affen direkt erwiesen. Auf chemischem Wege ng es, das tierische Eiweiß seiner Artspezifität zu entkleiden mit diesen umgebauten Eiweißkörpern Präzipitine zu gewinnen, nur mit künstlich veränderten Eiweißkörpern reagiert haben. standsspezifität.) Dem Wesen der Komplementablenkung, beders derjenigen bei Syphilis, dürfte eine spezifische Niederlagsbildung zugrunde liegen. Auch die Flockungsreaktionen chs-Georgi, Meinicke-Müller) zeigen die Bedeutung der Prazition für die Lipoideiweißreaktionen. Der Nachweis spezifischer derschläge in Filtraten von Toxin-, Antitoxingemischen, das allelgehen dieser Niederschläge mit dem Antitoxingehalt führte Ausbau einer Methode für Serumauswertung.

Serologische Individualdifferenzen und die menschlichen Blutppen. Schilderung der Entwicklung der auf die Agglutination von schenblut durch Menschenserum (Isoagglutination) sich beenden Untersuchungen. Die praktische Auswertung der Isolutination betrifft einerseits die Untersuchung des Blutes zum cke der Bluttransfusion; anderseits beruht auf der Isoagglution die Möglichkeit in forensischen Fällen unter gewissen Umden festzustellen, daß Blutflecken nicht vom Blute eines bemten Menschen herrühren. Untersuchungen über die Vererbung Blutgruppen ergaben, daß die zwei agglutinablen Substanzen h den Mendelschen Regeln vererbt werden. Diese Ergebnisse insofern einer praktischen gerichtlich medizinischen Anwendung g, als sie in strittigen Fällen bei günstiger Kombination der ppen von Mutter und Kind die Vaterschaft eines bestimmten viduums ausschließen lassen. Bezüglich der Häufigkeit der elnen Blutgruppen zeigen sich bei verschiedenen Völkern ausrägte Unterschiede. Die Frage nach der Bedeutung der nicht luellen, sondern gewissermaßen sprunghaften individuellen Bluterschiede ist noch nicht genügend geklärt. Vermutlich sind auch die Artspezifität der Zellen bedingenden Strukturen nach demen Prinzip gebaut. Außer den typischen Gruppenunterschieden ehen noch andere serologische Individualdifferenzen des menschen Blutes; ihre praktische Bedeutung ist gering. Vermutlich ben die individuellen serologischen Verschiedenheiten nicht auf ierenzen der Proteine sondern anderer Stoffe.

Zur Geschichte der Allergie. Auf Grund der Beobachtung, daß krankhaften Erscheinungen bei einer zweiten Seruminjektion on am selben Tage auftraten, zog Verf. den allgemeinen Schluß, die herrschende Lehre von der Inkubation falsch sei. Er stellte Theorie auf, daß das krankmachende Agens im Körper erst dann nkheitserscheinungen hervorrufe, wenn es durch Antikörper verert sei. Die Inkubationszeit sei der Termin, der bis zur Bildung Antikörper verstreiche. Die weitere Beobachtung der krankaen Symptome bei Seruminjektionen führte zur Umschreibung der umkrankheit" und zur Entdeckung des Unterschiedes zwischen chleunigter und sofortiger Reaktionsfähigkeit des Organismus. die gesetzmäßig veränderte Reaktionsfähigkeit des Organismus de der Ausdruck „Allergie" vorgeschlagen. Auf Grund genauer bachtung der vakzinalen und revakzinalen Erscheinungen beim schen zeigte sich die gesetzmäßige Umwandlung der Reaktionsigkeit des Organismus streng erwiesen. Die aus dem Studium Vakzination gezogenen Schlußfolgerungen gipfeln in der Aufung, daß die entzündlichen Erscheinungen durch die Mitwirkung Antikörpern zustande kommen, die sogenannte „Reaktion" des anismus als aktive Antikörperbildung aufzufassen ist. Die Ertnis, daß die Allergie in Form der auf kutane Einimpfung folgen-Frühreaktion als Diagnostikum bei Infektionskrankheiten zu verden sei, führte zum Ausbau der kutanen Tuberkulinreaktion. Grund weiterer Studien über kutane Reaktionen überhaupt te Verfasser die Hypothese über die Entstehung des Masernchlages auf, der zufolge das Exanthem aus apotoxischen Reaken auf Masernerreger besteht, die sich in den Hautkapillaren esetzt haben. Als Ursache der Fixation wird rein hypothetisch Agglutination angenommen, die die Masernerreger erfahren, n sie die Kapillaren eines mit Antikörper gesättigten Hautrkes passieren. Auf Grund klinischer Beobachtung und allerher Phänomene wurde die Paravakzine von der Vakzine ennt.

Ueber die Agglutinabilität der Bakterien und ihre physikalisch-chemischen Grundlagen. Für die Intensität und Extensität der Bakterienagglutination ist die Stabilität der Bakteriensuspension von größter Bedeutung. Die Stabilität der Suspension läßt sich durch verschiedenartige Agentien, welche die physikalisch-chemische Zustandsform der Bakterienbestandteile, namentlich deren Proteine verändern, weitgehend beeinflussen. Es ließ sich ein Maßstab für die Suspensionsstabilität verschiedener Bakterienarten in deren Fällungsgrenzen gegen gesättigte Ammonsulfat-Lösung finden. Bakterien, die durch Hitzebehandlung in ihrer physikalisch-chemischen Beschaffenheit verändert werden, zeigen nicht nur eine andere Form der Agglutination, sondern in dem durch sie erzeugten Immunserum finden sich Agglutinine, die auf diese Zustandsform der Bakterien spezifisch reagieren.

Ueber Impfmalaria. Die Erfahrung, daß nicht selten psychische Erkrankungen zur Heilung kamen, wenn der Kranke zufällig eine fieberhafte Infektionskrankheit durchmachte, veranlaßten den Verfasser zu dem Vorschlag, absichtlich Infektionskrankheiten zu therapeutischen Zwecken zu erzeugen. Zunächst wurde vom direkten Weg abgesehen und die Behandlung chronischer Geisteskrankheiten mit Kochs Tuberkulin begonnen. Das Hauptinteresse wandte sich der progressiven Paralyse zu. Besonders vollständige und dauerhafte Remissionen zeigten sich im Verlaufe der Tuberkulin-Kur, kombiniert mit einer spezifischen Behandlung, wenn irgendeine echte Infektionskrankheit hinzutrat. Auf Grund dieser Erfahrung wurden 1917 die ersten Paralytiker mit Malaria tertiana geimpft. Für die Tatsache, daß die Malariatherapie allgemeine Verbreitung erlangt hat, waren mehrere Momente mitbestimmend: 1. Daß es gelang die Impfmalaria durch Menschenpassagen, also im asexuellen Zyklus weiter zu züchten. 2. Daß die Bekämpfung der Impfmalaria keine Schwierigkeiten bereitete. Sie erwies sich dem Chinin gegenüber viel empfindlicher als die natürliche Malaria. 3. Daß sich die Gefahr einer Uebertragung in Gegenden, wo Anopheles vorkommt, unter gewissen Voraussetzungen vermeiden läßt. Der an der Wiener psychiatrischen Klinik verwendete Malariastamm erwies sich als gametenfrei und kann daher durch ihn eine Infektion der Anophelen nicht zustande kommen. 4. Die Schwierigkeit, daß die Malariaplasmodien nicht außerhalb des Körpers zu züchten sind, war überwunden, als sich herausstellte, daß sie im menschlichen Blut außerhalb des Körpers einige Zeit infektionsfähig bleiben. Mit besonderen Methoden gelingt es, sie bis zu 72 Stunden infektionsfähig zu erhalten.

Ueber die Berechtigung, das antitoxische Scharlachserum Moser-Dick zu benennen. Moser konnte mit großen Dosen eines mit Bouillonkultur von Scharlachstreptokokken hergestellten Serums günstige Beeinflussung von Scharlacherkrankungen beobachten. Bei Vergleich der Beschreibungen Mosers mit Arbeiten über die Heilwirkung des amerikanischen Scharlachserums zeigt sich eine auffallende Uebereinstimmung im Verlauf der behandelten Fälle. Auch in der Wirkung der Sera bezüglich der anzuwendenden Mengen dürfte kein wesentlicher Unterschied sein. Die Auswertung des Scharlachserums stieß zur Zeit Mosers auf große Schwierigkeiten, wodurch die seinerzeit ungleichartigen Resultate am Krankenbett mit dem Scharlachserum Mosers zu erklären sind. Durch die Entdeckungen Dicks ist eine Grundlage für die Auswertung der Scharlachsera gegeben. Prüfung verschieden alter Moser-Sera ergaben, daß das Moser-Serum ebenso das Dick-Toxin neutralisiert wie das amerikanische Serum, doch zeigten nicht alle vorhandenen Sera gleiche Wirkung. Es konnte somit der Nachweis erbracht werden, daß das Moser-Serum auch ein antitoxisches Serum ist. Weiterhin ist das Moser-Serum imstande, ebenso wie das amerikanische Serum, das Auslöschphänomen zu erzeugen. Versuche mit konzentriertem Moser-Serum zeigten gleichsinnige Resultate. Es wäre daher gerechtfertigt, in Zukunft das Scharlachserum nach Moser und Dick zu bennen.

Die Diphtherie-Intrakutanreaktion. Zur Prüfung des Schutzkörpergehaltes am Menschen führte Verf. die intrakutane Injektion von Diphtherie-Toxin in kleinster Menge ein. ($^1/_{50}$ der Dosis letalis für 250 g Meerschweinchen in 0,1 bis 0,2 Flüssigkeit.) Der negative Ausfall der Reaktion spricht für das Vorhandensein von Antitoxin in einer Menge, die ausreicht um gegen Erkrankung zu schützen, der positive Ausfall für das Fehlen von Antitoxin, d. h. für Empfänglichkeit zur Diphtherieerkrankung. Praktische Anwendung findet die Reaktion im Falle einer Diphtherie-Epidemie um empfängliche von nicht empfänglichen Individuen zu sondern, weiters als Vorprobe zur aktiven Immunisierung und zur Feststellung, ob die Immunisierung Erfolg gehabt hat.

Zur Genese der menschlichen Tuberkulose. Die Ergebnisse langjähriger pathologisch-anatomischer Untersuchungen werden in folgendem zusammengefaßt: Die Beziehungen zwischen Primärinfekt und den Veränderungen der regionären Lymphdrüsen sind anato-

misch gesetzmäßige. Die Gesetze der Beziehungen zwischen Primärinfekt und regionären Lymphdrüsen haben für die primäre Tuberkuloseinfektion allgemeine Gültigkeit, wo immer die Eintrittspforte gelegen sei. Die primäre Tuberkulose der Säuglinge und Kinder muß als vorwiegend primär pulmonale angesehen werden. Das Studium der Propagation der tuberkulösen Infektion im bronchomediastinalen lymphogenen Abflußgebiet führte zur Erkenntnis der sogenannten endogenen lymphoglandulären Reinfektion, die einen verhältnismäßig häufigen Befund darstellt und für die Frage der Phthise des Erwachsenen eine große Rolle spielt. Bezüglich der Genitaltuberkulose wird die Theorie der Ausscheidungstuberkulose abgelehnt; für die Ovarien kommt in erster Linie die hämatogene, für die Tuben daneben auch die peritoneale Genese in Betracht; in den Kanälchen der männlichen Keimdrüse sind nur dann Tbc-Bazillen nachweisbar, wenn histologisch ein Tuberkel auf die Wand der Kanälchen übergegriffen hat. Die Nebennierentuberkulose muß stets als sekundäre angesehen werden. Die tuberkulöse Meningitis ist so gut wie immer eine hämatogene Infektion, die eine meningeale, plexogene, plenomeningeale, enzephalitische und durale Form zeigen kann, woran sich erst die Ausbreitung des Exsudates in den Arachnoidalräumen anschließt. Die vorwiegend basale Lokalisation der Meningitis tuberculosa ist durch die Infektion des Liquor im Anschluß an die plexogen hämatogene Infektion erklärt.

Die subkutane und intrakutane Methode der Kuhpockenvakzination. Die Immunisierung durch subkutane Injektion verdünnter Pockenvakzine bietet den Vorteil, daß durch die Verdünnung der Vakzine eine Pustelbildung in der Regel verhütet wird. Die Bürgschaft für die subkutane Immunisierung wird nur durch das Auftreten eines Infiltrats am 8. oder 10. Tage nach der Injektion erbracht. Das Infiltrat bleibt aber beim Menschen oft aus und da ist die Sicherheit, daß der Effekt der Impfung erreicht ist, nur durch die kutane Nachimpfung zu erbringen. Es bedeutete daher einen Fortschritt, als an Stelle der subkutanen die intrakutane Injektion verdünnter Pockenvakzine eingeführt wurde. An der Injektionsstelle entstehen Rötung und Infiltrat am siebenten bis neunten Tage, und zwar in jedem Falle gelungener Immunisierung. Die Versuche mit abgetöteter, avirulent gemachter Vakzine Immunität zu erzeugen, ergaben beim Menschen keine einheitlichen Resultate. Die Injektion avirulent gemachter Vakzine wurde auch als „Vakzineprobe" als Diagnostikum empfohlen, um beim Nichtgeimpften den Nachweis einer Pocken- oder Kuhpockenübertragung zu erbringen.

Die experimentelle Analyse der anaphylaktischen Vergiftung. Versuche an Hunden führten zur Analyse folgender Symptome der anaphylaktischen Vergiftung: nach vorausgehender, einige Sekunden anhaltender Steigerung des Blutdruckes tritt eine Senkung des arteriellen Blutdruckes ein, die in ihrer Stärke einen weitgehenden Parallelismus zeigt mit der Intensität der klinischen Erscheinungen. Die Blutdrucksenkung hat ihre Ursache in einer Vasodilatation, die durch Parese der Vasokonstriktoren bedingt ist. Außerdem kommt es im anaphylaktischen Schock zu einer Abnahme der Gerinnungsfähigkeit des Blutes und zu Veränderungen des morphologischen Blutbildes, die in anfänglicher Leukopenie und darauffolgender Leukozytose und Thrombozytose bestehen. Die Aehnlichkeit dieses Symptomenkomplexes mit den Erscheinungen der Peptonvergiftung führten zu der Annahme, daß die anaphylaktische Vergiftung durch ein Gift hervorgerufen wird, das mit dem wirksamen Prinzip des Wittepeptons identisch ist. Eine Reihe von Beweismomenten vermögen diese Annahme zu stützen. So konnte gezeigt werden, daß die differenten Krankheitsbilder der Anaphylaxie beim Hunde und beim Meerschweinchen in der gleichen Weise durch Peptoni hervorgerufen werden können.

Ueber aktive Immunisierung mit Tetanustoxoiden. Die Einwirkung von Formaldehyd auf Toxine bei höherer Temperatur stellt eine einfache und brauchbare Methode dar, um eine zur Immunisierung und Antitoxinerzeugung geeignete Vakzine zu gewinnen. Diese Methode hat sich nicht nur für das Tetanus-, sondern auch für das Diphtherietoxin bewährt.

Trachom und Einschluß-Blennorrhoe. Verfasser konnte zeigen, daß die Blennorrhoe mit Einschlüssen durch ein auf das Affenauge überimpfbares Virus hervorgerufen wird, daß Ueberimpfungen vom Genitale der infizierten Mütter und von bestimmten Methritiden des Mannes dasselbe Ergebnis am Affenauge haben. Zufällige Ueberimpfungen von diesem Viruskreise auf die Bindehaut des Erwachsenen führen zu Erkrankungen, die wie Trachom aussehen können, jedoch milder verlaufen als das Trachom aus Trachomgegenden und niemals zu den schweren Folgezuständen des Trachoms führten.

Encephalitis lethargica. Sie tritt hauptsächlich in drei Formen auf: 1. die somnolent-ophthalmoplegische Form, 2. die hyperkinetische oder choreatisch-myoklonische Form, 3. die amyostatische Form. Außerdem kennt man noch sehr verschiedene Symptomenkomplexe derselben, wahrscheinlich gehört auch der epidemis Singultus dazu. Der Verlauf ist subakut, der innerhalb einiger Woc zum Tode oder zur Genesung führt. Während der letale Ausg etwa ein Drittel der Fälle trifft, tritt in ungefähr einem andern Dri der Fälle keine vollständige Genesung ein, sondern es schließt s eine schleppende Nachkrankheit an, die unter dem Bilde der myos tischen Form oder des sogenannten Parkinsonismus sich zeigt. wiederholte Auftreten von Enzephalitisepidemien im letzten Ja zehnt hat es bestätigt, daß die Enzephalitisepidemien mit Influenzaepidemien in einem zeitlichen Zusammenhang stehen, schon eine Identität des Virus unwahrscheinlich ist. Es konnte zeigt werden, daß die Krankheit auf den Affen in identischer F übertragbar ist. Als Erreger dürfte ein ultra-mikroskopischer Vi in Betracht kommen, das dem Herpesvirus nahesteht oder mit de selben identisch ist. Durch die Erkenntnis der Encephalitis letharg wurden eine ganze Reihe von Fragen geklärt, die in das Gebiet Psychischen gehören. Da die Enzephalitis die nervösen Zentren solche befällt, hat sie auch ganz neue, bisher unbekannte Symptom komplexe zutage gefördert und die Wirkung und Ausfallsersch nungen einzelner bisher unbekannter Zentren aufgedeckt.

Ueber das Sauerstoffbedürfnis der anaeroben Bakterien. Grund der vom Verfasser angestellten Versuche erscheint es rechtigt, anzunehmen, daß die Anaeroben ihr Sauerstoffbedürf ausschließlich aus der intramolekularen Atmung befriedigen könn

Ueber die Reinkulturmethode des Tuberkelbazillus. Verfas hat eine Reinkulturmethode des Tuberkelbazillus ausgearbeitet, folgendermaßen durchgeführt wird: 1—2—5 ccm Sputum werden der vierfachen Menge 15% Schwefelsäure gemischt. Es entst eine starke Fällung. Nach 15 Minuten werden die Röhrchen zen fugiert und das Sediment zwei- bis dreimal mit sterilem Wasser waschen, dann das Sediment auf Glyzerinkartoffel oder Eiernä boden übertragen und die Röhrchen luftdicht verschlossen. N 8 bis 30 Tagen ist ein Wachstum der Tuberkelbazillen in Form einzelnen distinkten Kolonien zu konstatieren. Dieses Verfah hat sich für die Reinzüchtung aus Sputum, Eiter jeglicher Herku sehr gut bewährt, dagegen erscheint für die Züchtung aus dem Bl die Antiforminmethode besser verwendbar.

H. Maslowsk

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 32, 6. August 1927.

Ueber den heutigen Stand der Kurietherapie der Karzino Die Behandlung der Hautkarzinome ist heute fast ausschließlich Gebiet der Strahlentherapie. Kurietherapie und gut angewan Röntgentherapie sind wohl ebenbürtig, letztere für den Patien noch einfacher. Fälle, die mit Röntgen erfolglos behandelt wurd können mit Radium noch geheilt werden.

Bei den Karzinomen der Cervix uteri hat die Behandlung natürlichem Wege mit Radium so bemerkenswerte Erfolge ergeb daß heute schon viele Autoren auch bei operablem Karzinom Kurietherapie der Operation vorziehen. Steht der Fall an der Gre der Operabilität, so ist sie der Chirurgie, den Statistiken nach, üb legen. Die wenig radiosensiblen Adenokarzinome des Uterus, sonders die des Korpus, geben bei Bestrahlung wenig Erfolg. Au die Bestrahlung von Blasen-, Prostata- und Rektumkarzinom noch unbefriedigend. Dauerheilungen von Oesophaguskarzinom mit Strahlen sind heute noch Kuriosa: Besserungen, die mehre Jahre dauern, werden jedoch häufig erreicht. Die Erfolge be Zungenkarzinom wechseln nach Lokalisation, die Heilungsaussicht nehmen ab, je mehr der Tumor gegen die Epiglottis geht. Häufigkeit der Halsdrüsenmetastasen mindert die recht guten kalen Heilerfolge der Kurietherapie. Jedes operable Mammakarzin muß heute noch operiert werden. Sehr oft wird kombiniert handelt, so z. B. im Radium-Institut Brüssel: Röntgenvorbestrahlu Operation, Nachbehandlung mit Radium.

Bei den Sarkomen ist die Strahlenbehandlung wenig ermutige schon aus dem Grunde, weil meist die Radiumvorräte für die groß Tumoren ungenügend sind.

Dies eine summarische Aufzählung der Anwendungsmöglichkeit des Radiums, ohne Berücksichtigung der palliativen und po operativen Behandlung. Die Diskussion über den Wert der letzter ist ebensowenig abgeschlossen wie bei der Röntgenbehandlung.

Nr. 33, 13. August 1927.

ber (sidero-) mykotische Splenomegalie. M. Askanazy und A. Schweizer.
n Beitrag zur Behandlung der Frakturen der Clavicula. F. Pedotti.
itrag zur Statistik des primären Glaukoms. Margrit Rohner.
ngwierige postgrippöse Stomatitis mit Befund von Influenzabazillen. E. Tomarkin und Waldemar Loewenthal.

Beitrag zur Statistik des primären Glaukoms. Die Ergebnisse vorliegenden Arbeit können folgendermaßen zusammengefaßt den: Entzündliches und einfaches Glaukom sind an Häufigkeit nnder annähernd gleich. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit gt mit zunehmendem Alter und ist für beide Geschlechter im 7. 8. Dezennium am höchsten. Bevorzugt ist das rechte Auge. n Glaukom des Erwachsenen scheinen hypermetropische Augen überwiegen. Akute Glaukomanfälle sind in den Wintermonaten iiger als in den Sommermonaten. Bei einzelnen Fällen scheint editäre Belastung sicher zu stehen. Ausschließliche Behandlung Myoticis ergibt, wenn konsequent durchgeführt, oft recht bedigende Resultate. Von operativen Eingriffen ist beim akuten ukom der Iridektomie der Vorzug zu geben. Indessen darf es starres Behandlungsschema geben; die Therapie muß sich dem zelnen Falle anpassen. Als Ursache für das primäre Glaukom nmen vor allem Gefäßveränderungen in Betracht, die mit dem ehmenden Alter in Zusammenhang stehen, welcher Art sie sind, t noch offen. Held.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

2. Hälfte 1927, Nr. 4.

ber den Einfluß des Synthalins auf den Verlauf des Phloridzindiabetes. I. Snapper, '. Ostreicher.
ber die Lokalisation der Spirochaete pallida im Gehirn bei progressiver Paralyse. E. A. D. E. Carp.
richt über 76 Fälle von zervikalem Kaiserschnitt. R. Finaly.
ösung der Descemetschen Membran nach Linsenextraktion. H. Weve.
ber okkulte Blutungen. I. Snapper, S. van Creveld.

Ueber den Einfluß von Synthalin auf den Verlauf des Phloridzinetes. Man nimmt heute an, daß zwischen den Stoffwechselungen beim Phloridzindiabetes und denen beim Diabetes mellitus che Uebereinstimmung besteht. Daher setzten sich die Unterer das Ziel, zu ergründen, ob auch der experimentell zu erende Diabetes, besonders die Phloridzinazidosis, durch Synthalin nflußbar ist. Die Fälle von menschlichem Diabetes mit starker tonurie sind in der Regel zu schwer, um mit Synthalin behandelt werden. Eine eventuelle Feststellung eines Einflusses des thalins auf den Phloridzinhund ist daher theoretisch und vielleicht n praktisch von Wichtigkeit. Die Versuche wurden an Hunden acht, die erst einige Tage gehungert hatten und dann durch ridzineinspritzung eine starke Azidosis bekamen, während der ger andauerte. Am dritten und vierten Tage nach der Phloridabe wurde Synthalin peroral gegeben in Form der versilberten letten à 25 mgr. Der Einfluß des Synthalins wurde nachgewiesen, ohl aus der Veränderung des Allgemeinzustandes des es, als auch aus den Resultaten der quantitativen Zucker-, zon- und β-Oxybuttersäure-Bestimmungen im 24 Stundenurin, er aus den Veränderungen des Blutzuckergehalts. Im ganzen de der Synthalineinfluß an 6 Hunden studiert. Sondert man m Fall, der zu früh abgebrochen wurde, aus, so war der ikheitsverlauf bei allen Tieren der gleiche. Erst als die Hunde nolent waren, begann die Synthalinprobe. Schon nach der ersten halingabe wurde weniger Azeton und β-Oxybuttersäure ausehieden. 8—12 Stunden nach der zweiten Synthalingabe standen elben Hunde, die eben noch betäubt dalagen und kaum mehr iert hatten, frisch und gesund in ihren Hütten tranken spontan wehrten sich. Aus der reich dokumentierten, tabellarisch been Einzelschilderung der Versuche geht zweifellos hervor, daß Phloridzindiabetes und besonders die Phloridzinazidosis durch per os gegebene Synthalin beeinflußt werden kann und zwar derart, schwer azidotische Tiere, die bereits für verloren galten, einen a nach der Synthalingabe wieder völlig frisch und frei von Azidose en.

Bericht über 76 Fälle von zervikalem Kaiserschnitt. Bei der Erfing der Bauchwand nach Pfannenstiehl wird die Hautnarbe rhalb kurzer Zeit unsichtbar. Später entsteht kein Narbenbruch. Vrend der Operation eventerieren die Eingeweide nicht, dadurch tehen keine Schockerscheinungen. Es besteht keine oder doch geringe Gefahr der Bauchfellentzündung. Starke Blutung oder blutung bei Placenta praevia ist beinahe ausgeschlossen, bei cianer Inzision des Cervix ist die Blutung geringer als an allen rn Stellen der Gebärmutter. Durch die geringe Beschädigung e Uterusmuskulatur entsteht eine bessere Narbe der Wand, die innerhalb eines Jahres meist wieder verschwindet. Dadurch besteht keine Gefahr für Ruptur bei wiederholter Gravidität, da das Gebiet sich leicht experitonealisieren läßt, ist das Enstehen von Adhäsionen praktisch ausgeschlossen.

Nr. 5, 30. Juli 1927.

Ueber die Behandlung des Prostataleidens mit Elektrokoagulation. J. G. Remijnse.
* Ueber Atrophie des Knochensystems bei erschöpfenden Krankheiten. G. E. Sitsen.
Einige Bemerkungen über die Epidemiologie der Diphtherie in Driel 1925—1927. G. D. Hemmes.
Ueber okkulte Blutungen. I. Snapper und S. v. Creveld.

Ueber Atrophie des Knochensystems bei erschöpfenden Krankheiten. Das knöcherne Becken wird bei erschöpfenden Krankheiten atrophisch. Durch Atrophie kann sein Gewicht bis auf die Hälfte sinken. Diese Atrophie geht Hand in Hand mit der allgemeinen Atrophie des Körpers. Es besteht kein Grund anzunehmen, daß die Atrophie des Knochens direkt von der Krankheit abhängt.

Nr. 6.

Hyperthyreodie und Stoffwechseluntersuchung. C. Baumann.
Ueber die Bedeutung der Askariden für Darmperforationen. Rudolf Finaly.
Einfluß des Radiums auf die Entwicklungsstadien des Teerkarzinoms. C. Bonne und Stoel.

Nr. 7.

Ein Fall von interstitieller Schwangerschaft. C. J. H. de Geus.
* Das anatomische Bild der Tuberkulose auf Java. A. E. Sitsen.

Das anatomische Bild der Tuberkulose auf Java. Bei den Malaien verläuft die Tuberkulose nach folgenden Merkmalen:

1. In der Regel ist es eine chronische Lungentuberkulose, die aber schneller verläuft als in Europa.
2. Die Lymphdrüsen werden in den meisten Fällen mit ergriffen, jedoch scheint der Prozeß sekundär auf die Lungenaffektion zu folgen.
3. Darmtuberkulose ist im terminalen Stadium eine häufige Komplikation. Selten ist sie primär.
4. Der Larynx zeigt im letzten Stadium oft Abweichungen. Primäre Larynxtuberkulose sah Autor nicht.
5. In der Milz findet sich im letzten Stadium vielfach Tuberkulose. Oft besteht sie nur in Aussaat miliarer Tuberkel, manchmal finden sich jedoch auch große und zahlreiche Käseherde.
6. In der Leber kommen im letzten Stadium viele Tuberkel vor, ausgedehnte Prozesse sind selten.
7. Das Urogenitalsystem zeigt nur selten Abweichungen, nur in den Nieren kommen im Endstadium manchmal einige Tuberkel vor.
8. Im Gehirn ist die Tuberkulose selten.
9. Im Herzen kommt sie ausnahmsweise vor.
10. Die Organe mit innerer Sekretion werden ausnahmsweise ergriffen.
11. Eine in den Vordergrund tretende Lokalisation in den serösen Häuten ist selten.
12. Ziemlich oft werden Knochen und Gelenke ergriffen. Wichtig ist dabei, daß die Lungen oft wenig oder nicht erkrankt sind.
13. Auch die Haut wird hie und da tuberkulös.
14. Akute generalisierte Allgemeintuberkulose ist selten.
15. Es kann vorkommen, daß die Tuberkulose der Lungen in den Hintergrund tritt und das Bild durch Prozesse in den serösen Häuten beherrscht wird. Auch kommt es vor, daß die Lungen zwar das wichtigste ergriffene Organ darstellen, aber nur ganz akute Prozesse (tuberkuöse Pneumonie) zeigen. Möglicherweise hängt dieser akute Verlauf zusammen mit ungünstigen äußeren Einflüssen.

Kurt Heymann, Berlin.

Acta radiologica.

Vol. VIII, Fasc. 3. Nr. 43.

Röntgengeschwüre-Wirkung der Diathermie. H. Bordier.
* Das radiographische Bild bei der Chalikosis und deren Differentialdiagnose gegenüber anderen Lungenaffektionen. P. Flemming, Möller.
* Quantitativ-histologische Untersuchungen am normalen Ovar und am Röntgenovar des Meerschweinchens. G. Frischi.
Die Behandlung des Brustkrebses mit und ohne nachfolgende Röngtenbehandlung. D. Schoute, C. Orbaan.
Ein Fall von „Elfenbeinwirbel“ bei Lymphogranulomatose. Olle Hultén.
Ringschatten in der Lunge, verursacht durch subpleurales Emphysem. Sigfrid Arnell.
Ein Fall von Akranion und Hydramnion, diagnostiziert vor der Geburt. Sigfrid Arnell.
* Zwei Fälle von Hodgkinscher Krankheit mit Knochendestruktion. Sigfrid Arnell.
Kombinierter Urologie- und Bucky-Tisch. Erik Lysholm.

Das radiographische Bild bei der Chalikosis und deren Differentialdiagnose gegenüber anderen Lungenaffektionen. Verf. be-

richtet über die Lungenveränderungen bei Staubinhalation, speziell bei Porzellanarbeitern. Der kieselsäurehaltige Staub verursacht einen katarrhalischen Prozeß und die Proliferation eigentümlicher „Staubzellen“, die endothelialer Herkunft sind und von den Blut- und Lymphgefäßen abstammen. Ein Teil derselben wandert durch die Lymphbahnen zu den bronchopulmonalen, tracheobrachialen und paratrachealen Lymphknoten und führt zu einer Hypertrophie des lymphatischen Systems. Die Staubzellen können sich auch zu kleinen Gruppen anhäufen und sogenannte Pseudotuberkel bilden. In diesen Knötchen beginnt die fibröse Umwandlung. Je mehr sich die Lymphbahnen verstopfen, desto mehr verdickt sich das interalveolare Gewebe und die interlobulären Septa. In allen diesen Geweben treten degenerative Veränderungen ein, mit dem Endresultat der Entstehung fibröser Knötchen, Pleuraverdickung, Adhäsionen usw.

Das Röntgenbild entspricht den anatomischen Veränderungen. Im ersten Stadium, wenn noch keine fibröse Umwandlung eingetreten ist, ist die Beurteilung am schwierigsten. Die Verbreiterung der Lymphgefäße und die Schwellung der bronchopulmonalen und Hiluslymphknoten markiert sich zwar deutlich im Röntgenbilde. Doch ist das Bild nicht immer charakteristisch. Es kann dem einer Stauungslunge bei Herzfehler, einer chronischen Bronchitis, eines Emphysems oder auch dem einer Lymphangitis carcinomatosa völlig gleichen. Sobald aber die fibröse Degeneration einen gewissen Grad erreicht hat, die Krankheit also in das zweite Stadium eingetreten ist, zeigt das Röntgenbild markante Veränderungen. Der Hilusschatten ist weiter erheblich verbreitert und verdichtet, die Lungenzeichnung ist durchgängig wesentlich verstärkt und bildet derbe retikuläre Stränge. Beide Lungenfelder sind mit kleinen Flecken übersät, die stecknadelkopf- bis erbsengroß sind. Im Anfang erscheinen diese Flecken meist rechts in der Umgebung des Hilus, später sind sie ziemlich gleichmäßig im ganzen Lungenfeld beiderseits anzutreffen. Sie entsprechen den fibrösen Pseudotuberkeln. Differentialdiagnostisch ist zu beachten, daß sie sich am dichtesten an der Lungenwurzel finden, während die Spitzenfelder relativ frei sind. Hinsichtlich der Dichte sind die Flecken ziemlich gleichmäßig, oft findet man leicht gekerbte Konturen. Im dritten Stadium findet sich das Bild der ausgesprochenen Fibrose. Derbe Strangschatten durchziehen die Lungenfelder in verschiedenen Richtungen, vornehmlich basalwärts. Unregelmäßige intensive herdförmige Verschattungen finden sich an verschiedenen Stellen. Häufig finden sich auch ausgedehnte flächenhafte Verschattungen, namentlich in den zentralen Partien beider Lungenfelder, die auf den ersten Blick den Eidruck eines Tumors erwecken. Dazu kommen die röntgenologischen Symptome der Pleuraverdickungen und — Adhäsionen. Noch mannigfaltiger wird das Röntgenbild, wenn eine Komplikation mit Tuberkulose vorliegt. Diese Komplikation ist fatal, wenn die Tuberkuloseinfektion in einem frühen Stadium der Chalikosis erfolgt. Sie verläuft dann meist recht bösartig. Im Stadium der Fibrose dagegen verläuft die Tuberkuloseinfektion oft verhältnismäßig günstig. Auch die verschiedenen Arten der Chalikosis verhalten sich gegenüber der Tuberkulose verschieden. Bei den Steinhauern und Erzarbeitern ist die Infektion katastrophal, während die Kohlenarbeiter dagegen eher geschützt zu sein scheinen. Es ist naturgemäß äußerst schwierig, beide Prozesse klinisch und röntgenologisch auseinander zu halten. Die Chalikosis im zweiten Stadium kann im Röntgenbilde der Milliartuberkulose sowie der tuberkulösen Peribronchitis sehr ähnlich sehen. Als Unterscheidungsmerkmale gegenüber der letzteren kann die Tatsache dienen, daß die Herde bei der Chalikosis mehr um die Hilusgebiete herum gruppiert sind und die Spitzenfelder meist frei sind. Die Gleichartigkeit der Herde ist auch nicht so ausgesprochen, die Herdschatten sind dichter, auch der Hilusschatten ist dichter und breiter, als es bei den in Betracht kommenden Formen der Tuberkulose der Fall zu sein pflegt. Schließlich ist auf die eigentümliche Kerbung der Herde und auf die grobe retikuläre Zeichnung hinzuweisen. Gegenüber der Miliartuberkulose ist die größere Schattentiefe und schärfere Konturierung der Herde bei der Chalikosis zu beachten, ebenso auch hier der breitere und dichtere Hilus. Bei Kombinationen beider Krankheiten finden sich bisweilen Herdschatten verschiedener Arten, die die Zugehörigkeit zur einen oder anderen Erkrankung erkennen lassen. Die Berücksichtigung des übrigen klinischen Befundes ist natürlich auch von Bedeutung. Das Fehlen von Fieber und ein im Verhältnis zu den ausgeprägten röntgenologischen Veränderungen geringfügiger Perkussions- und Auskultationsbefund sprechen eher für Chalikosis. Im dritten Stadium ist eine Unterscheidung von einem Tumor manchmal schwierig. Insbesondere sind es die vom Hilus ausgehenden Tumorformen (Bronchuskarzinom), denen das Röntgenogramm einer Chalikosis ähnlich sehen kann. Der wichtigste Unterschied besteht in der Doppelseitigkeit des Prozesses bei der Pneumokoniose. Auch sind die Konturen hier nicht so scharf; es finden sich ferner außer den tumorartigen Verdichtungen unregelmäßige Schattenherde und oft ein marmoriertes Lungenfeld. Von den übrigen Lungenerkrankungen, deren Röntgenbild differentialdiagnostisch in Betracht kommt, sind in erster Linie zu nennen Bronchopneumonie und Syphilis. Unterscheidung von diesen Erkrankungen wird unter Berücksi gung aller röntgenologischen und klinischen Symptome meist n lich sein.

Quantitativ-histologische Untersuchungen am normalen und am Röntgenovar des Meerschweinchens. Beim normalen schlechtsreifen Meerschweinchen macht das intergenerative webe den größten Gewebsanteil des Organs aus. Während nach der Pubertät wächst es weiter und nimmt bis zum ac Lebensmonat stark zu, um erst im höheren Alter wieder etwas zufallen. Durch die Röntgenbestrahlung findet, in absoluten Za gemessen, keine Wucherung oder Vermehrung der interstiti Drüse statt, sondern eine beträchtliche einheitliche Abnahme ¼ bis ⅓ des Gewichts. Alle Theorien, welche aus der nur getäuschten scheinbaren Hypertrophie auf deren innersekretori Bedeutung Rückschlüsse ziehen wollten, sind hinfällig.

Der Follikelapparat, in absoluten Zahlen gemessen, bleibt du schnittlich während der ganzen geschlechtstätigen Zeit des T gleich und nimmt nur prozentual mit dem Alter ab. Eine w gehende Hemmung auf die Ovulation ist während der Trächtig nicht festzustellen. Das Organgewicht und das Gewicht des in stitiellen Gewebes nehmen mit dem Alter fast parallel zu.

Zwei Fälle von Hodgkinscher Krankheit mit Knochendest tion. Bei der Lymphogranulomatose kommt es bisweilen zu M stasen im Knochen, die ganz das Bild eines malignen Knoc tumors machen können. Sitz der Erkrankung waren in den geteilten Fällen das Sternum, die Rippen und Wirbelkörper. Röntgenbild zeigt deutliche Destruktion des Knochens, am Ster fanden sich auch reaktive periostale Knochenauflagerungen. beiden Fällen wurde die Knochenerkrankung in einem relativ sp Stadium beobachtet, wenige Monate ante finem.

Kirschman

British medical Journal.

Nr. 3473, 30. Juli.

Frakturen der ersten Halswirbel. Aus den spärlichen Anga der Lehrbücher ist zu schließen, daß Brüche des ersten Halswirl außerordentlich selten sind und zudem meist den Tod veranlas Beide diese Annahmen sind falsch, wenn auch eine Affektion den seltenen gerechnet werden müßte, von der nur 60—70 Fälle der Weltliteratur beschrieben sind. Doch können diese Zahlen k richtiges Bild ergeben, da Verf. in wenigen Jahren allein 7 Beisp zusammenstellen konnte. Die Erklärung ist durch die Tatsa gegeben, daß viele Fälle nicht diagnostiziert werden: nicht e weil die Diagnose schwierig ist, sondern weil der Durchschnitts gar nicht an die Möglichkeit einer solchen Knochenschädigung gla wenn der Kranke am Leben bleibt. Steifigkeit und Schmerz Genick werden als „Zerrung“ gedeutet und nur gelegentlich — w eine Wiederherstellung zu lange auf sich warten läßt — wird d Wirbelsäulenaufnahme veranlaßt. Die vielen relativ rasch heilen Fälle entgehen so der Diagnose. Die Annahme, daß Atlasfraktu fast immer tödlich verlaufen, geht auf die Zeit zurück, wo sol Brüche mit Sicherheit nur durch die gleichzeitige Rückenmar schädigung diagnostiziert werden konnten und auch dann die St der Fraktur nicht einwandfrei lokalisiert werden konnte. Mit Röntgenära ändert sich dieses Bild. Von den 32 seit 1900 mit teilten Fällen führten nur 6 zum Tode. Die wirkliche Gefahr li nicht in dem Bruch des Atlas als solchen, sondern in der Möglichk daß die Gewalt, die zur Fraktur des ersten Halswirbels führt, n weitere Schädigungen durch ihr Fortwirken bedingt. In der üb wiegenden Mehrheit der Fälle kommen die Läsionen der Halswirb säule durch eine Gewalt zustande, die den Kopf und nicht dir den Nacken trifft. Wenn ein schwerer, unelastischer Körper auf Schädel fällt, so ist ein Schädelbruch gewöhnlich die Folge, da Schädel zwischen der Wirbelsäule an den Okzipitalkondylen u dem verwundenden Körper zusammengedrückt wird. Gar nicht selten kann auch die Wirbelsäule bei einem solchen Vorgang schädigt werden, doch werden diese Doppelbrüche selten diagnos ziert, da die Läsion des knöchernen Schädels klinisch im Vordergru steht. Wenn hingegen der verwundende Körper schwer und de

isch ist (herabfallender Mehl- oder Zuckersack, Baumwollballen beim Sturz aus der Höhe auf weichen Sand) kann der Schädel eilen ausweichen und die Gewalt trifft in vollem Ausmaß die belsäule. Ist der Kopf stark gebeugt, so wird gewöhnlich der der Halswirbelsäule beschädigt, der gerade noch in Beugungsung gehalten wird (etwa 5. Halswirbel). Bei gestrecktem Kopf senkrechter Fortleitung der einwirkenden Gewalt längs der belsäule wird hingegen besonders leicht der verhältnismäßig ache Atlas betroffen. Beim Herabdrücken des Kopfes auf die belsäule wird der Atlas zwischen den Condyli occipitales oben dem Epistropheus unten gequetscht. Die infolge der schrägen ung der Gelenkflächen keilförmig gestalteten Massae laterales Atlas (Spitze des Keils dem Rückenmarkskanal zugekehrt) haben Neigung, diesem Druck durch Auswärtsabweichen sich zu entn. Dieser Neigung zum Ausweichen wirken die knöchernen gen, der vordere und hintere Atlasbogen entgegen, die die ae laterales verbinden, sowie das außerordentliche starke Ligaum transversum, das nicht nur den Zahn des Epistropheus in r Lage festhält, sondern auch die Seitenteile des Atlas fest nander verknüpft. Eine Ruptur dieses Querverbandes kommt Gesunden fast niemals vor. Sobald die Bogenteile des Atlas zu auseinander gedrückt werden, stellt sich eine Dehnungsfraktur die gewöhnlich den hinteren Bogen betrifft, dessen Festigkeit die Furchen für die Arteriae vertebrales geschwächt ist. ge dieses Mechanismus der Atlasbrüche, bei dem die Kraft ifugal gerichtet ist und nach außen hin einen Knochenteil aus ringförmigen Atlas heraussprengt, sind Lähmungen durch enmarksverletzung außerordentlich selten. Selbstverständlich en durch Fortwirken der Gewalt in Gemeinschaft mit dem Atlas- noch andere Frakturen zustande kommen. (Abriß des Epistroszahnes u. a. m.) Der Atlas liegt so tief und ist so sehr vom hängenden Hinterhauptstein geschützt, sowie durch den längeren fortsatz des Epistropheus gegenüber der Gewalteinwirkung von gesichert, daß eine Fraktur durch direkte Verletzung (abhen von den Schußfrakturen) kaum möglich ist.

Mit dem Atlasbruch am häufigsten vereint findet sich als plikation der Abriß des Epistropheuszahnes. Eine Luxation des nach vorn oder hinten kann nur zustande kommen, wenn der fortsatz abgesprengt ist oder das Querband gerissen ist. Häufiger ie Atlasfraktur führt die Luxation nach vorn zum Tode. Wenn zumeist der hintere Bogenteil des Atlas frakturiert wird, so nt es doch ziemlich selten zur Ruptur der Vertebralgefäße, die iesem Knochenabschnitt — in einer Vertiefung fest durch ein nent festgehalten — entlang verlaufen. Uebrigens kann dieses e Ligament bei teilweiser Verknöcherung röntgenologisch als henfragment mißdeutet werden. Die Elastizität der Gefäßwand die selten stärkere Dislokation der Knochenbruchstücke erklärt häufige Unbeschädigtbleiben dieser Arterien. Des öfteren wird gen der Nervus occipitalis bei der Atlasfraktur in Mitleident gezogen, so daß der Okzipitalneuralgie bei zweifelhaften Fällen gewisse diagnostische Bedeutung zuerkannt werden muß.. Wie ts betont, spielen Rückenmarksschädigungen als Komplikation Rolle, wenn auch gelegentlich traumatische Myelitis, Hämatoie zu Ausfallserscheinungen führen.

Schmerzen und Steifigkeit im Nacken mit erheblicher Einschränder Bewegungsfähigkeit des Kopfes (besonders Nickbewenen) bilden die klinischen Kennzeichen einer Knochenfraktur iebiet der oberen Halswirbelsäule. Selbst bei deutlicher Ansie können heftige Schmerzen im Versorgungsbereich der rhauptsnerven empfunden werden. Besonders beim Seitwärtsen des Kopfes können Parästhesien in den Gliedern auftreten, daß neurologisch sonst eine Rückenmarksschädigung nachzuen ist. Die Palpation der Halswirbelsäule vom Munde aus t kaum diagnostischen Wert. Aufschluß gibt allein das Röntld, das unbedingt bei dem leisesten Verdacht anzufertigen ist. apeutisch ist die sofortige Ruhigstellung des Kopfes, des cens und der Schultern durch Gipsverbände anzuwenden. elle Fixationsverbände bei isolierter Fraktur des hinteren bogenteils sind nicht zweckmäßig, da gleichzeitig auch der re Bogen gebrochen sein kann, ohne daß das Röntgenbild n Schaden aufdeckt.

Anastomosenbildung des Nervus recurrens vagi mit dem Nervus ricus mit gewisser Besserung der Funktion. Eine Frau litt Durchtrennung beider Nerv. recurr. bei Strumektomie an anweise auftretender Atemnot und völliger Aphonie. Ein halbes h nach der Operation bestand eine völlige Lähmung beider mbänder mit dauerndem Stridor. Der Zustand verschlechterte immer mehr, so daß die baldige Ausführung der Tracheotomie gen werden mußte. Es wurde daher in Narkose eine Ende-zun-Verbindung zwischen dem Stumpf des in Narbengewebe eingeten Kehlkopfnerven und einer abgespaltenen kleinen Portion Nervus phrenicus vorgenommen, zunächst auf der rechten und Monat später auf der linken Seite. Es kam zunächst zu einer pelseitigen Zwerchfelllähmung. Schon innerhalb von zwei Monaten verschwanden die Anfälle von Asphyxie, während bei Anstrengungen noch eine gewisse Kurzatmigkeit sich einstellte. Nach drei Monaten wurde bei der Phonation eine deutliche Bewegungsfähigkeit sowie Adduktionsvermögen des rechten Stimmbandes festgestellt, während das linke Stimmband bewegungslos in Mittelstellung verharrte. Einen weiteren Monat später war die Zwerchfelllähmung gänzlich zurückgegangen. Der Bewegungsgrad des rechten Stimmbandes erreichte ein Viertel des Normalen und auch das linke zeigte jetzt eine deutliche Zunahme des Tonus. Unter täglicher faradischer und galvanischer Reizung des Larynx schritt die Besserung weiter fort, so daß etwa ¾ Jahr nach der Anastomosenbildung mit heiserer, doch nicht aphonischer Flüsterstimme gesprochen werden konnte. Nach Ablauf eines Jahres sprach die Kranke dauernd mit einigermaßen lauter Stimme, obwohl nur das rechte Stimmband funktionstüchtig wurde. Das linke Stimmband blieb zumeist bewegungslos, obwohl es in der Zwischenzeit vorübergehend ein deutliches Ab- und Adduktionsvermögen gezeigt hatte. Dieser Mißerfolg ist darauf zurückzuführen, daß die Vereinigung beider Nerven auf der linken Seite nur unter großer Spannung möglich war. Die prompte Beseitigung der Erstickungsgefahr ohne Tracheotomie läßt es unbedingt berechtigt erscheinen, in geeigneten Fällen einen Versuch mit dieser Nervenvereinigung zu machen, die zudem auch in relativ kurzer Zeit die Stimmbildung erheblich verbesserte. Die vorübergehende Zwerchfelllähmung wurde ohne Beschwerden ertragen; wahrscheinlich erholen sich einzelne Teile des Muskels schon sehr schnell nach der Nervennaht.

Biberfeld.

Bruxelles Médical.

Nr. 40, 31. Juli 1927.

Die vakzinotherapeutische Behandlung gynäkologischer Krankheiten. Den konservativen Methoden in der Gynäkologie hat man immer den Vorwurf der zu langen Dauer gemacht. Die Vakzinotherapie schafft hierin Wandel, da sich ihre Applikation auf etwa 3 Wochen erstreckt.

a) Behandlung der Metritis: sie besteht darin, daß man einen Gazebausch in das hintere Scheidengewölbe einlegt, der mit immunisierendem Mikrobenfiltrat getränkt ist — Mikroben, wie man sie im Weißfluß gewöhnlich antrifft. Die Behandlung soll 3—4 Tage nach Aufhören der Regel einsetzen und ein um den anderen Tag erfolgen. Diese lokale Vakzination kann man noch ergänzen durch eine allgemeine subkutane oder besser intradermale. Während der Dauer der Behandlung soll die Patientin 2 mal täglich Spülungen von 48° im Liegen vornehmen und zwar mit reinem, abgekochten Wasser, ohne irgendwelche Zusätze. Nach 10—12maliger Behandlung pflegt eine akute Metritis ausgeheilt zu sein, eine chronische erst nach 15—20maliger.

b) Behandlung der Salpingitis: hier ist neben der lokalen Vakzination die intradermale Allgemeinvakzination obligatorisch. Die Einspritzung erfolgt in die Haut des Unterbauchs, um dem Infektionsherd möglichst nahe zu sein; sie beginnt mit 1 Tropfen des Mikrobengemisches und steigert sich auf 6 Tropfen, von denen jeder einzelne an verschiedener Stelle der Haut appliziert wird. Mit 10 Injektionen wurde in der Regel ein befriedigendes Resultat erzielt. Die Allgemeinreaktion ist meist nur gering: leichte Temperatursteigerung, Zunahme der Schmerzen des Ausflusses. Nach der 2. Injektion klingt dies meist schon ab.

Nr. 41, 7. August 1927.

Nr. 42, 14. August 1927.

Follikelsaft und innere Sekretion des Ovars. In dem Saft der Graafschen Follikel ist ein Hormon, das Folliculin, enthalten, das eine spezifisch anabolische Wirkung auf den weiblichen Genitaltrakt und auf die Brustdrüse ausübt. Gleichermaßen besteht eine direkte Beziehung zur Kontraktilität, Konduktilität und Erregbarkeit des Uterinmuskels.

Aus einer Reihe von Tierversuchen ergeben sich folgende Schlüsse: Beim noch nicht geschlechtsreifen Weibchen scheint der Follikelsaft die Reife zu beschleunigen, beim geschlechtsreifen verlängert er die Brunstphänomene und bewirkt eine andauernde Hypertrophie des Uterus. Beim kastrierten geschlechtsreifen Weibchen

gibt er dem Uterus und den Brüsten ihre funktionellen Eigentümlichkeiten und morphologischen Besonderheiten wieder, die sie durch die Kastration eingebüßt haben. Bei dem in der Menopause befindlichen Weibchen ist die Wirkung ähnlich. Bei dem säugenden Weibchen löst er vorübergehend Brunstphänomene aus, ohne die Milchsekretion zu modifizieren. Held.

Le Scalpel.

Nr. 30, 23. Juli 1927.

Das metasympathische oder lokale Nervensystem. M. Ide.

Nr. 31, 30. Juli 1927.

Die Acridinbehandlung der Blenorrhagie. V. Cantigniaux.

Nr. 32, 6. August 1927.

Radiodiagnose der Nebenhöhlen. Thienpont.
* Die Differentialdiagnose der Steinschatten im rechten Hypochondrium (Gallen- oder Harnwege). Jules François.

Die Differentialdiagnose der Steinschatten im rechten Hypochondrium (Gallenwege oder Harnwege). Ergibt die Radiographie des rechten Hypochondriums einen Schatten, so erhebt sich — abgesehen von ligamentären oder Drüsenverkalkungen — die Frage: Nieren- oder Gallensteine? Anamnese und klinische Untersuchung geben leider nicht immer den gewünschten Aufschluß. Form und Gruppierung der Steine dienen oft als Hinweis auf das Organ, in welchem sie enthalten sind. Kommt man auf diesem Wege nicht weiter, so muß man der ersten Aufnahme eine zweite folgen lassen und zwar so: war die erste dorso-ventral, so muß die zweite von vorn her erfolgen. Ist, von vorn gesehen, der Schatten kleiner und präziser als der von hinten gesehene, so spricht das zugunsten eines Gallensteins. Für den Nierenstein spricht der umgekehrte Befund. Sind Größe und Klarheit der Schatten einander gleich, so muß man zu einer Profilaufnahme in rechter Seitenlage schreiten. Ein Schatten, der mehr als einen Querfinger nach vorn vom Vorderrand der Wirbelsäule gelegen ist, ist so gut wie sicher der Galle angehörig. Liegt die Projektion des Schattens auf dem medianen oder dem hinteren Teil der Wirbelsäule, so handelt es sich um einen Nierenstein. Steine, die außerhalb dieses genannten Bezirkes liegen, sind schwer zu identifizieren.

Ein weiterer Schritt zur Klärung der Diagnose ist in der Pyelographie gegeben. Dabei liegt die Projektion der Gallensteine außerhalb des Nervenbeckens und der Calices, wogegen Nierensteine im Inneren des Nierenbeckens liegen.

Alles in allem muß man zugeben, daß die Deutung der Schatten im rechten Hypochondrium erhebliche Schwierigkeiten machen kann. Aber es muß alles geschehen, was zur Klärung der Situation dient, damit man dem Patienten unnütze Eingriffe erspart. Held.

Journal des Praticiens.

Nr. 31, 30. Juli 1927.

Interstitielle Infiltrationen der Kornea. F. Terrien.
* Wie behandelt man die Knochen-Gelenktuberkulose? Delbet.
* Genitaltuberkulose bei der Frau. Brody.

Wie soll man die Knochen-Gelenktuberkulose behandeln? Verf. geht hier auf die Versuche ein, die von Finikoff seit einigen Jahren angestellt werden. Dieser verwendet pflanzliches Oel mit 10proz. Jodtinktur als Injektion im Verein mit interner Kalkdarreichung. Dieses für die Injektion frisch zubereitete Oel ist ganz verschieden vom Lipiodol, denn es wird verhältnismäßig schnell resorbiert. Nach F. erhöht es die proteolytische Fähigkeit des Serums. Von 54 so behandelten Patienten sind 25 geheilt, 16 gebessert, nur 3 Fälle waren Versager.

Genitaltuberkulose bei der Frau. Die Einwanderung von Bazillen in die Genitalorgane der Frau setzt oft schon in der Jugend ein, doch bleibt die Krankheit unentdeckt, weil präzise Symptome fehlen. Erst Menstruationsstörungen verschiedener Art lenken die Aufmerksamkeit des Untersuchers auf die Möglichkeit einer tuberkulösen Infektion. Symptome von seiten der Blase sind oft gleichzeitig vorhanden, so z. B. Zystitis, Pollakisurie, Beschwerden bei der Miktion, Oligurie, ja sogar auch Anurie. Eine Temperaturerhöhung besteht im allgemeinen nicht, Dyspepsien und nervöse Störungen beeinträchtigen das Allgemeinbefinden und erschweren die Heilung.

Heute nimmt die Bestrahlungstherapie der Genitaltuberkulose den ihr gebührenden Platz ein; man weiß auch, daß die methodisch geübte Besonnung im Verein mit einer sorgsamen Ueberwach zum Ziele führen unter Vermeidung unerwünschter Zwischenf Ist ein chirurgischer Eingriff unvermeidlich, so empfiehlt sich präoperative Bestrahlungskur; sie bezweckt eine Lockerung Adhäsionen und eine Erweichung der Indurationen, sowie Hebung des Allgemeinzustandes. Sind diese Bedingungen erfüllt ist die Operation wesentlich erleichtert. Auch bei der Opera selbst sollen Sonnen- bzw. ultraviolette Strahlen in das Operati gebiet eindringen. Eine postoperative Bestrahlungskur dient Vernarbung von Fisteln, die nach dem Eingriff zurückbleiben kön

Nr. 32, 6. August 1927.

* Gastrische Krisen bei Tabes. Ch. Achard.
Abszeß von epididymärer Herkunft. Hartmann.

Gastrische Krisen bei Tabes. Die operative Behandl gastrischer Krisen durch Resektion von Nerven, wie sie von n haften Neurologen geübt wird, soll letzten Endes doch nur den g schweren Formen vorbehalten bleiben. Diese Eingriffe sind jed interessant, weil sie zeigen, daß es möglich ist, eine therapeut sichere Wirkung dadurch zu erzielen, daß man die Leitfähigkeit hinteren Dorsalwurzeln aufhebt. Diese Unterdrückung der L fähigkeit kann man temporär auch durch eine viel einfach Prozedur erreichen: Lokalanästhesie durch Cocain, bzw. des Derivate. König (Greifswald) injiziert in die Rückenmuskeln bei seits der Wirbelsäule vom 6. bis 10. Dorsalsegment eine Novoc Adrenalinlösung 0,05/100,0 in einer Menge von 100 ccm, um Nerven ganz mit dem Anästhetikum zu durchtränken.

So kann man also, indem man dem Kranken das Risiko e chirurgischen Eingriffs erspart, ihm dennoch mit verhältnismäßig fachen Mitteln eine wesentliche Erleichterung verschaffen.

Nr. 33, 13. August 1927.

* Kritische Diagnose der Meningitis tuberculosa. J. Rieux.
* Astasie-Abasie. R. Benon.

Kritische Diagnose der Meningitis tuberculosa. Klinische Sy tomatologie, chemische und zytologische Formel der Zerebrospi flüssigkeit liefern keinen absoluten Beweis zur Klärung der Diagn Leicht zu unterscheiden von Hirntumoren, Hirnabszessen, H blutungen, Poliomyelitis ant. acuta, ja selbst von akuten infektiö Meningitiden nichttuberkulöser Natur kann die M. tuberculosa weilen mit der syphilitischen Form verwechselt werden, oder gewissen reaktionellen serösen Meningitiden, schließlich auch der Encephalitis epidemica. Das Vorkommen tuberkulöser Störun in der Anamnese hat großen diagnostischen Wert. Zu den menin schen Zeichen gesellt sich meist konstant ein rapid fortschreiten Organverfall. Das einzig sichere Zeichen einer echten tuberkul Meningitis ist und bleibt der Nachweis von Tuberkelbazillen. allen verdächtigen Fällen darf man die Mühe nicht scheuen, die Nachweis zu führen.

Astasie-Abasie. Nach Ansicht des Verf. gibt es eine Asta Abasie dynamischen Ursprungs, die entweder rapid oder auf la Sicht heilt. Wahrscheinlich steht sie in Beziehung zur Hyste weil die Hypermotilität, die man bei hysterischen Krisen beobach Kraftlosigkeit ist und weil das Zittern bei Astasie-Abasie fast sic ein emotionelles Zittern auf der Basis von Kraftlosigkeit ist. B Auftreten der Phänomene „Astasie-Abasie" kann Suggestion Rolle spielen, aber weder eine konstante, noch eine wesentli Alle hierher gehörigen Patienten, reizbare Individuen, sind insges im Beginn der Erkrankung mehr oder minder große Astheniker, ihr Zittern, ihre Störungen beim Gehen und Stehen sind nur ein A druck ihrer allgemeinen Schwäche, die sie zur Unruhe, bzw. Aengstlichkeit disponiert.

Hel

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 64, 10. August 1927.

Ueber die Naht der Bauchwand in einer Ebene. Desmarest.
* Rascher Stillstand der Genitalblutungen durch Injektionen von konzentris Natriumzitratlösungen. S. Tzovarn und D. Mavrodin.

Rascher Stillstand der Genitalblutungen durch Injektionen konzentrierten Natriumzitratlösungen. Während schwache Lösun von Natrium citrium die Koagulation verhindern, wirken konz trierte von 30% im umgekehrten Sinne antihämorrhagisch. Am kanische Autoren behandelten etwa 500 Fälle von Blutungen a Art mit sicherem Erfolg. Verff. wandten es in der Gynäkologie sonders da an, wo eine Veränderung der Blutzusammensetzung eine rein lokale Ursache vorhanden war, wobei es sich als sichersten und schnellsten wirksam erwies. Die Wirkung ber

einer Zerstörung der Blutplättchen, wodurch eine Substanz frei d, die eine Thrombosenbildung begünstigt. Nebenerscheinungen Angstgefühl, Blässe, Pulsbeschleunigung wurden bisweilen be- chtet, besonders wenn mehrmals täglich 2—3 Injektionen von ccm gegeben werden mußten, doch waren sie nur kurzdauernd konnten bei langsamem Injizieren vermieden werden. Die Lö- besteht aus Natriumzitrat 30,0, Magnesium Chlorure 10,0 Aq. . steril 100,0. Das Magnesium-Chlorure ist wegen der hypo- iven Wirkung beigefügt. Die Lösung muß frisch zubereitet den, weil sie sich rasch verändert, die Einführung geschieht am en intravenös.

Nr. 65, 13. August 1927.

Lage bei der Entwicklung und Behandlung kongestiver Hämoptysen. L. Bard.
tomisch-radiologische Untersuchungen über den unteren Herzrand nach Pneumo- eritoneum. A. Roustacroix und A. Rayband.

Die Lage bei der Entwicklung und Behandlung kongestiver optysen. Die Behandlung der Hämoptyse geschieht am besten h Seitenlagerung und zwar auf die der blutenden Lunge ent- gesetzten Seite, besonders bei denjenigen Formen, wo eine ive Vaso-Dilatation die Ursache ist. Besteht Ulzeration mit folgender-Ruptur eines Gefäßes, so ist absolute Ruhe bei hori- aler Rückenlage erforderlich.

Haber.

Clinique et Laboratoire.

Nr. 6, 30. Juni 1927.

ge Fälle von entzündlicher Exophthalmie. F. Terrien.
Diagnose genitaler Ulzerationen. L. Lortat-Jacob.
senstörungen und Myome. L. Gernez.

Blasenstörungen und Myome. Die durch das Wachstum myoma- s Uteri entstehende Verdrängung der Blase schafft Störungen, oft so im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen, daß sie als ständige Affektion der Harnwege imponieren. Erst der ge- enhaften Untersuchung bleibt die Entdeckung vorbehalten, daß r einer Blasenreizung oder einer Harnverhaltung ein Becken- or, i. c. ein Myom steckt. Dysurie und Retention sind die gsten hier beobachteten Symptome, aber auch Pollakisurie in chiedenen Abstufungen, begleitet von Tenesmen. Kleine Tumoren en noch mehr dazu als größere, sich in der Höhlung des Scham- s anzusiedeln und von hier aus die Urethra zu komprimieren. Störung der Urinausscheidung muß also die Möglichkeit eines ehenden Genitaltumors berücksichtigen.

Nr. 7., 30. Juli 1927.

infektion bei ansteckenden Krankheiten. Jules Comby.
en planus beim „dermatologischen Sonntag" in Straßburg. Carle.
emeines über das Symbol PH (Bedeutung und klinische Determination). Richard.

Desinfektion bei ansteckenden Krankheiten. 1. Bei allen Erup- fiebern, insbesondere bei Masern, ist eine häusliche Desinfektion flüssig. War der Ausgang ein tödlicher, dann ausgiebige Lüftung Reinigung des Zimmers, Sterilisation der Betten im Dampf. i Diphterie: prophylaktische Serotherapie der Umgebung; die iche Desinfektion am Schluß der Krankheit ist noch nie im- de gewesen, eine Schul- oder Krankenhausepidemie aufzuhalten. Desinfektion der Bazillenträger ist das einzig sichere Mittel zur ütung der Ausbreitung. 3. Bei Pocken wird man sich der häus- n Desinfektion nicht widersetzen, schon um durch Feuer und tepticis die Zerstörung der Ausscheidungsprodukte, der Schuppen Krusten der Kranken zu vervollständigen. Die Wäsche der aken ist nach Gebrauch sofort zu kochen. 4. Bei Genickstarre, myelitis acuta, Encephalitis epidemica wird die Wohnungs- fektion wenig ausrichten. Isolierung und Ausfindigmachen von lenträgern ist das einzig Wirksame. 5. Das gleiche gilt für us und Cholera. Ueberwachung der Rekonvaleszenten und der lenträger, Vermeidung des Genusses von rohem Obst und un- kochtem Wasser. Desinfektion der Exkrete und der durch sie mutzten Wäsche; die Desinfektion der Wohnung ist nur eine zende Maßregel. 6. Den Flecktyphus bekämpft man durch igung der Patienten, ihrer Wäsche und Kleidungsstücke, die fektion der Wohnung empfiehlt sich zur Bekämpfung des Un- fers. 7. Die Bekämpfung der Pest ist identisch mit der systema- en Ausrottung der Ratten. 8. Malaria, Schlafkrankheit, gelbes r sind für die Wohnungsdesinfektion ohne Belang. Hier ist es esinfektion der Kranken selbst, die man resolut mit anerkannten almitteln wie: Tartarus stibiatus, Chinin, Atoxyl und Arseno- ol durchführen muß. Die Sanierung der häuslichen Umgebung steht erst an zweiter Stelle. 9. Alle Hygieniker fordern überein- stimmend die Wohnungsdesinfektion bei Tuberkulose; bei Todes- fällen sollte sie obligatorisch sein. In Sanatorien für Tuberkulöse und in den von Tuberkulosekranken besuchten klimatischen Kur- orten wird sie auch durchgeführt.

Held.

Revue neurologique.

34. Jahrg., 2, Nr. 2, August 1927.

Einseitiges Schwitzen des Gesichts nach Trauma. A. Souques.
Postenkephalitische supranokleäre vestibuläre Störungen. L. J. J. Muskens.
* Indolente intramedulläre Tumoren. Laporte, Riser, R. Sorel.
Reflex des Malleolus externus. C. Sagin, S. Oberc.
Reflex des Malleolus externus. F. Vizioli.

Indolente intramedulläre Tumoren. In der Mehrzahl der Fälle bestimmen die juxta-, intra- und extraduralen Rückenmarkstumoren ein sehr intensives, funikulo-radikuläres, schmerzhaftes Syndrom. Ferner können Schmerzen oberhalb oder unterhalb der Kompression sitzen, dann handelt es sich um sympathische oder um Strang- phänomene. Es existieren aber auch Fälle, wo während der ganzen Entwicklung des juxtamedullären Tumors Schmerzen fehlen. In der Verff. Falle handelt es sich um eine 64jährige Frau mit sehr starker spastischer Paraplegie und Anästhesie ohne jegliche Schmerzen; es bestand ein sehr weicher und gefäßreicher extraduraler Tumor. Von Wichtigkeit für die Schmerzerzeugung ist die Art des Tumors so- wie die Beziehungen des Tumors zu den hinteren Wurzeln und Hinter- oder Vordersträngen.

Kurt Mendel, Berlin.

Il Policlinico Sez. prat.

34., Nr. 31, 1. August 1927.

* Rasche Methode zur Identifizierung des Meningokokkentypus bei der epidemischen Zerebrospinalmeningitis. T. Pontano.
Haematuria calculosa und Unfall. M. Montanari.
* Röntgenoskopie des Thorax in der sozialen und besonders kindlichen Prophylaxe. P. Cignolini.
Zum Kampf gegen die malignen Neubildungen. F. d'Alessandro.

Rasche Methode zur Identifizierung des Meningokokkentypus bei der epidemischen Zerebrospinalmeningitis. Verf. hatte früher nach- gewiesen, daß die frühzeitige Therapie mit polyvalenten Sera meistens versagt, und allein die Benutzung spezifischer monovalenter Sera Aussicht auf Erfolg hat. Je später die Therapie einsetzt, desto größer ist die Sterblichkeit, und es kommt daher alles darauf an, den Meningokokkeutypus möglichst früh zu identifizieren. Bisher waren 48—36 Stunden dazu notwendig. Das Agglutinationsvermögen des Serum eines Kranken tritt erst am 7.—8. Tage auf, so daß eine Be- stimmung wie beim Typhus unmöglich ist. Verf. schlägt als sicheres Schnellverfahren die Agglutination in statu nascendi vor. Er verteilt je 2 ccm Bouillon (pH^7) auf 6 Röhrchen, fügt zu den ersten 4 agglu- tinierende Sera für den Typus A, B, C, D, zum fünften Pferdeserum, das sechste bleibt Kontrollröhrchen. Die Menge der Sera wird durch den Agglutinationstiter angezeigt, unter dessen Maximum man jedoch bleibt. Nach Lumbalpunktion gibt man 2—3 Tropfen Liquor zu allen Röhrchen und verbringt sie in den Thermostaten. Nach 13—14 Stunden wird die Agglutination mit dem Agglutinoskop, nach 18 Stunden mit dem bloßen Auge sichtbar. Die Qualität des zu dem Röhrchen zugefügten Serums, in dem die Agglutination zustande gekommen ist, gibt den Keimtypus an. An Stelle von Bouillon genügt auch sterile, physiologische Lösung (0,91%). Bei Fehlen von agglutinierenden Testsera kann man auch die zuvor titrierten mono- valenten Sera selbst benutzen. Bei Gruppenagglutination muß man auf die Frühzeitigkeit und Intensität des Phänomens achten. Kommt gar keine Agglutination zustande, dann handelt es sich um atypische Stämme, und man muß sich auf den Versuch mit polyvalentem Serum beschränken. Die Nährböden mit den bezüglichen agglutinierenden Sera kann man im voraus bereiten und absolut steril in kleinen Ampullen aufbewahren.

Röntgenoskopie des Thorax in der sozialen Prophylaxe, vor- zugsweise bei Kindern. Verf. redet auf Grund der seit mehreren Jahren in Genua gemachten Erfahrungen einer prophylaktischen Anwendung der Röntgenoskopie des Thorax in den Schulen das Wort. Er weist auf die großen sozialhygienischen Vorteile solcher methodischen Untersuchungen im kindlichen, Präpubertäts- und Pubertätsalter hin und besonders auf die großen Fortschritte in der Prophylaxi von Herzgefäß- und Respirationskrankheiten, welche dadurch möglich werden. Er widerlegt im voraus etwaige Einwürfe hinsichtlich der technischen und ökonomischen Möglichkeiten.

Rontal.

Archivio Di Ortopedia.

42., Heft 3, Herbst 1926.

Ueber angeborene vielfache Gelenkversteifung und ihre Behandlung. Scarlini beschreibt eingehend drei Fälle, von denen der erste eine deutliche Unterbrechung der Kindsbewegung zu Beginn des sechsten Schwangerschaftsmonates aufweist. Ob sich daraus irgendwelche Schlüsse für die Entstehung ergeben können, läßt der Verfasser offen. Im allgemeinen glaubt er, daß die Ursache der Mißbildung von außen an den Föten herantritt und stützt diese Meinung auf die Tatsache, daß immer nur die Gliedmaßen befallen sind, und daß schwere knöcherne Veränderungen für gewöhnlich fehlen. Es scheint sich um Hemmungsbildungen zu handeln. Die Muskelprüfung ergibt wohl Veränderungen der elektrischen Reaktion, niemals Entartungserscheinungen. Es gilt, bei der Behandlung einen genauen Plan des Vorgehens aufzustellen, der auf die Schwierigkeiten der einzelnen Versteifung, aber auch auf die gegenseitige Beeinflussung Rücksicht nehmen soll. Je früher man beginnen kann mit den Korrekturen, desto besser für deren Durchführung. Die Hindernisse der Redression sind beim kleinen Kinde geringer und die Wiederherstellung der geschädigten Muskulatur geht weitgehender und leichter vor sich, als dies später der Fall ist. Für gewöhnlich genügt die passive und wenn möglich aktive Bewegungstherapie neben Massage, Wärme und Elektrizität. In schwereren Fällen kommt die etappenweise Geradestellung in Frage. Wenn es nötig wird, das Muskelgleichgewicht zu unterstützen, werden orthopädische Apparate empfohlen. Die Nachbehandlung dauert lange und muß sehr energisch durchgeführt werden.

Beitrag zur Anwendung der periarteriellen Sympatektomie in der Behandlung der trophischen und vasomotorischen Störungen bei Kinderlähmung. Es gibt kein Mittel, mit dem wir so sicher und so deutlich die Zirkulationsverhältnisse eines Körperabschnittes verändern können, wie mit der im Titel genannten Operation. Während einer zur Ausheilung lokaler Störungen genügend langen Zeit erfolgt auf den Eingriff hin eine Ueberschwemmung der peripheren Abschnitte mit Blut; eine Uebenernährung setzt ein. Der Verfasser empfiehlt daher die Operation in den Fällen, in denen die trophischen Störungen wirklich unheilbare Zustände geschaffen haben. Die (hier nicht beschriebene) Technik von Camera erlaubt, die Vornahme der Operation auch am Kinde ungefährlich zu gestalten.

Die Behandlung der Gelenkbrüche und ihre Enderfolge. Die große, fast 200 Seiten lange monographische Arbeit gibt einen guten Ueberblick über den heutigen Stand der Frakturenbehandlung, weshalb ich einen Teil der Schlußfolgerungen in wortgetreuer Uebersetzung darbiete. „Die unblutigen Methoden sollen stets in erster Linie versucht werden. Die Ergebnisse, die sich damit erzielen lassen, sind wirklich befriedigend."

1. Brüche des oberen Oberarmendes. Bei den nicht vollständigen oder eingekeilten Brüchen ohne Verlagerung, sei es im anatomischen oder chirurgischen Hals, genügt die Ruhigstellung in Abduktion für kurze Zeit (10 bis 20 Tage), dann Massage, passive Bewegungen, Heißluft usw. — — — — Bei den Brüchen im chirurgischen oder anatomischen Hals mit Verlagerung gibt die Ruhigstellung in Abduktion gute Resultate. Bei schweren Dislokationen unblutige Einstellung in Narkose, die es gestattet, auch bemerkenswerte Verlagerungen zu korrigieren. Es folgt darauf die Ruhigstellung in seitlicher Erhebung mit oder ohne Dauerextension. — — — In unserer Abteilung für Ruhigstellung mit oder ohne Zug benützen wir immer den Gipsverband, den wir für viel praktischer und viel sicherer halten, als alle die zahlreichen Apparate. . . . Die Fixierung überschreitet für gewöhnlich die 30 Tage nicht, darauf physikalische und Bewegungstherapie. — — — — Die blutige Behandlung mit oder ohne Knochennaht bleibt allein den Fällen vorbehalten, die schwere Dislokationen zeigen, nicht reponierbar sind oder mit Störungen im Gefäßnervenapparat einhergehen. Man muß sich vergegenwärtigen, daß man an der Schulter gute funktionelle Resultate auch erhalten kann bei schlechten anatomischen Ergebnissen. Bei den Luxationsbrüchen, solange sie frisch sind, immer zuerst die unblutige Heilung versuchen; wenn sie mißlingt, blutige Reposition, ohne Entfernung des Kopffragmentes, die nur gerechtfertigt ist, wenn das Fragment sehr klein oder zersplittert erscheint. Die Entfernung des Kopfes ist indessen angezeigt bei den veralteten Luxationsbrüchen. — — — —

2. Ellbogen-Frakturen. Am Ellbogen lassen sich gezeichnete Resultate erzielen mit der unblutigen Behandlung: gilt vor allem für die suprakondylären Brüche, für die Brüche Kondylen und Epikondylen, für die isolierten Brüche der Sp und des Kronenfortsatzes. Nach der Reduktion des Bruches, sich beinahe immer durch Zugbewegungen und Beugung des derarmes vereinigt mit direkten Druckeinwirkungen auf die Br stücke erreichen läßt, ist es gut in Beugestellung rechtwinklig spitz bei supiniertem Vorderarm zu fixieren. Die Fixierung am besten mit hinterer Gipsschiene gewährleistet. . . . Bewegu übungen sollen bald erfolgen, bei den Kindern wenig Massage. seitlichen Abweichungen werden besser korrigiert im Gipsver unter Zug und Streckung, die mit der Beugestellung abwech soll, um Versteifungen im einen oder anderen Sinne zu verh — — — — Die blutige Behandlung bleibt vorbehalten den su kondylären Brüchen mit starker Verlagerung, die sich nicht blutig einstellen lassen, da man eine gute Funktion Ellenbogens nicht erhoffen kann, wenn nicht anatomischen Verhältnisse beinahe normal si Die Enderfolge hängen stark von der unblutigen orthopädischen handlung ab. Wenn bei schlecht verheilten Brüchen ein knöche Hindernis die Bewegung stark hemmt, soll es abgetr werden.

3. Brüche in der Gegend des Handgelenkes. Handgelenk können wir gute Beweglichkeit auch bei starker D mität erreichen. Die unblutige Behandlung gibt fast immer gezeichnete Ergebnisse. Die Einstellung der typischen Radiusf tur mit starker Abweichung wird in Narkose gemacht. Ruhigstel in ulnarer Beugung in der Stellung der Reposition. Einige we empfehlen die dorsale Beugung der Hand. Am besten untere C schiene. Bei den Gelenksbrüchen besteht die Einstellung vor a in Knetmanövern. . . . Die Dauer der Ruhigstellung soll sehr sein (15 bis 20 Tage).

4. Frakturen des oberen Femurendes Von den blutigen Behandlungsmethoden, die für solche Brüche vorgeschl wurden, bleiben drei zu erwähnen: 1. die Originalmethode Withmann, 2. die Methode nach Rossi und 3. ein modifizie Withmann. Die blutige Behandlungsmethode bleibt den mittl Halsbrüchen oder den tieferen Brüchen vorbehalten. Wir benu sie von vornherein, wenn keine allgemeine Gegenindikation handen ist. Lambotte oder Knochenspan.

5. Brüche des unteren Femurendes. Extension Zuppinger, sehr wichtig. Bei den suprakondylären Brü mit starker Verlagerung direkter Zug am Skelett bei gebeug Knie. Bei den einseitigen oder doppelseitigen Gelenkbrüchen starker Verlagerung soll die Knochennaht mit exakter anatomis Wiederherstellung des Gelenkendes angewendet werden. Die T nik des Eingriffs muß von Fall zu Fall gestaltet werden.

6. Brüche des oberen Schienbeinendes. Daue in Beugung, baldige Bewegungsbehandlung. Blutergüsse im Ge sollen in jedem Falle punktiert werden. Die unblutige Behand genügt bei diesen Brüchen, solange sie nicht oder nur wenig lagert sind. Handelt es sich um Verlagerung, die nicht gut k gierbar erscheint durch Zug, so ist es wichtig, blutig vorzug mit Naht der Fragmente.

7. Brüche der Kniescheibe. Den Vorzug hat solchen Frakturen das blutige Verfahren, das einen sicheren K verspricht.

8. Frakturen des Fußhalses. Hier stehen an er Linie die unblutigen Verfahren. Man muß sich vergegenwärti daß exakte anatomische Wiederherstellung und gute Funktion st miteinander verbunden sind. Das blutige Verfahren bei di Brüchen beschränkt sich auf die nicht korrigierbaren oder nich guter Stellung fixierbaren Fälle.

Debrunner, Züric

The Journal of the American Medical Association.

89., Nr. 3, 16. Juli 1927.

[...]ngenembolie im Anschluß an eine Sauerstoffinjektion in das [...] In einem Falle von Pneumarthrosis kam es zu Lungenembolie [...]rzkollaps unmittelbar im Anschluß an eine O-Injektion seitens [...]ssistenten. Auf den Herzstillstand folgte innerhalb 5 Minuten [...]en der Atmung. 10 Minuten lange künstliche Atmung war [...]s, eine Injektion von Epinephrin ins Herz brachte den [...]n in das Leben zurück. Der Zwischenfall war das Resultat [...]alschen Injektionstechnik (O-Injektion in den Blutkreislauf), [...]rf. teilt den Fall mit, nicht um diese oft benutzte, sehr wert- [...]Untersuchungsmethode zu diskreditieren, sondern um eine [...] Beobachtung aller Vorsichtsmaßregeln bei der Injektion an- [...]. Entfernung der Spritze von der Kanüle, um festzustellen, [...] ausfließt. Man muß sicher sein, daß die Nadel frei im Gelenk [...]e Injektion einer kleinen Gasmenge muß die Ausdehnung eines [...]eils sichtbar machen, und nur dann darf dieselbe fortgesetzt [...]. Am leichtesten vermeidet man Blutgefäße, wenn man die [...]o einführt, daß die Spitze hinter der Patella liegt. Bei seinen [...]Erfahrungen hat Verf. oft zuviel Gas eingeführt, ohne je Nach- [...] erlebt zu haben. Das überflüssige Gas infiltrierte subkutanes [...], Zwischenmuskelschichten und Muskeln selbst, war aber [...] bis 72 Stunden resorbiert.

[...] Augenhintergrund bei akuten Toxämien. Auf der Grundlage [...]ntersuchung von 850 akuten Toxämien (Pneumonie, Dyämie, [...]mie, Sinusitis, Enzephalitis u. a.) kommt Verf. zu dem Schluß, [...]se Erkrankungen sehr häufig Veränderungen des Augenhinter- [...], als lokale Erscheinung einer allgemeinen Reaktion hervor- [...]deren Grad von Art und Schwere der Infektion abhängig ist. [...]r kommt es zu Netzhautblutungen, degenerativen Verände- [...] der Retina in Form weißer Flecken und sogar zu Papillitis. [...]n sind Reaktionen, wie eine einfache Hyperämie, leichte [...]on der größeren Gefäße, ein geringer Grad von Oedem der [...] und der umgebenden Netzhaut so häufig, daß sie fast als [...]omonisch gelten können und daher von praktischer Wichtig- [...] Diagnose und Prognose sind.

[...]ie Zuführung eines Kontrastmittels in kolloidaler Form bei [...]olezystographie. Keiner der bisherigen Wege (innerliche [...]ng des Tetrajods mittels der Duodenalsonde, auf rektalem [...]n Kapseln mit formaldehydgehärteter Gelatine, Karbolsalizyl, [...]) ist wirklich zufriedenstellend. Da man oft gute Bilder von [...]allenblase trotz ungelöst bleibender Kapseln erhält, so muß [...]einere als die übliche Dosis genügen, was verständlich ist, da [...] os gegebene Dosis direkt durch die Pfortader in die Leber [...]. Ein großer Nachteil ist ihre Reizwirkung in konzentrierter [...]uf die Schleimhaut. Stärkere Abführwirkung läßt sich durch [...]Opium, das man mit den Drogenkapseln zusammen gibt, ver- [...]. Eine nachteilige Wirkung der harten unlöslichen Kapseln [...]etwa vorhandenes Ulcus duodeni läßt sich nicht von der Hand [...]. Bei den Versuchen, die Droge ohne Kapseln zu geben, [...] eine Dosis unter 2,5 g für den Erwachsenen. Zur Ver- [...]ung der Reizwirkung eignete sich als Vehikel am meisten eine [...]ng von Sahne und Wasser aa. Zur Neutralisierung des Magen- [...]wurde am besten ein Pulver von 1 g Natr. bicarb. und 2 g [...]arb. praecip. in einem Weinglas Wasser unmittelbar vor der [...]gereicht und halbstündlich bis zum Einschlafen wiederholt. [...]se Weise wurden gute Bilder erzielt. In einigen Fällen [...] Erbrechen, jedoch so spät, daß genügend von der Droge [...] resorbiert war. Wenn dieselbe ½ Stunde zurückgehalten [...]t eine Sichtbarmachung der Blase in allen normalen Fällen [...]. Da die meisten cholezystographierten Personen an Magen- [...]en leiden und zu Uebelkeit neigen, ist es angezeigt, ½ Stunde [...]n ersten Alkalipulver 0,3 g Medinal zu geben. Bei Hinzu- [...]on Natr. bicarb. zu der Drogenlösung ergab sich ein Präzipitat, [...]e derartige Suspension gab gute Schatten. Durch Zugabe [...] O_2-haltigem Wasser zu der Drogenlösung oder Durchleiten [...] O_2-Stromes bis zur Entfärbung erhielt Verf. ein kolloidales, [...]räzipitat, das in einer dünnen Lösung von Tragakanthgummi [...]ständig war. Diese milchige Mischung von nicht schlechtem [...]ack wurde gut vom Magen vertragen und erzeugte kein [...]en. Sie ließ sich nach Art der kolloidalen Silberpräparate [...] Form bringen und konnte ohne Reizung von Magen und Darm [...]inckapseln verordnet werden. Diese Form ist so löslich und [...]rbar, daß sehr oft schon 1 g der Droge bei normalen Personen [...]n gab. Mehr als 2 g waren niemals nötig. Sie wurden nach einem frühen, leichten Abendessen um 9 bis 10 Uhr abends verabreicht und gaben am nächsten Morgen bei Gesunden einen guten Schatten, der in der 16. Stunde noch schärfer wurde und kurz nach einer Mahlzeit verschwand. Da die Resorption der Droge wahrscheinlich nur im Colon ascendens vor sich geht, ist es nützlich, zur Verstärkung der Alkalität im Darm ½ Stunde vor dem letzten Abendessen 1 Teelöffel von Natr. bicarb. und Natr. phosphor. (1:2 Teile) in einer Tasse heißen Wassers zu geben. Auch Magnesia oder Galle mag zu diesem Zwecke nützlich sein. Phenoltetrajod ist dem Tetrajodphenolsalz vorzuziehen, aber einstweilen viel zu teuer. Zur Vermeidung einer eventuellen Stase im Coecum ist eine vorhergehende Darmreinigung angezeigt.

Ultraviolette Strahlung des Sonnenlichts und der Glühlampen und ihre Durchgängigkeit durch Fensterglas und Ersatzglas. Im Sonnenspektrum während der Wintermonate in Chikago erscheinen nur wenig ultraviolette Strahlen von der bekannten physiologischen Bedeutung, sie werden bis zu einem hohen Grade durch den Rauch der Atmosphäre absorbiert. Glühlampen von 300 Watt senden Strahlen in der ultravioletten Gegend des Spektrums aus, die denen der Quarzlampen sehr nahe kommen. Das gewöhnliche Fensterglas läßt nur wenig von den wirksamen ultravioletten Strahlen des Sonnenlichts passieren, im Gegensatz zu dem klaren Vitaglas, das dem Quarz in dieser Beziehung fast gleichkommt.

Präliminare Diverkulostomie bei Blasendivertikel. Ein ungewöhnlicher Fall. Bei dem 73jährigen Patienten mit Prostatahypertrophie und Harnverhaltung wurde infolge Unmöglichkeit des Katheterismus bei sehr schlechtem Allgemeinbefinden mittels suprapubischer Inzision eine Blasendrainage ausgeführt. Mittels Zystoskopie von der Blasenfistel aus 18 Tage später gelang es nicht, Uretermündungen, Trigonum, Prostata zu lokalisieren, wohl aber in der rechten Seitenwand eine Divertikelöffnung und kleine Steine sichtbar zu machen. Erst ein Zystogramm nach Einführung von 250 ccm 5prozent. Jodnatriums durch den Drainagekatheter klärte den wahren Sachverhalt auf. Der Katheter führte in eine große, in der linken Beckenhälfte gelegene birnförmige Höhle mit regelmäßigen Umrissen, die durch einen engen Kanal mit einer ebenso großen, in der rechten Beckenhälfte gelegenen Höhle in Verbindung stand, welche durch ihre unregelmäßigen Umrisse als Balkenblase erkennbar war, in deren unterem Abschnitt ein Füllungsdefekt als großer intravesikaler Prostatalappen angesprochen werden mußte. Das viel höher als gewöhnlich entspringende Divertikel war ungewöhnlicherweise nach vorne in den prävesikalen Raum getrieben und hatte zur Zeit der vermeintlichen Zystostomie bereits die Mittellinie überschritten. Die falsche Diagnose hatte keine Nachteile, sondern die Divertikulostomie erwies sich sogar als sehr vorteilhaft. 1½ Monate nach der ersten Operation wurde mit Hilfe eines Youngschen Prostata-Traktors das Divertikel extravesikal mit einer Anzahl von Steinen entfernt, und eine Prostatektomie angeschlossen. Heilung.

Weitere experimentelle Studien über die Cholezystographie. Die toxischen Wirkungen des intravenös injizierten Tetrajodsalzes in großen Dosen sind von mehreren Seiten nachgewiesen worden. Versuche an 2 Hunden, denen per os oder durch direkte Einführung in verschiedene Teile des Dünndarms wechselnde Mengen der Droge von 3,8 bis 31,6 g in geteilten Dosen innerhalb eines Zeitraums von 2 Monaten zugeführt waren, ergaben, daß selbst große Dosen keine degenerativen oder nekrotischen Veränderungen in Leber und Niere erzeugten. Auch der Harn blieb vollkommen normal. Die Droge wurde entgegen den Beobachtungen von Rowntree und Abel nicht nur im Dickdarm, sondern auch im Dünndarm resorbiert. Nach Abbinden des 1. Duodenalabschnitts und des peripheren Ileumteils und Injektion einer großen Menge Tetrajod in den 2. Duodenalabschnitt ließ sich die Gallenblase bei drei Hunden sichtbar machen.

Ein Fall von Durchbruch eines Magenulkus bei einem 5 Tage alten Kinde. Die Magenulzera sind in der frühesten Kindheit im Vergleich zu den Duodenalulzera sehr selten, Verf. fand in der Literatur nur 3 Fälle von Perforation eines Magenulkus bei Kindern unter 2 Monaten. Er bringt den Fall eines neugeborenen Kindes (3,8 kg Gewicht), das am dritten Tage Fieber, am vierten Tage blutigen Stuhl und Erbrechen, am fünften Tage, 24 Stunden vor dem Tode, wahrscheinlich im Augenblick der Perforation, eine rasche Ausdehnung des Abdomens infolge freier Gasentwicklung in der Peritonealhöhle bekam. Die Autopsie ergab ein Ulkus an der großen Kurvatur. Die Prognose eines Ulkus ist stets sehr ernst im Hinblick auf den geringen Blutverlust, den so junge Kinder vertragen.

Fraktur des Os trigonum. Das Vorkommen eines Os trigonum ist häufiger, als es diagnostiziert wird, es wird irrtümlich als Exostose, Knochensporn u. a. angesprochen oder auch ganz übersehen. Auch Frakturen des Os trigonum sind nicht außergewöhnlich selten und von großer diagnostischer Bedeutung. Bericht über zwei röntgenographisch diagnostizierte Fälle.

Ein universaler Indikator für H-Ionenkonzentration. Für klinischen Gebrauch zu rascher ungefährer Bestimmung einer pH zwischen 1,0 bis 10,0 eignet sich die folgende Mischung, da sie mit wechselnder H-Ionenkonzentration einen kontinuierlichen Farbenwechsel gibt: Phenolphthalein 0,1, Methylrot 0,2, Dimethylaminozobenzin 0,3, Bromthymolblau 0,4, Thymolblau 0,5. Lösung in 500 ccm absolutem Alkohol und Hinzufügen von $^1/_{10}$ Normal-Natriumhydroxydlösung, bis das Rot verschwindet und die Lösung gelb wird (pH 6,0). Ein Tropfen dieses Indikators wird mit 1 ccm der zu untersuchenden Flüssigkeit gemischt, die Farben gleichen denen des Spektrums. Rot entspricht einer pH 2,0 (sehr stark sauer), orrange einer pH 4.0 (stark sauer), gelb einer pH 6,0 (schwach sauer), grün einer pH 8,0 (schwach alkalisch) und blau einer pH 10,0 (stark alkalisch).

Rontal.

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

Vol. XII, Nr. 9, Juni 1927.

Die diagnostische Bedeutung des Zuckergehaltes in der Zerebrospinalflüssigkeit. Der normale Zuckergehalt des Liquor cerebrospinalis schwankt zwischen 60 und 90 mg%. Poliomyelitis, Enzephalitis, Hirntumor und andere nichtbakterielle Erkrankungen des Zentralnervensystems lassen den Liquorzucker unbeeinflußt. Dagegen findet sich eine mäßige Verminderung des Liquorzuckers bei der tuberkulösen Meningitis und eine starke Herabsetzung bis zur völligen Aglykorhachie bei den eitrigen Meningitiden.

Walter Goldstein, Berlin.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy.

Vol. XVIII, 1.

Die Wirkung einer Röntgenkastrationsdosis auf das Kaninchenovar. Experimentelle Untersuchung mit klinischer Auswertung des Problems der Ovarienbestrahlung. Bei der Ableitung klinischer Schlüsse von tierexperimentellen Ergebnissen müssen die Versuchsbedingungen entsprechend den menschlichen Verhältnissen auch am Tier gleichmäßig physiologisch gestaltet sein. So entsprechen 170% der menschlichen HED beim Kaninchen der Kastrationsdosis, welche bei diesem Tier jedoch eine völlige Epilation erzielt, etwa um die 7. Woche nach der Bestrahlung. Die Tertiärfollikel sind die gegen die Kastrationsdosis empfindlichsten, die Ovula werden zuerst ergriffen, während die interstitiellen Zellen oder Drüsen (oder das Corpus luteum) am widerstandsfä[illegible] sind. Die sogenannte Kastrationsdosis beeinträchtigt nicht ge[illegible] die Primärfollikel in ihrer normalen Funktion, nachdem die R[illegible] amenorrhoe vorüber ist. Diese Amenorrhoe ist auf das Pers[illegible] der interstitiellen Drüse zurückzuführen, welche nach der Zer[illegible] der Tertiärfollikel vorherrschend werden und die Primärfol[illegible] Schach halten. Die erste Wirkung der Kastrationsdosis trägt [illegible] lierenden Charakter, wie aus dem beschleunigteren Tem[illegible] Reifeprozesses der Follikel, deren Eier der Degeneration v[illegible] ehe noch ihr Zyklus vollendet ist, hervorgeht. Die sog[illegible] stimulierende Wirkung der Röntgenstrahlen ist tatsächli[illegible] indirekte Resultat einer Proteinkörpersensibilisierung, wie [illegible] Folge des Abbaus der mehr radiosensiblen Ovarienelemente z[illegible] kommt. Temporäre Kastration kann, bei jüngeren Person[illegible] besondere, erreicht werden und die Kastrationsdosis st[illegible] umgekehrten Verhältnis zum Alter. Die Ovarienbestrahlu[illegible] wenn nicht in den ersten Monaten der Schwangerschaf[illegible] genommen, ohne Schaden für die Nachkommenschaft und soll[illegible] Furcht angewendet werden, wenn eine dauernde oder v[illegible] gehende Ausschaltung der Ovarientätigkeit angezeigt erschei[illegible] klinische Furcht vieler Gynäkologen und Geburtshelfe[illegible] Schwangerschaften nach Ovarienbestrahlungen bei der Nachk[illegible] schaft körperliche oder geistige Defekte im Gefolge haben, [illegible] bis jetzt noch nicht begründet werden.

Knochenhöhlen — eine röntgenologische Untersuchung. [illegible] dem Terminus Knochenhöhlen sind zwei Gruppen versch[illegible] Aetiologie zusammengefaßt: 1. Infektionen (Osteomyelitis, [illegible] kulose, Syphilis und parasitäre Erkrankung) und 2. hämorrh[illegible] (expansive, hämorrhagische Zyste oder Knochenzysten). [illegible] zeichnung Knochenhöhle hat lediglich anatomische und pathol[illegible] Bedeutung. Dazu kommt, daß verschiedene Pathologen für K[illegible] zysten nicht die nämliche Pathogenese annehmen. Auf Gr[illegible] pathologischen Befunde, der klinischen und röntgenolo[illegible] Ueberlegungen muß eine Klassifikation der Knochenhöhlen ge[illegible] werden. Hinsichtlich der drei Hauptgruppen von Zyste[illegible] Solitärzyste (Osteitis dystrophia cystica von Mikulicz), der [illegible] fibrosa localisata und der Osteitis fibrosa generalisata beste[illegible] große Verwirrung hinsichtlich der Interpretation und des [illegible] nisses der drei Gruppen untereinander. Besonders hinsicht[illegible] Grenze der Beziehungen zwischen der Solitärzyste und der [illegible] fibrosa bestehen Zweifel, ob die Solitärzyste nicht lediglich [illegible] sonderer Typ der Osteitis fibrosa ist. Alle drei Typen [illegible] aber wohl die gleiche Natur. Die Osteitis fibrosa und die [illegible] zyste sind keine Krankheitseinheiten, sondern Symptomenko[illegible] expansiver hämorrhagischer Zysten, begleitet von Markfibro[illegible] Knochenumbau in verschiedenen Verhältnissen. Sie kommen [illegible] Traumen, vielleicht auf der Basis eines minderwertigen [illegible] systems zustande. Dieser Symptomenkomplex kann ve[illegible] lokalisiert in normalem Knochen sein oder multipel, generalis[illegible] Knochensystemerkrankung (Malazie, Porosis) oder schließlic[illegible] die Form der Osteitis deformans Paget annehmen. Die exp[illegible] hämorrhagische Zystenbildung kann in ihren Röntgenerschei[illegible] unilokulär (seifenblasenähnlich) oder multilokulär (schwamm[illegible] honigwabenähnlich) sein oder verschiedene Variationen der [illegible] sation darbieten. Die Knochenschale kann zur Spindel- ode[illegible] form aufgetrieben sein. Sie ist gleichmäßig dünn. Periost u[illegible] lenke werden im Laufe der Zeit durchbrochen in mehrfacher [illegible] entsprechend dem pathologischen Zustand (verminderte Re[illegible] des Knochens als prädisponierendem Faktor. Nahe der zys[illegible] Erkrankung findet man auch pathologische Erscheinungen in [illegible] der Malazie, der Porosis oder der Osteitis deformans Page[illegible] Diaphysenenden der langen Knochen des jugendlichen Sklet[illegible] die Prädilektionsstellen. Im klinischen Bild wird der Schme[illegible] weder durch Unterbrechung der Knochenkontinuität oder [illegible] Beeinträchtigung der Elastizität mit Verletzung des Perios[illegible] ursacht. Daher ist der Sitz der Zyste wichtig für die k[illegible] Diagnose. So kann eine Zyste wechselnden Charakters [illegible] oberen Extremität unerkannt bleiben, wohingegen eine Zyste [illegible] Art in einem mechanisch belasteten Teil der Unterextremit[illegible] klinisch verrät.

Weitere Untersuchung der emphysematösen Blasenbildung [illegible] bereits früher ausgeführt, entstehen Luftansammlungen unt[illegible] Pleura durch Einrisse der anliegenden Alveolen. Die Wand [illegible] Blasen ist demnach recht dünn und nach außen über die L[illegible] fläche vorgewölbt. Davon unterscheidet sich eine andere Art [illegible] welche innerhalb der Lunge durch Einriß der Alveolenzw[illegible] wände entsteht.

Ein perforiertes Ulkus täuscht ein Magendivertikel vor. [illegible] Fall soll die Aufmerksamkeit auf die möglichen Schwierigkeit[illegible] differentialdiagnostischen Unterscheidung von Magendivertik[illegible] perforiertem Magengeschwür lenken. Der Abszeßsack lag [illegible] Hinterwand der Kardia, nahe der großen Kurvatur. Seine R[illegible]

nungen machten den Eindruck eines Divertikels mit maligner ration. Die Autopsie zeigte indessen, daß die divertikelen Anzeigen von einem perigastritischen Abszeßsack her-. Die Unregelmäßigkeiten der Wand des vermeintlichen kels kamen von einem benignen Adenom, welches vom freien es Geschwürs ausging. So ist es denkbar, daß einige der in eratur berichteten Divertikel ohne operative oder autoptische ng tatsächlich perforierte Ulzera sind.

Fall von infektiösem Ileus oder Pseudomegakolon. Ein mjähriger begann mit leichtem Husten, Uebelbefinden, Ver-g und Erbrechen. Die Verstopfung war weder durch Abführ-noch durch Einlauf zu beheben. Er fieberte hoch. Er asthenisch, das Abdomen aufgetrieben, er machte einen en Eindruck. Auf der Brust waren einige Rasselgeräusche n. Keine Drüsenschwellung, keine Kardiovaskulärerschei- Die erste Vermutung ging auf eine Lungentuberkulose mit irer tuberkulöser Peritonitis. Röntgenologisch zeigte sich ungentuberkulose, das Kolon jedoch war besonders für einen en außerordentlich erweitert, ließ aber weder eine Ge-tbildung, Verengerung noch einen Knick oder ein Band, nen oder Spasmen erkennen. Die Erweiterung war diffus streckte sich von der Ileokoekalklappe bis zum Rektum. nden nach der Röntgenuntersuchung war die Temperatur der Patient hatte einige Entleerungen und fühlte sich wohl. und zehn Wochen später aufgenommene Röntgenbilder des zeigten keinen Befund, der etwa wesentlich von der Norm chen wäre. Gegen Hirschsprungsche Krankheit, die in den der Betrachtungen gezogen werden konnte, sprach, daß ge Mensch bisher nie verstopft war. Denn alle Erkrankungen e Hirschsprungs wurden bereits in der Kindheit beobachtet. nsicht des Autors handelt es sich in vorstehendem Falle um rese des Kolons infektiösen Ursprungs.

J. Kottmaier, Mainz.

The journal of Urology.

18., Heft 1.

Gonorrhoische Arthritis beim erwachsenen Manne. Die Wechsel-hungen zwischen klinischen und urologischen Befunden. Be-lug mit Einspritzungen in die Samenblasen. Bei 14 Fällen mit roischen Arthritiden wurde eine Erkrankung der Samen-als Ausgangspunkt der Allgemeininfektion festgestellt. Es ch Uebereinstimmung zwischen den Befunden an den Ge-und der Samenblasenerkrankung. Die Behandlung bestand lfachen Injektionen von Pregl'scher Lösung durch die Rektal-haut ni die Samenblasen. Die Arthritiden traten auf im akuten der Urethritis, bei chronischen oder rezidivierender Ure-s und nachdem die Urethritis bereits abgeklungen war. jektionen sind nach dem Verfasser dann angezeigt, die akute Spermatozystitis als Ausgangspunkt der Ge-rankung festgestellt worden ist, sowohl im akuten als akuten Stadium. Nach Beendigung der Einspritzungen die Adnexe massiert werden, um die Reste der n aus ihnen zu entfernen und die Samenblasen völlig sfähig zu machen. Bei chronischer Arthritis und Spermato-mag es fraglich sein, ob die Injektionen der Massage über-nd. Sie scheinen aber doch zur Behebung der Symptome äßig zu sein.

An Komplikationen wurden beobachtet: einmal ein steiler aturanstieg, wohl durch Verletzung des Peritonaeums bei spritzung, zweimal Erkrankung neuer Gelenke während der ung, vielleicht als Folge mangelhafter Technik bei der In-und zweimal Epididymitiden, als erstesten Zwischenfall.

Die Samenblasen werden durch die Injektionen nicht geschädigt. Das Sekret der durch Massage entleerten Organe enthielt in den meisten Fällen lebende Spermatozoen. Die Erfolge dieser Behandlung werden als gut bezeichnet.

Die Diagnose der Nebennierentumoren. Einteilung der Erscheinungen der Nebennierengeschwülste und Kasuistik. Man muß unterscheiden zwischen Geschwülsten der Nebennierenrinde und des Nebennierenmarks. Die Symptomatologie wirft ein interessantes Streiflicht auf die endokrine Funktion des Organes. Die Rindengeschwülste, zumeist Karzinome, rufen Veränderungen der Sexualorgane hervor im Sinne einer Vermännlichung. Bei Frauen tritt Virilismus und Pseudodermaphroditismus auf, bei männlichen Individuen verfrühte Pubertät. Daneben zeigt sich eine Erhöhung des Blutdruckes. Die Tumoren sind häufiger bei Frauen, Pigmentierung von Haut und Schleimhäuten wird nur in 3% der Fälle beobachtet, bei Tumoren des Nebennierenmarks überhaupt nicht. Die Gewächse des medullären Anteils der Nebennieren sind Neurozytosarkome und treten meist schon in der Kindheit auf. Sie rufen zwei Typen von Krankheitsbildern hervor: den Hutchison- und den Peppertyp.

Der einseitige Exophthalmus, meist auf den gleichen Seiten wie der Nebennierentumor, ist das charakteristische Zeichen des Hutchison'schen Typs. Er wird durch eine frühzeitige Metastase erzeugt. Dagegen sehen wir beim Tepper eine oft gewaltige Vergrößerung des Leibes durch Lebermetastasen.

Die Prognose besonders der Marktumoren ist ausnahmslos schlecht, gelegentlich wird über einen Fall von Heilung eines Rindentumors berichtet. Die Operabilität hängt u. a. auch davon ab, ob die Niere der gesunden Seite ausreichend arbeitet, da man oft mit dem Nebennierengewächs die Niere mit entfernen muß.

Unter 46 265 Aufnahmen in seinem Hospital beobachtete der Verfasser vier primäre Nebennierentumoren, zwei kortikale und zwei medulläre. Bei fünf anderen Fällen wurden Metastasen in den Nebennieren diagnostiziert, die dreimal durch die Obduktion bestätigt werden konnten. Ueber alle Fälle wird ausführlich berichtet.

Harnleitererweiterungen bei der Frau. Autoptische Befunde. Bei 115 aufeinanderfolgenden Obduktionen von Frauen fand sich in 31 Fällen eine Harnleitererweiterung (37%) und zwar doppelseitig 18 mal, rechts 11 mal und links 2 mal. Im ganzen wurden also 49 erweiterte Harnleiter beobachtet; 46 mal war das zugehörige Nierenbecken dilatiert. Schwangerschaft ist die häufigste Ursache der Ureterenerweiterung bei Frauen. Entzündliche Harnleiterstrikturen kamen 4 mal vor, darunter einmal doppelseitig, auch fand sich einmal eine rechtsseitige angeborene Striktur.

Der Wert der Verätzung bei der Behandlung am Blasenende eingeklemmter Uretersteine, die durch starkes Oedem der Uretermündung kompliziert sind. Studie an zwölf Fällen. Der Verfasser hat bei Fällen mit hochgradigem tumorartigem Oedem der Ureteralumgebung durch Verschorfung der Schwellung mit dem Hochfrequenzstrom Erfolge erzielt. Das Oedem selbst trägt dazu bei, den Ureterblock zu vervollständigen. Die Verschorfungen der Harnleiterumgebung riefen — oft ohne das intraureterale Manipulationen angewandt werden mußten — raschen Rückgang des Oedemes Besserung des subjektiven Befindens sowie Abgang des Konkrementes hervor. Diese Maßnahme soll nicht verwechselt werden mit der Inzision des Harnleiters durch Diathermie.

Ein Zystoskop zur Verschorfung von Blasentumoren. Das Instrument ist nach den Prinzipien von Mc Carthy und Frank Kidd aufgebaut. Es besitzt einen 20 Charr. dicken Hartgummischaft mit einer halbkugeligen Elektrodenspitze auf dem gebogenen Ende. Der Schaft ist innen durch eine Metallschicht verstärkt. Licht und Teleskop befinden sich im Schaft des Zystoskopes und geben ihm dadurch eine große Bewegungsfreiheit. Die Elektrode ist gut isoliert. Durch Dauerspülvorrichtung wird das Gesichtsfeld klar gehalten. Durch die schräg und vorwärts blickende Linse der Optik kann man die Spitze des Instruments, die Elektrode, stets sehen.

E. Lehmann, Hamburg.

Oriental Journal of Diseases of infants.

2., Heft 2 und 3, Juli 1927.

Studien über künstliche Ernährung der Säuglinge. 1. Ueber den Wert der Trockenmilch als Säuglingsnahrung. Der Arbeit liegen vergleichende Ernährungsversuche an weißen Ratten zu Grunde, die mit verschiedenen in Japan gebräuchlichen Milchpräparaten ausgeführt wurden. Verwendung fanden: Trockenmilch, Borden's Malzmilch, Lactogen, japanische Trockenmilch, holländische Trockenmilch, Horlick's Malzmilch, „Kinomeal" (japanisches Produkt) und Klim. Aus den Versuchen geht hervor, daß Borden's und Horlick's Malzmilch, sowie Kinomeal den jetzt geltenden Forderungen für Milchpräparate nicht in dem Maße entsprechen, wie die anderen zur Untersuchung herangezogenen Präparate. Ob diese bei Ratten gemachten Erfahrungen ohne weiteres auf Säuglinge übertragen werden dürfen, bedarf noch weiterer Untersuchungen.

Ueber den Typus der Dysenteriebazillen und Prognose der Kinderdysenterie in Dairen. Am häufigsten (26 mal) fand Verfasser den Y Bazillus, 19 mal Flexner, 5 mal Schigabazillen. Alle 3 Arten scheinen im Sommer öfter als in den Wintermonaten nachweisbar zu sein. Die Schigafälle zeigten den längsten Krankheitsverlauf (33 Tage) und die höchste Mortalität (23%), während bei Y- und Flexner-Infektionen die Erkrankung durchschnittlich 25 Tage dauerte bei einer Sterblichkeit von nur 8%.

Kinderdysenterie vom Standpunkte der Hausepidemie aus betrachtet. Unter Hausepidemie versteht Verf. Dysenterieerkrankungen mehrerer Geschwister. Geschwister männlichen Geschlechts erkrankten gemeinsam in 39%, die weiblichen Geschlechts in 33%. In 28% waren die ältere Schwester und der jüngere Bruder erkrankt, während eine Erkrankung zwischen älterem Bruder und jüngerer Schwester nicht beobachtet wurde. 60% der Fälle fielen in den Herbst, davon allein in den Monat September 47%. Obstgenuß konnte in 53% als Infektionsquelle festgestellt werden, während in 40% die Erkrankung auf den Genuß von Kuchen oder Süßigkeiten zurückgeführt werden konnte. Die jüngeren Geschwister erkrankten rascher als die älteren, bei denen hingegen Fieber, Anorexie und Leibschmerzen ausgesprochener bestanden. Im allgemeinen nimmt die Erkrankung bei den jüngeren Geschwistern einen schwereren Verlauf, das gilt auch hinsichtlich der Diarrhoe, der Intoxikationserscheinungen, der Herzschwäche und den Komplikationen namentlich von seiten der Atmungsorgane. Bei jüngeren Geschwistern traten in 50%, bei den älteren nur in 22% Komplikationen hinzu. Entsprechend verhielten sich die Sterblichkeitsziffern (22% bzw. 11%). Die Agglutinationskraft des Blutserums war bei den jüngeren niedriger als bei den älteren Geschwistern. Am häufigsten wurde der Flexnerbazillus nachgewiesen. Nicht immer erkrankten die Geschwister an Infektionen desselben Bazillentypus. In 36% wurden verschiedene Typen bei den einzelnen Geschwistern isoliert.

Ueber die Blutsenkungsgeschwindigkeit bei Säuglingslues. Die durchschnittliche vom Verf. in Fällen von Säuglingslues (Methode? Ref.) gefundene Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (S. R.) betrug 3,8 cm. Bereits nach der zweiten Injektion von Novoarsenobenzol Billon besserten sich die Senkungswerte, um mit fortschreitender Injektionszahl allmählich normal zu werden. Hand in Hand mit dem Schwinden der klinischen Erscheinungen ging die allmähliche normale Einstellung der S. R., die Wassermannsche Reaktion blieb aber trotzdem noch positiv. Verf. sieht in der S. R. ein diagnostisches Hilfsmittel bei der Säuglingslues und meint auch durch regelmäßig vorgenommene S. R.-Bestimmungen den Heilungsprozeß gut kontrollieren zu können (ein Optimismus, den Ref. nicht teilen kann).

Ueber das Blutbild und den Befund der Spinalflüssigkeit bei Heredolues. Die Untersuchung des Blutbildes in 52 Fällen und der Spinalflüssigkeit in 20 Fällen von Lues congenita ergab in 63% eine absolute Verminderung der Erythrozyten und in 73% verminderten Hämoglobingehalt. In 22,5% bestand eine absolute Leukozytose, in 32% eine Lymphozytose. Lymphozytose, positive Globulinreaktion und vermehrtes Eiweiß im Lumbalpunktat fand Verf. häufiger bei Säuglingen als bei älteren Kindern. Nicht immer stimmten die Ergebnisse der WaR. mit denen anderer, ähnlicher Reaktionen überein. Eine positive WaR. in Liquor und Blut war fast in allen Fällen von Neurosyphilis zu erhalten.

Versuche über den Einfluß von Dysenterietoxin auf ein überlebendes Darmstück des Kaninchens. 5 verschiedene Toxine, von Schiga-, Y-, Flexner-, Strong- und Oga-Bazillen, fanden bei den sehr umfangreichen Untersuchungen Verwendung. Das Toxin wurde durch Filtration der betr. Dysenteriebazillenemulsion durch Chamberlainfilter gewonnen und stellte eine farblose, durchsichtige Flüssigkeit dar. Die Toxinwirkung wurde an den verschiedenen Darmabschnitten (Duodenum, Jejunum, Ileum, Dickdarm und Rektum) des Kaninchens studiert. Es zeigte sich, daß Duodenum und Jejunum durch das Toxin gereizt, die anderen Darmabschnitte hingegen gelähmt wurden. Am stärksten war die erregende Wirku das Duodenum, während die stärkste Hemmung auf das Rektu geübt wurde. Bei Anwendung des Inouje'schen Apparates dieselben Befunde erhoben. Die Wirkung des Toxins schein zipiell von der Toxinkonzentration unabhängig zu sein, es schv lediglich die Stärkegrade der Reizung und Lähmung mit de schiedenen Toxinkonzentrationen. Die toxische Wirkung is Muskel- keine Nervenwirkung. Die Toxine der einzelnen B typen sind im allgemeinen von gleicher pharmakologischer W wenigstens konnte Verf. wesentliche Unterschiede nicht fest Hitze von 100 Grad C setzt die Wirkung der Toxine in etw ab. Verf. erhielt durch gewisse Aufarbeitung der Bazillen, di näher angegeben wird, drei verschiedene Rückstände, nämli ätherextrahiertes Lipoid, alkohollösliches, zersetztes Eiwei endlich ein Gemisch aus diesen beiden. Die Versuche mit Rückständen ergaben nun, daß nur das alkohollösliche, ze Eiweiß reizende bzw. lähmende Wirkung auf die verschi Darmabschnitte des Versuchstieres hatte. Das in dem Dyse toxin enthaltene giftige Eiweiß ist demnach für Reizung und Lä der Darmmuskulatur verantwortlich zu machen.

Käck

Buchbesprechungen.

Mededeelingen van het Rijksinstituut voor Pharmac peutisch Onderzoek. Nr. 13, 1927. — Sim Ki Ay von der klinik in Leiden teilt seine Untersuchungen über die antirach Wirkung bestrahlten Ergosterins mit. Eine günstige Beeinfl liegt unzweifelhaft vor. Die Resultate sind tabellarisch und genologisch näher erläutert. Es folgt eine Untersuchung an eines Wunsches nach Kontrolle der Angaben der Firma, d Vitaglas herstellt. Die Durchlässigkeit dieses Glases für violette Strahlen ergibt sich aus der Abbildung der Spektra: glas läßt erheblich mehr kurzwellige Strahlen durch, als Gläser. Ausführlich untersucht und besprochen werden eine Anzahl Präparate aus allen Ländern, z. B. Acetylarsan und darsan, Novochimosintabletten, Olobintin, Terpichin, Normaco Zahlreiche Geheimmittel, Spezialitäten und auch üble Reklam sind untersucht, viele enthalten unter geheimnisvoller Ankün bekannte Heilmittel in einer unordentlichen und unzuverlässig sierung. Viele sind schädlich oder können schaden, wen Publikum sie kritiklos gebraucht.

Kurt Heymann, Be

Sittlichkeit und Strafrecht. Gegenentwurf zu den bestimmungen des amtlichen Entwurfs eines Allgemeinen Deu Strafgesetzbuches über geschlechtliche und mit dem Geschl leben in Zusammenhang stehende Handlungen nebst Begrü herausgegeben vom Kartell für Reform des Sexualstraf 100 S. 1927. Verlag der Neuen Gesellschaft. Berlin-Hessenv Preis 2,— M. — Der jetzt nunmehr dem Reichstag vorliegende Entwurf des Strafgesetzbuches dürfte zum Teil auch die A schaft interessieren. Besonders wichtig sind vom ärztlichen punkt aus die viel diskutierbaren Paragraphen, die spezi Sexualstrafrecht behandeln. Da man darüber in der komm Session des Reichstages eine scharfe Debatte erwarten darf, w auch die Aerzte dazu Stellung nehmen müssen. Die vorlie Schrift entstand unter dem Redaktionskomitee von Prof. Halle, Dr. Kurt Hiller, San.-Rat Dr. Magnus Hirsch Dr. med. et phil. Arthur Kronfeld, Richard Linsert, Dr. Heinz Stabel, Dr. phil. Helene Stöcker, Dr. Felix T haber, Dr. Siegfried Weinberg (Mitglied des Preußi Staatsrates) und Justizrat Dr. Johannes Werthauer. (Als antwortlicher Endredakteur zeichnet der bekannte rechts sophische Schriftsteller Dr. Kurt Hiller.) Sie behandelt ki den ganzen Problemenkomplex des Sexualstrafrechtes und s in knapper und exakter Weise Verbesserungen vor. Obwoh dem vorliegenden Gegenentwurf viele Aerzte sich wohl kaum verstanden erklären werden, ist seine Lektüre sehr zu empf zumal dieser Gegenentwurf das Ergebnis einer langen sorgfä Kollektivarbeit eines Kreises von Juristen, Aerzten und Sozio verschiedener politischer Auffassung ist. Auc Name der Bearbeiter bürgt für seinen Ernst und seine W schaftlichkeit. Und trotz aller Wissenschaftlichkeit ist das doch so geschrieben, daß zu seiner Lektüre keine juristischen K nisse notwendig sind.

M. Kantorowi

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

/rlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854

'MMER 40 — BERLIN, DEN 7. OKTOBER 1927 — 45. JAHRGANG

Originalien.

Jber den Wert der Röntgendiagnostik für die inäkologie und Geburtshilfe des Praktikers.

Von

Dr. MAX SAMUEL, Köln a. Rh.

Die Röntgendiagnostik hat den Arzt, welcher in der Praxis steht a drei Richtungen auf dem Gebiete der Gynäkologie und Geburts- l wesentlich gefördert und ihn von der Klinik unabhängiger ge- ht; dies ist zunächst die Erkennung der Ursache mancher Sterili- bei der Frau, um dadurch den richtigen Weg zur Heilung zu en; sodann die Deutung und Heilung eines der verbreitesten enleiden: „die Kreuzschmerzen", und drittens die exakte Diagnose er Geburtsfälle, welche weder durch äußere noch rektale, oder ahmsweise innere Untersuchung richtig geklärt werden können. oft gibt dann die Röntgenaufnahme alle Grundlagen einer ziel- ußten Therapie.

Bei der Behandlung der weiblichen Sterilität ist es als ein Kunst- r zu bezeichnen, — gleichgültig ob man bei der Untersuchung n sichere Ursache für die Unfruchtbarkeit der Frau findet oder t, — wenn nicht vor der Behandlung das Sperma des Ehemannes oskopisch untersucht wurde. Sind die Spermatozoen einwandfrei bdig, so muß speziell die Tatsache berücksichtigt werden, ob es der Frau eine primäre Sterilität ist, — d. h. es ist weder eine rt noch ein Abort vorhergegangen —, oder eine sekundäre ilität, deren häufigste Ursache der Verschluß der Tuben nach n Abort ist. Erst hiernach kommt statistisch die Einkinderehe Folge eines Trippers und primäre Unfruchtbarkeit durch die im ng der Ehe, oder vorher überstandene Gonorrhoe. Es liegt rhalb meiner Ausführungen, darauf einzugehen, welche Verfahren nzweckmäßigsten erscheinen zur Behebung der Sterilität; an- gen von der Sonde zur Laminariadehnung, Fructulet ebenso wie lingschen Spülkur mit einem höchstens drei Tage liegenbleibenden röhrchen, Kürette mit und ohne nachherige Tamponade, ander Adamsche Operation usw.

Es ist in allen Fällen von Sterilität das Scheiden- und Uterus- ket auf seine Reaktion und den Reinheitsgrad zu untersuchen, da lurch sehr oft eine Sterilität bedingt sein kann. Wie wäre sonst manchmal überraschende Heilung durch eine alkalische Spülung rklären?

Die Forschungen amerikanischer Autoren haben uns durch die eckung der Tubendurchblasung und die Röntgenaufnahme des tus und der Tuben ganz wesentlich gefördert in der Erkenntnis Ursache bestimmter Fälle von primärer und sekundärer Sterilität. i oft kommt in die Sprechstunde eine Frau mit dem sehnsüchtigen sche nach einem Kinde, welche von den verschiedensten Prak- n und Spezialisten behandelt wurde. Und doch kat keiner das ästliegende gemacht: festzustellen, ob nicht ein Tubenverschluß egt, und damit jegliche der bisherigen Methoden unangebracht i. Einer Frau leuchtet sofort die Erklärung ein, warum Ei und entierchen bei einem Verschluß des Eileiters nicht zusammen- rnen können. Der Praktiker, welcher keinen Röntgenapparat und e Klinik zur Verfügung hat, wird mir sagen, diese Methoden gut und wohl, aber nur für den klinischen Gebrauch; und doch upte ich, daß Tubendurchblasung und Röntgenaufnahme bei Be- ung der nötigen Vorsicht auch dem Praktiker möglich sind. Ich rige weder über einen Röntgenapparat, noch habe ich die Klinik, m ie Patientinnen hierzu aufnehmen zu können. Es ist für mich eine Genugtuung, daß Praktiker, nachdem sie einmal die Methodik gesehen hatten, die Verfahren beherrschten. Selbstverständlich macht man nach einer erfolgreichen Tubendurchblasung keine Röntgenaufnahme, denn meiner Ansicht nach hat eine Röntgenaufnahme nur dann Zweck, wenn bei der Durchblasung ein Tubenverschluß festgestellt wurde, um im Bilde oder bei der Durchleuchtung Art und Sitz der verschlossenen Tube zu finden. Vor einer Tubendurchblasung bzw. Röntgenaufnahme ist Scheiden- und Uterussekret auf seinen Reinheitsgrad zu untersuchen, damit jeder suspekte Fall ausgeschlossen wird. Eine puerperale oder gonorrhoische Adnexentzündung soll mindestens zwei Jahre abgeklungen sein. Vor der Behandlung ist noch für Entleerung der Blase und des Darmes zu sorgen, und die Patientin darauf aufmerksam zu machen, daß sie zwei bis drei Tage nachher liegen soll mit genauer rektaler Messung. Tritt irgendwelche Störung ein, so ist der Arzt zu benachrichtigen. Am fünften bis sechsten Tage bestelle ich die Patientin wieder zur Sprechstunde.

Doch nun die Technik. Am einfachsten und sichersten ist m. E. immer noch das Originalverfahren des eigentlichen Entdeckers der Tubendurchblasung, des Amerikaners Rubin. Um ohne jede Assistenz auszukommen, habe ich die in Abbildung 1 und 2 dargestellte, sich selbst haltende Kanüle konstruiert. Nach Einführung einer hinteren Selbsthalteplatte und Sichtbarmachung der Portio durch eine vordere Platte, wird die Portio mit Kugelzange angehakt, die Kanüle bis zum Gegenhalt am Gummikonus eingeführt, und das Schloß der Kugelzange in den verschiebbaren Schlitten auf der Kanüle mittelst der Stellschraube eingespannt. Man läßt nun Sauerstoff oder Kohlensäure so langsam durchströmen, daß ein Quecksilbermanometer in 10 bis 15 Sekunden bis 100 mm ansteigt. Der Druck ist höchstens bis 180 bis 190 mm Hg zu steigern, und bei Undurchgängigkeit sofort zu



Abb. 1

Durchblasungskanüle mit Halterahmen und Gummikonus.

unterbrechen durch Abziehen des Schlauches. Zu der nun folgenden Röntgenaufnahme wird nur die hintere Selbsthalteplatte entfernt, während Kugelzange und Kanüle liegen bleiben.

Die Frau wird längs gelegt und eine Kontrastlösung (25—35% Bromnatriumlösung, Lipojodol, Kontrastol oder Umbrenal) durch eine einfache kalibrierte Glasröhre, welche mit einem Quecksilbermanometer wieder in Verbindung steht, mittelst Gebläse eingefüllt. Auch hierbei darf der Druck nie über 1800 mm Hg gesteigert werden. Nach Abklemmen des Gummirohres mit einem Quetschhahn kann man dann hinter den Röntgenschirm treten. Besser als lange Ausführungen ersieht man die Methodik aus den Abbildungen.

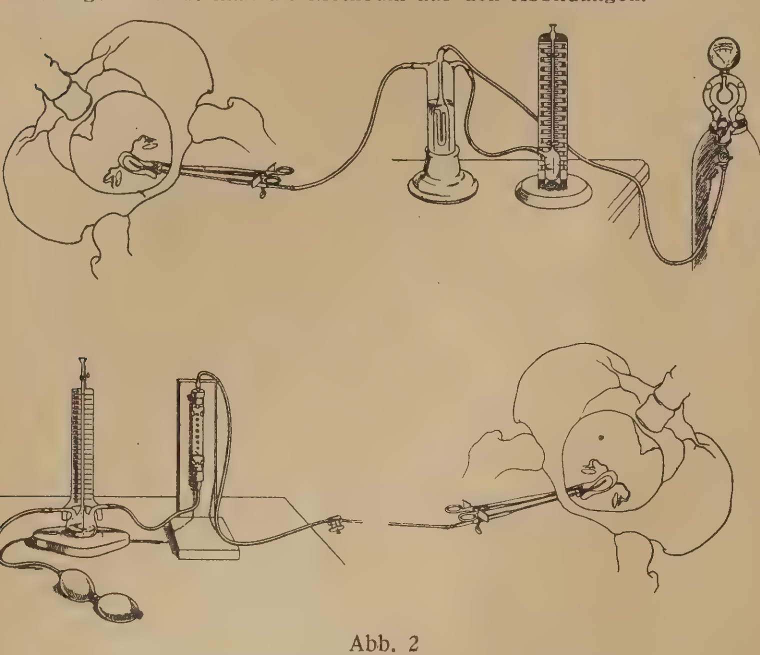


Abb. 2
Oben: Durchblasungsinstrumentarium. Unten: Instrumentarium für Utero-Salpingographie.

Zwei Dinge dürfen nicht unerwähnt bleiben, weil sie scheinbar einfacher, aber nicht so sicher und ungefährlich sind, „die Durchblasung mittelst einfacher Spritze und Federdruckmanometer und die direkte Einfüllung der Kontrastlösung mittelst Rekordspritze in die Kanüle mit und ohne Druck.“ Die Ohnedruckfüllung wurde zuerst in Amerika klinisch für physiologische Versuche und Serienaufnahmen verwandt und in Deutschland speziell von Dyroff propagiert. Sie eignet sich aber weniger für die Anwendung in der Praxis, weil hier sofort ein sicheres Bild benötigt wird, um der Patientin zur Operation zu- oder abraten zu können. Sitzt der Tubenverschluß nur am abdominalen Teile, so ist eine Operation mit vorsichtiger stumpfer Lösung der Verwachsungen und Verklebungen erfolgversprechend, wobei das Resultat mit dem gleichen Apparate auf dem Operationstische nachgeprüft wird. Sitzt der Verschluß am uterinen Teile, so sind die Aussichten nicht so günstig, trotzdem schon einige Fälle von Reimplantation der Tube mit nachfolgender Schwangerschaft gelungen sind.

Die Röntgenaufnahme hat bei Fällen von Myomen deshalb eine besondere Bedeutung, weil man je nach dem Sitze, ob submukös, subserös oder intramural Richtlinien für die Therapie (Bestrahlung oder Operation) findet. Ja es gelingt oft in differentialdiagnostisch schwierigen Fällen, wo man nicht weiß, gehört der Tumor dem Uterus oder den Adnexen an, durch das Röntgenbild die Diagnose zu sichern.

Vielleicht darf an dieser Stelle erwähnt werden, daß es mir durch diese diagnostischen Methoden gelang, eine neue Heilmethode für submuköse oder intramurale Myome und der Metropathia haemorrhagica zu finden, indem ich das Endo- und Myometrium mit hochkonzentrierten Salzlösungen (30% Bromnatriumlösung oder anderen Medikamenten) durchtränkte unter geringem Druck. Ob die Heilung eine Folge der wasserentziehenden und schrumpfungsanregenden Wirkung ist, wage ich noch nicht zu entscheiden.

Es ist für die Frau ein Glück, daß wir endlich so weit sind, nicht mehr jeden Fall von Rücken- und Kreuzschmerzen als die Domäne des Gynäkologen zu betrachten. Ich behaupte, nur in den seltensten Fällen haben die Kreuzschmerzen mit irgendeinem gynäkologischen Leiden zu tun. Es ist ein Unfug, jeder Frau, we mit Kreuzschmerzen in die Sprechstunde kommt, zu sagen, sie eine „Knickung“, daher „die Kreuzschmerzen“. Wie soll eine s winklige Anteflexio diese Schmerzen verursachen und bei mo Retroflexio ist es doch leicht, festzustellen, ob nach Lageverbesse mit Ring die Kreuzschmerzen verschwinden. Nur in diesem nahmefall ist vielleicht eine lageverbessernde Operation zu r fertigen, in all den anderen Fällen ist die Retroflexio mehr weniger physiologische Lage und damit ein „noli me tangere“. man bei einer Patientin mit Kreuzschmerzen die Anamnese erh insbesondere ihre Berufstätigkeit festgestellt, und Brust- und Ba organe untersucht, so soll man sich in jedem Falle den ganz blößten Körper ansehen, nachdem auch Schuhe und Strümpfe gelegt wurden.

Eine der häufigsten Ursachen der Kreuzschmerzen ist mit Plattfuß. Ich sage „mit“, denn er ist vergesellschaftet mit Haltu und Belastungsanomalien der ganzen Wirbelsäule, besonders in Articulatio sarcroiliaca und im Lendenkreuzbeingelenk. Bei m dischen Röntgenaufnahmen (Uebersichtsaufnahmen auch seitlich man überrascht, wie oft Schrägverschiebungen der Wirbel nachzuweisen sind. Und es ist auf Grund des Röntgenbilde leicht, diese „Kreuzschmerzen“ als spezielle Erkrankung in dem e Falle „des Büfofräuleins an der Schreibmaschine“, in dem and Falle „der Textilarbeiterin“ erkennen zu können. Häufige Gebu insbesondere bei konstitutioneller Minderwertigkeit führen Enteroptose, welche dann stets bestimmte Wirbelsäulenverä rungen zur Folge haben. Auch das von Selheim neuer beschriebene Krankheitsbild „der schwebenden Pein“ hat s seine Projektion an röntgenologisch nachweisbaren Befunden Wirbelsäule. Es würde zu weit führen, wenn ich klarlegte, wi Anomalien am fünften Lendenwirbel, ersten und zweiten Kreuz wirbel als Ursache der Kreuzschmerzen anzusprechen sind. vielen Fällen kann mittelst des Röntgenbildes eine Erklärung funden werden durch einseitige oder doppelseitige Artritis defor im Iliosakralgelenk.

Noch zwei wichtige Fälle mit ihrem Röntgenbilde (Abb. 3 un Die eine Patientin, welche jahrelang an unerträglichen Kr schmerzen litt, zeigt im Röntgenbilde, daß es sich um einen ginnenden Bechterew handelt, wie die Knochenspangen zwis



Abb. 3
Bechterew'sche Krankheit.

·en Wirbeln es beweisen. Die andere Frau mit hartnäckigster Ischias erweist als Ursache eine deutliche Torsion der Lendenwirbelsäule, welche auf Massage, Heißluftbehandlung und Gymnastik ·sheilte.

Es ist das große bleibende Verdienst von Schanz in Dresden, ·ie der Hauptursachen von Kreuzschmerzen ergründet zu haben, ·d es ist besonders lehrreich, daß ihm ein Magen-Darmarzt ein-



Abb. 4
Einseitige Sakralisation mit geringer Torsion der Lendenwirbelsäule.

·lägige Fälle überwies, da dieselben dem inneren Arzt keinen ·und boten. Er stellte dann ausgehend von dem „physiologischen" ·le der „Insufficientia pedis" — welches er als Krankheitsbegriff ·stellte, sowohl für Fälle von richtigem Plattfuß, als auch für ·e ohne Plattfuß, aber mit Plattfußbeschwerden an Nicht-Platt-·en, ja sogar bei ferner liegenden Krankheitsbildern (Achilloynie, ·caneussporn mit seinen Beschwerden, die Schwiele unter dem ·fchen des Metatarsus 2 und 3, die Hühneraugen auf dem Rücken ·vierten und fünften Zehe, den Halux valgus, die Fasziitis, Plan-·as, die Fußgeschwulst, die Neigung zum Umknicken des Fuß-·nkes, den Unguis incarnatus) und erzielte hier durch Plattfuß-·agen viele Erfolge —, für diese Kreuzschmerzen als Ursache ·Krankheitsbild „einer Insufficientia vertebrae" auf. Der Begriff ·ufficientia" ist sehr prägnant, nicht aber der des vertebrae, da ·r die Columa vertebrarum meint. Röntgenologisch sieht man ·ergänge vom Normalen bis zu schweren Deformitäten. Müller ·M.-Gladbach hat sich durch Aufstellen des Begriffes „der musku-·ä Kreuzschmerz" um die Erkenntnis und Heilung der Kreuz-·merzen ebenfalls sehr verdient gemacht, indem er durch Nach-·s des „Hypertonus" (Muskelkrampf) — nachweisbar an „Faser-·härtungen" und „Insertionsknötchen" — durch seine Massage ·lung erzielte. Mir selbst ist beim Tatbefunde, und auf Grund ·Untersuchung an Hand des Röntgenbildes der Beweis gelungen, ·bei vielen Fällen von Kreuzschmerzen der Bandapparat, speziell ·h die Zwischenwirbelscheiben, erkrankt sind. Und wenn ich ·ießlich anführe, daß französische und amerikanische Autoren ·Ursache der akuten und chronischen Kreuzschmerzen die im ·eiche der Lenden- und der Kreuzbeinwirbelsäule so häufigen ·chenvarietäten und deformierenden Gelenkveränderungen an-·uldigen, so will ich erweisen, wie wichtig die genaue Untersuchung einschließlich der Röntgenübersichtsaufnahme der Wirbelsäule ist, um sich vor Trugschlüssen zu bewahren und rationelle Therapie zu treiben. Denn es kann eine im Röntgenbilde nachgewiesene einseitige oder doppelseitige Sakralisation (das ist Verknöcherung des letzten Lendenwirbels mit erstem Kreuzbeinwirbel) vielleicht durch Druck auf die Nerven einmal Ursache der Kreuzschmerzen sein. In der Mehrheit der Fälle aber sicher nicht. Ebenso kann die Spaltbildung im letzten Lendewirbel oder dem ersten und zweiten Kreuzbeinwirbel (Spina bifida occulta) die Kreuzschmerzen in einzelnen Fällen verursachen.

Der Zweck meiner Beweisführung ist erreicht, wenn es mir gelang, die Ergründung der verschiedenen Ursachen von Kreuzschmerzen zu finden, um damit dann die richtige Heilmethode anzuwenden. Am meisten bewährt hat sich Ruhe, Massage, Heißluftbehandlung und speziell Leibesübungen (rhythmische Gymnastik und Schwimmen).

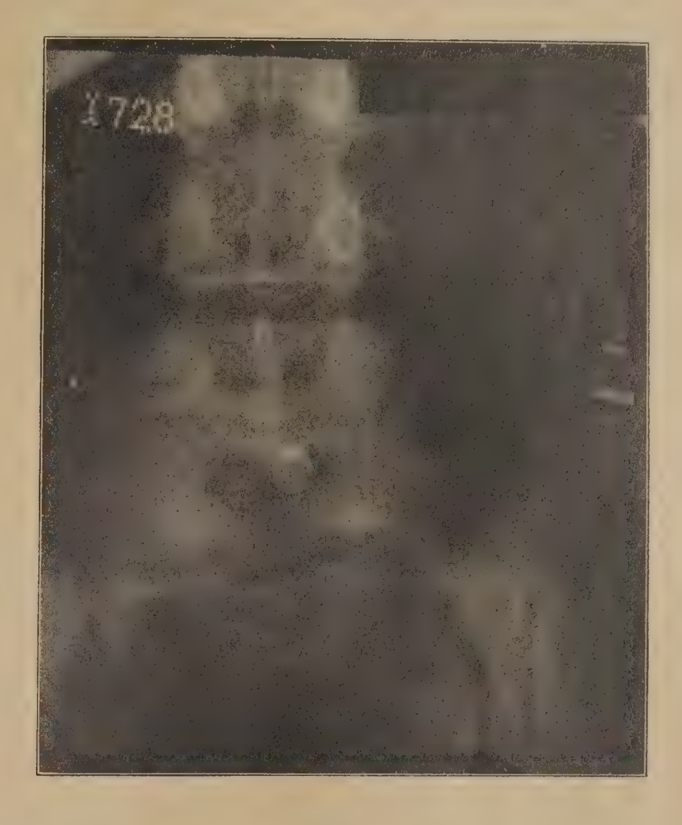


Abb. 5
Sakralisation beiderseits. Offenbleiben des 1. Sakralwirbelbogens.

Nicht unerwähnt bleiben darf, daß man bei der schwer arbeitenden Frau, welche infolge vieler Geburten ihre „Insufficientia abdominis" mit „Insufficientia vertebrae" hat, nicht ohne die symptomatische Hilfe durch eine feste Leibbinde mit breiter Rückenstütze auskommt.

Schließlich ist auch an die Spondylitis infectiosa von Quinke als Ursache von Kreuzschmerzen zu denken, welche oft lange Zeit nach einem Typhus sich einstellen kann, aber auch bei Paratyphus, Malaria, nach einem Furunkel und pyämischen Prozessen beobachtet wird. Hierfür gibt Lyon zahlreiche Beispiele in verschiedenen Schriften. In zwei Fällen gelang mir der Nachweis einer Spondylitis luetica.

Eine ganz besondere Bedeutung hat für den Praktiker die Röntgendiagnostik in der Geburtshilfe, da es hier leicht gelingt, eine pathologische Kindslage sofort zu klären. Es ist kein Einwand, dies sei nur in der Großstadt, am Krankenhause, oder beim Fachröntgenologen möglich. Auch auf dem Lande läßt sich jederzeit mittelst Auto die Frau entweder ins nächste Hospital und wieder zurück transportieren, oder zum Kollegen, welcher einen Röntgenapparat besitzt. Ich habe auf dem Lande und in der Stadt durch Belehrung einzelne Hebammen so weit fortgebildet, daß sie schon aus sich heraus bei irgendeinem Zweifel über die Kindslage am



Abb. 6
Steißlage mit Hydrocephalus.



Abb. 7
Querlage.

Ende der Schwangerschaft ein Röntgenbild verlangen. Beispielsweise zog mich Frau P. vor drei Jahren zu einer Frau Sch. zu wegen Verdachts auf Zwillinge. Trotz genauer Untersuchung konnte ich nicht herausfinden, ob es Zwillinge seien oder Hydramnion. I Röntgenaufnahme klärte sofort den Befund als Hydramnion l Schädellage, so daß eine rationelle Therapie einsetzen konnte. V acht Wochen wurde ich wiederum von Frau P. zur gleichen Fr gerufen, da sie sich auch jetzt wieder nicht klar über die Diagnc sei. Ich war bei einer dringlichen Operation, die Hebamme fra dann an, ob sie gleich ein Röntgenbild machen lassen solle. Das r übersandte Bild gab genaue Grundlagen für die Behandlung, währe die gynäkologische Untersuchung mich im Stiche ließ.

Sehr oft gelang es mir, Querlagen, Schräglagen, Gesichts- u Steißlagen genau festzustellen, um mich therapeutisch danach ex zu richten. Bei der abgebildeten Steißlage ist deutlich der leicl Grad von Hydrozephalus zu erkennen. Ich konnte des weite röntgenologisch den Nachweis führen, ob ein Kind abgestorben Durch den fehlenden Innendruck des lebendigen Kindes sieht man Röntgenbilde ein Uebereinanderschieben der Knochen in den Näht



Abb. 8
Schädellage.

Schließlich ist differentialdiagnostisch die Röntgenaufnahme v besonderem Wert, wenn es sich um einen Tumor oder eine G vidität handeln kann.

Nur der Erfolg begründet das Ansehen und die Stellung d Arztes. Meine Arbeit hat dann ihren Zweck voll und ganz erfü wenn für die Gesamtheit der Praktiker diese Röntgendiagnos auf gynäkologischem und geburtshilflichem Gebiete die gleicl glücklichen Heilerfolge zur Freude an ihrem hohen Berufe zeit wie für mich selbst.

Laufende medizinische Literatur.

Medizinische Klinik.

Nr. 33, 19. August 1927.

Balneologische und hydrotherapeutische Behandlung der chronischen Gelen krankheiten. A. Strasser.
* Behandlung des sogenannten Kardiospasmus. G. Lotheissen.
Frauengymnastik (Schluß aus Nr. 32). St. Westmann.
Operative Therapie des Mediastinoperikarditis. Hanebuth u. Th. Naegeli.
* Autovakzine. M. Friesleben.

Die Behandlung des sogenannten Kardiospasmus. Ganz allgemein ₍eichnet man heute nach v. Mikulicz die Krampfzustände am ₍eren Teil der Speiseröhre als Kardiospasmus. Die innere Klinik ₍ versucht, in langen Jahren durch alle möglichen Mittel diesen ₍rdiospasmus zu heilen; es ist ihr nicht gelungen, allenfalls hat sie ₍sserungen verzeichnen können. Nur eine wirkliche chirurgische ₍erapie hat Aussicht auf Dauererfolge. Damit ist nun aber nicht ₍a gleich ein schwerer operativer Eingriff in Aussicht genommen. ₍ soll nicht geleugnet werden, daß man in der letzten Zeit sehr ₍fig von großen chirurgischen diesbezüglichen Operationen gehört ₍. Lotheißen wirft die Frage auf, ob es nicht möglich ist, ohne ₍e große Operation mit einfachen Mitteln auszukommen. Wie ₍ner auch der Krampf entsteht, so weiß man ganz sicher, daß eine ₍lung nur möglich ist, wenn der spastische Ring durch energische ₍nung gehindert wird, sich wieder zusammenzuziehen. Bei be₍hender Speiseröhrenerweiterung kann eine Durchschneidung der ₍stischen Stelle den gleichen Erfolg haben. Reichen dickste Sonden ₍ht aus, um die Krampfstellen genügend zu dehnen, so hilft man ₍ı unter Umständen damit, daß man mehrere Bougies nebenein₍ler einführt; aber man darf nicht vergessen, daß dieses Vor₍en nur als Notbehelf angesehen werden kann. Sehr angenehm ₍d für den Kranken eigene Dehnungssonden, und man gebraucht ₍hl zur Zeit am meisten die Dilatationssonde von Gottstein. Sie ₍ einen inneren und einen äußeren Gummiballon, zwischen denen ₍ ein Seidenballon befindet. In der Mitte des letzteren ist ein ₍mmiring angebracht, der bedingt, daß diese Stelle sich langsamer ₍nt, denn sie soll an der Enge liegen und verhüten, daß der ganze ₍parat bei der Dehnung aus der spastischen Enge herausgleitet. ₍nesfalls darf das Maximum der Dehnung auf einmal erzwungen ₍rden. Ist die spastische Stelle so eng, daß auch die feinste Sonde ₍ht hindurchgeht und man Gefahr läuft, eine schwere Verletzung ₍vorzurufen, so empfiehlt Lotheißen die Gastrotomie, welche er ₍rfach ausgeführt hat und einmal sogar nur, um die Patientin ₍ähren zu können. Gottstein hat die Kardioplastik angegeben und ₍fahl, sie extramukös zu machen. Dieser Eingriff ist sicherlich ₍ht einfach, und Willy Meyer und Sauerbruch führen die Ope₍on transpleural aus, wodurch sie ganz sicher noch komplizierter ₍d. Einen Fall von Dauerdehnung führt Verf. an und bringt zwei ₍bildungen zu Beginn der Behandlung und nach 6½ Jahren. Der ₍olg ist ein ganz ausgezeichneter, und so hat er viele aufzuweisen. ₍ soll infolgedessen, wenn möglich, von schweren operativen Ein₍ffen absehen und erst stets die unblutige Dehnung versuchen, wo₍ man die gleiche Geduld anwenden muß, wie bei den Narben₍kturen der Speiseröhre.

Zur Behandlung mit Autovakzinen. An die Herstellung einer ₍tovakzine kann man erst dann gehen, wenn eine Reinkultur der ₍effenden Erreger vorliegt, und wir ersehen daraus einwandfrei, ₍ die Entnahme des Materials unter Beachtung aller aseptischen ₍telen und die Einsendung in keimfreien Gefäßen zu erfolgen hat. ₍r auf die einzelnen Erreger näher einzugehen, würde zu weit ₍en, und Friesleben hat in sehr dankenswerter Weise aus dem ₍tersuchungsamt des Hygienischen Institutes zu Freiburg i. Br. ₍er interessante Tatsachen geschildert. Er bemerkt zusammen₍end, daß zur Behandlung mit Autovakzine sich am meisten die ₍phylokokken-Infektionen (Furunkulosen) der Haut sowie die Koli₍ktionen der Blase und Harnwege eignen. In der ersteren Gruppe ₍ er gefunden, daß die Ueberlegenheit der Autovakzinen über die ₍ikmäßig hergestellten Vakzine deutlich sei. Zur Behandlung der ₍nktionen der Blase empfiehlt er die Kombination Vakzine und ₍lung. Durch Rundfragen hat er festgestellt, daß damit gute Er₍e erzielt wurden. Bei bakteriellen Allgemeininfektionen konnte ₍ eindeutiger Erfolg der Autovakzine-Therapie nicht festgestellt ₍den, immerhin soll man sie als unterstützendes Moment nicht ₍e weiteres ablehnen.

Zur Pathogenese der Arthritis deformans. Wagner macht auf ₍i Moment aufmerksam, das vielleicht eine Vervollständigung der ₍salen Reihe der Arthritis deformans bilden könnte, und zwar ₍nt er die Form, welche nach Hoffa und Wollenberg als Arthritis ₍ormans spontanea bezeichnet wird, d. h. also sie entsteht schein₍ primär ohne erkennbare Ursachen und meistens auch ohne ₍ede Temperaturerhöhung. Er beschreibt ein Stadium, welches ₍ Arthritis deformans vorausgeht mit ganz charakteristischen ₍ptomen. Zu allererst noch vor diesem Stadium kommen Störun₍ vor, die jedoch unklar sind und nach der Ansicht des Verf. in ₍ Gebiet der konstitutionellen und endokrinen Störungen fallen. ₍ oben erwähnten Symptome sind folgende: Das weibliche Ge₍echt ist bevorzugt und bei diesem wieder die unteren Extremi₍ten. Wir haben es mit Menschen von pyknischem Habitus und psychischer Labilität zu tun, des weiteren finden wir Phlebektasien und einen varikösen Symptomenkomplex. Ferner sind vasomotorische Störungen und sehr häufig funktionelle Störungen des Herzens und seines Klappenapparates vorhanden. Verf. geht weiterhin auf das Verhalten der Muskulatur bei der Arthritis deformans ein, und er erwähnt bei den inveterierten Formen die Atrophie der Muskulatur, hauptsächlich der Streck- und Abduktionsmuskeln, niemals so gleichmäßig wie bei entzündlichen Erkrankungen oder nach Trauma. Verf. läßt die Frage offen, ob durch die Muskelveränderungen und das in dem Weg der zu- und abführenden Gefäße eingelagerte narbige Bindegewebe Ernährungsstörungen und organische Umbildungen an den Gelenkenden entstehen, die in ihrer Gesamtheit das Bild der Arthritis deformans liefern, obgleich einige der Arthritis deformans spontanea sehr nahestehende Krankheitsformen, wie die Epikondylitis interna humeri und die Arthritis des Großzehengrundgelenkes beim Hallux valgus, die Annahme eines direkten ursächlichen Zusammenhangs zwischen primären Veränderungen der Muskulatur und ihrer Hilfsorgane und Erkrankung der zugehörigen Gelenke gestatten.

Ueber die Infektionspforte, Lokalisation, sowie die Bedeutung der Super- und Reinfektion bei Tuberkulose. Sata stellt fest, daß die aktive Immunisierung mit Hilfe des Tuberkelbazillenpulvers — Vitaphthisin — bei Tieren sowohl die sogenannte exsudative und fbröse Diathese wie auch Immunitätsveränderungen hervorruft. Die letzteren werden wohl durch eine Fernwirkung der resorbierten Toxine — der Antigene — auf das attraktive Organ, die Lunge, hervorgerufen, und sie wirken als Vorbereitung für die Entwicklung und das rasche Fortschreiten der typischen tuberkulösen Veränderungen bei der nachfolgenden tuberkulösen Infektion. Wiederholt man in bestimmten Intervallen die Impfung mit lebenden Tuberkelbazillen in minimaler Menge, so erzielt man dieselbe Wirkung auf eine spätere Infektion mit lebenden Tuberkelbazillen in größerer Menge, wie die aktive Immunisierung mittels des Tuberkulose-Giftes; hier jedoch scheint die Wirkung wesentlich stärker zu sein, da die ausgesprochenen Veränderungen dann schon in 2 bis 3 Monaten ausgebildet sind. Die Super- und Reinfektion spielt bei der menschlichen Tuberkulose, insbesondere bei der Ausbildung der typischen Phthise eine große Rolle. Wenn man frühzeitig schwache Infektionen mit minimalen Mengen von Tuberkelbazillen wiederholt, so würde das eine wichtige Bedingung für die Entwicklung der menschlichen Phthise im späteren Lebensalter sein.

Nr. 34, 26. August 1927.

Die intrakraniellen otogenen Komplikationen sind im gewissen Sinne bestimmt von der Art der ursächlichen Eiterung. Die entzündliche Mittelohreiterung kann entweder auf anatomisch vorgebildeten Wegen entlang der Gefäße und Nerven ins Endokranium gelangen oder der pathologische Prozeß des Mittelohrs greift die ihn vom Schädelinnern trennenden Schichten nacheinander an und gelangt so durch einen kontinuierlichen, direkten Weg ins Gehirn. Bezüglich der Gefährlichkeit der ursächlichen Otitis ist zu sagen, daß die mit stärksten Symptomen und hohen Temperaturen sowie heftigen Schmerzen einhergehenden Mittelohreiterungen in bezug auf die Prognose weit ernster anzusehen sind, als diejenigen, welche einen ruhigeren Verlauf zeigen. Dabei darf man nicht vergessen, daß gewisse Bakterienarten, wie z. B. vor allem die Kapselkokken, Eiterungen erzeugen, die sich durch einen eigentümlich schleichenden und heimtückischen Verlauf kennzeichnen. Die ausgesprochen nekrotisierenden Formen der Mittelohreiterung, wie z. B. die tuberkulöse und die Scharlach-Otitis, führen zu weitgehenden Zerstörungen am Labyrinth und Pyramide. Die weitaus häufigste Komplikation, welche wir im Gefolge von Mittelohreiterungen sehen, ist der Extraduralabszeß. Er ist bei allen Komplikationen, die durch Kontakt mit den erkrankten Knochen entstehen, neben der Pachymeningitis externa stets das Bindeglied zwischen der ursächlichen Eiterung und der entstehenden Komplikation. Da sind zunächst einmal die Sinuserkrankungen, wie Sinusphlebitis und Thrombose, welche im Anschluß an einen Extraduralabszeß der hinteren Schädelgrube auftreten können, am günstigsten zu bewerten; denn erstens einmal erkennen wir sie verhältnismäßig frühzeitig, und sie sind auch der Therapie am leichtesten zugängig. Die gefährlichste und daher mit Recht gefürchtetste otogene Komplikation ist die eitrige Meningitis, die hinsichtlich der Mortalität an erster Stelle steht. Wir

sehen ihr Auftreten mit sich steigernden diffusen Kopfschmerzen, Lichtscheu (oft erstes Symptom) und Pulsverlangsamung. Weiterhin bemerken wir vor allem frühzeitig im Gebiet des Fazialis Muskelzuckungen, ferner Kernig, Nackensteifigkeit. Bleibt noch ein Zweifel an der Diagnose, so ist das sicherste Auskunftsmittel die Lumbalpunktion. So wenig verhältnismäßig die Diagnose Schwierigkeiten bereitet, so machtlos andererseits stehen wir mit unserer Therapie dieser Erkrankung gegenüber. Selten tritt nach Mittelohreiterung der Hirnabszeß auf. Abszesse des Kleinhirns entwickeln sich in der Mehrzahl aus chronischen Labyrinth-Eiterungen. Sie rufen Herdsymptome hervor, die sich vor allem in Schwindel, Nystagmus und ataktischen Störungen charakterisieren. Hat man einen Hirnabszeß erkannt, so kommt selbstverständlich nur chirurgische Behandlung in Frage. Verf. schließt aus seinen Ausführungen für den Praktiker die wichtige Aufgabe der sorgfältigsten Behandlung und Beobachtung einer Mittelohreiterung, die er so gewissermaßen als Prophylaxe einer Komplikation aufgelegt wissen will und dieses gilt vornehmlich für die Behandlung der akuten Otitis, die in möglichst frühzeitiger Parazentese und genauer Beobachtung aller Symptome besteht. Vor allem wichtig sind Kopfschmerzen- und Labyrinth-Symptome und bezüglich dieser beiden kann nicht oft genug betont werden, daß bei jedwedem Auftreten von Schwindel und Erbrechen unbedingt eine Untersuchung des Ohrs und dessen Funktionen von sachverständiger Seite zu erfolgen hat.

Ein einfaches Symptom zur Erkennung der Wismut-Intoxikation bei der Syphilisbehandlung. Es ist bekannt, daß bei der Wismutbehandlung der Syphilis die meisten Pat. früher oder später einen Wismutsaum in der Mundschleimhaut aufweisen, und zwar haben wir für die Zeit des Auftretens verschiedene Faktoren. Schon nach den ersten Spritzen sehen Verf. den Wismutsaum bei Pat. mit angeborener oder erworbener Sensibilität, bei Anämie und bei Magen- und Nierenstörungen. Das Ausbleiben des Wismutsaumes ist beobachtet worden in der zweiten Hälfte der Gravidität, was auf Vermehrung der Blutmenge und Plazentabildung zurückgeführt wird. Ferner fehlte der Wismutsaum bei Kindern und bei zahnlosen Individuen. Die besondere Bedeutung erhält der Saum durch seine Beziehungen zwischen Lokalisation und toxischer Schädigung des Organismus, wobei nach Löhe und Rosenfeld scharf zu trennen ist zwischen dem Wismutsaum des Zahnfleisches und dem generalisierten Saum der Mundschleimhaut, speziell der Zunge. Die Verf. wünschen diese Trennung daher, weil sie von praktischer Bedeutung ist; denn während die erstere Gruppe eine harmlose Erscheinung ist und kein Aussetzen der Kur erfordert, ist es beim generalisierten Wismutsaum anders. Darunter wird Wismutpigmentierung der Mundschleimhaut mit Ausschluß des Zahnfleisches verstanden. Hier ist die Kur auszusetzen. Bei dieser zweiten Gruppe finden wir auch Albuminurie, welche der sonst bekannten Nephropathia bismuthica von Aschoff gleichkommt. Es kommt natürlich auch vor, daß eine Albuminurie nach Wismut ohne Zungensaum auftritt, woraus sich ergibt, daß die genaue Urinkontrolle während der ganzen Wismutkur vorgenommen werden muß. Andererseits ist der generalisierte Wismutsaum, speziell der Zunge, ein einfaches, durch Inspektion der Mundhöhle bequem zu diagnostizierendes Symptom zur Erkennung der Wismut-Intoxikation, und das ist für uns das Signal zum Aussetzen der Wismutzufuhr.

Zur Frage der Zweckmäßigkeit der Markierung hinter dem Röntgenschirm. Wenn man sich genau hinter dem Röntgenschirm orientieren will, so ist es zweifellos am exaktesten, wenn man topographisch festgelegte Punkte benutzt. Besonders wichtig ist es, wenn man Röntgenaufnahmen in Nabelhöhe zu machen hat, den man infolge der Ungenauigkeit, die schon normalerweise in der Höhe des Nabels besteht, nicht als topographischen Orientierungspunkt in Anspruch nehmen darf. In vielen Fällen ist nämlich der Schatten der Nabelmarke bei der Durchleuchtung störend und weiterhin haben wir verschiedene krankhafte Prozesse, welche die Lage des Nabels beeinflussen. Infolgedessen empfiehlt Schneider die Kristalinie als intrakorporale Orientierungslinie und empfiehlt weiter zur beweglichen Orientierung einen einfachen Bleimarkenstift mit einer am Ende eingelassenen Bleimarke.

Die interne Behandlung von Hautkrankheiten mit Ichthyol. Der moderne Dermatologe kennt für die Behandlung von Dermatitiden fast ausschließlich nur Licht- und Röntgentherapie. In nicht seltenen Fällen wird mit guten Erfolgen zu intrakutanen (Bartflechten), intravenösen und intramuskulären Injektionen Zuflucht genommen. Die innerliche Behandlung ist, so möchte man beinahe sagen, in der Dermatologie fast ausgestorben. Ein sehr gutes Lehrbuch über die Therapie der Hautkrankheiten von Schaffer erwähnt eigentlich ausführlich nur das Arsen und alle anderen Mittel kommen kaum zur Kenntnis des Lesers. Verf. nennt als hervorragendes Mittel neben dem Arsen das Ichthyol, wobei es die verschiedensten Zusammensetzungen gibt. Oppenheim erwähnt, daß er in seiner Praxis die Ichthyol-Kalzium-Tabletten in der Dermatologie angewandt h wobei er die besten Erfolge bei den urtikraniellen Erkrankungen u da besonders bei Strophulus der Kinder erzielte. Fernerhin erwä er die Bepinselung des Furunkels und der Umgebung mit rein Ichthyol und gibt bei chronischer Furunkulose wiederum Ichthy Kalzium-Tabletten. Ref. will hier nicht mit dem Verf. darüber recht ob der Furunkel überhaupt eine Erkrankung ist, welche in das Geb der Dermatologie gehört; er möchte nur dem Verf. entgegnen, daß der Chirurgie speziell bei Furunkulose die Behandlung mit rein Ichthyol seit längerer Zeit bekannt ist. Es empfiehlt sich da, ni die Umgebung mit reinem Ichthyol zu bepinseln, sondern direkt a den Furunkel das Ichthyol heraufzubringen und dann den Verba 24 bis 36 Stunden liegen zu lassen.

Hofbauer, Berlin

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 35, 2. September.

Bewertung der Reaktionen im subokzipital gewonnenen Liqu cerebrospinalis. Die Subokzipitalpunktion findet zur laufenden B obachtung der spezifisch Behandelten immer mehr Verwendung, Nebenwirkungen so gut wie immer fehlen und der bei sorgfältig Technik völlig ungefährliche Eingriff ambulant vorgenommen werd kann. Bei der Bewertung des durch Zisternenstich erhalten Liquor ist folgendes zu beachten. Wie gleichzeitig vorgenomme Zisternen- und Lumbalpunktionen erweisen, ergibt die Subokzipita punktion in keinem Fall in irgend einer Reaktion einen stärker Ausschlag als die Lumbalpunktion. Vielmehr sind die Veränd rungen im Lumballiquor stets stärker ausgeprägt als in der dur Zisternenstich gewonnenen Rückenmarksflüssigkeit. Im Zysterne liquor spurweis positive Nonne- oder Pandyreaktion sind im Lur balliquor deutlich positiv. Auch höhere Zellzahlen und ein stärker Grad von Ausfällung bei den Kolloidmethoden sind im Lumba liquor stets nachweisbar. Zur Beurteilung des durch Subokzipita stich gewonnenen Liquors sind daher für die einzelnen Reaktion durchschnittlich geringere Normalwerte anzunehmen, als sie bish für den Lumballiquor üblich sind ($^{10}/_{3}$ Zellen statt $^{20}/_{3}$, Spuren v Trübung bei der Nonne- oder Pandyreaktion, kleinste Zacke bei d Gold- oder Mastixreaktion), wobei selbstverständlich der Liquo befund nur im Zusammenhang mit dem Ergebnis der übrig klinischen Untersuchungsmethoden gewertet werden kann. Z völligen Klärung ist die Lumbalpunktion dann vorzunehmen, wer der Subokzipitalstich keinen einwandfrei negativen Ausfall darbiete Je stärker die krankhaften Veränderungen am Nervensystem sin desto größer werden die Unterschiede im Reaktionsausfall zwische beiden Punktionsarten. Bei den vor 7 bis 15 Jahren mit ein kräftigen, mit Hg oder Bi kombinierten Salvarsankur Behandelte ergibt der Zisternenliquor beim Fehlen klinischer Symptome so g wie immer gänzlich negative Reaktionen.

Praktischer Fortschritt bei der Luestherapie mittelst lipoi löslichem Wismut. Unter den bisher gebräuchlichen Wismu zusammenstellungen sind manche infolge der schnellen Resorptic mehr für frische manifeste Fälle (Mesurol, Embial), andere m langsamer Resorption und längerer Depotwirkung für die laten Lues und für Zwischenwirkung zu verwenden. Die Gefahr de schubweisen Resorption mit ihren unangenehmen Folgeerscheinunge (Nierenreizung, Stomatitis) ist besonders bei den Suspensionen hoc dosierter Bi-Verbindungen gegeben, zumal bei der Ungleichmäßig

...it der Verteilung in der Aufschwemmung eine Ueberdosierung ...rchaus im Bereich des Möglichen liegt. Eine rein ölige Bi-Lösung ...tet vor allem den Vorteil der genauen Dosierbarkeit. Durch ...rbindung mit dem dispergierend wirkenden Lezithin ist es ge...gen, das ölunlösliche Wismutchininjodid in Oellösung überzu...ren und so ein Präparat zu schaffen, daß dem öllöslichen Embial ...ch die Schnelle der Resorption und das lange Verbleiben des ...talls im Körper überlegen ist. Dieses Spirobismol solubile ist ... Einspritzung vollkommen schmerzlos und hinterläßt keine In...ate. Infolge der leicht flüssigen Oelkonsistenz sind dünnere ...deln als sonst anwendbar. Die Genauigkeit der Dosierung ist ... der völlig klarbleibenden Oellösung ohne weiteres gewährleistet. ...enwirkungen fehlen bei dieser Wismutkomposition, so daß sie ...onders zur Behandlung der Lues gravidarum und der Säuglings...hilis heranzuziehen ist.

Nr. 36, 9. September.

Bedeutung der fokalen Infektion vom Standpunkt der inneren ...dizin. In der praktisch außerordentlich wichtigen Frage der von ... Zähnen ausgehenden Infektion bestehen die schärfsten Gegen...ä...e der Meinungen. Es gilt zu entscheiden, ob bei nachgewiesener ...aler Infektion der Zahnarzt sich konservativ verhalten darf oder ... die radikale Zahnbehandlung in solchen Fällen stets geboten ist. ... allgemein verbreitete, von Hunter geprägte Ausdruck „Oral...sis" ist nicht zutreffend, denn die meisten angeblich von der ...dhöhleninfektion ausgehenden Erkrankungen (Anämie, Gastritis, ...eumatismus, Nephritis) sind keine Sepsis im gewöhnlichen Sinne, ...ige von ihnen sind als metastatische Erkundungen an inneren ...ganen aufzufassen. Als Sepsis sind nur solche Zustände zu be...ehnen, bei denen sich ein Sepsisherd gebildet hat, von dem aus ...dig oder in Schüben Bakterien unter nachweisbaren Krankheits...rscheinungen in das Blut- oder Lymphsystem eindringen. Die In...ktionen in und an den Zähnen (Pulpitis, Granulome, paradentale ...dr apikale Eiterungen) besitzen bei chronischen Krankheitszu...tänden nicht die Bedeutung eines Sepsisherdes, sie sind lediglich ...ale Infektionen und kommen nur als Eingangspforte für septische ...reger in Frage. Es ist ein Irrtum, eine septische Erkrankung — ...ür die sich am Krankenbett weder eine besondere Eingangspforte ...och ein Sepsisherd auffinden läßt — ohne weiteres ursächlich auf ... sonst so verbreitete, im Einzelfall grade vorhandene dentale In...ektion zurückzuführen. Denn in fast allen Fällen ist bei krypto...enetischer Sepsis der Herd im Innern des Körpers zu finden.

... Bedeutung ist der dentalen Infektion als Eintrittspforte patho...ener Bakterien beizumessen. Die Einschwemmung von Keimen, be...onders von den in jeder Mundhöhle massenhaft vorhandenen ...reptokokken, in das kapillare Lymph- oder Blutsystem dürfte ...war sehr häufig stattfinden, sobald nur die Schleimhaut den ...einsten Defekt aufweist. Doch werden die Keime niemals in solchen ...engen eingeschwemmt, daß sie das klinische Krankheitsbild der ...ken oder chronischen Sepsis hervorrufen könnten, obwohl der ...ruck beim Kauakt oder der instrumentellen Bearbeitung des bak...erienhaltigen entzündeten Gewebes das Eindringen von Keimen in ...e Kreislauf begünstigt. Es gelangen Bakterien nur in so geringer ...ahl in die Blutbahn, daß merkbare subjektive oder objektive Folge...rscheinungen in der Regel nicht entstehen. Denn die in das Blut ...d in den Lymphstrom eingedrungenen Bakterien werden in den ...allermeisten Fällen, ohne Schaden angerichtet zu haben ver...ichtet, da das Blut als Desinfiziens wirkt und auch die Lymph...n...en die Bakterien abtöten. Während es gelingt, bei septischen ...rankungen mittelst der Blutkultur mit großer Regelmäßigkeit ...itteilne von vielen Milliarden in die Blutbahn eingeschwemmter ...eine abzufassen, lassen sich bei einer dentalen Infektion niemals ...mströmenden Blut Keime nachweisen. Eine reaktionslose, tote Pulpa oder ein reaktionsloses Granulom brauchen nicht deshalb entfernt werden, weil sie vorhanden sind. Wenn überhaupt von diesem abgeschlossenen, im Zustand der „ruhenden Infektion" befindlichen pathologischen Prozessen Keime in den Saftstrom gelangen, so bedingen diese infolge ihrer geringen Zahl keine merkliche Störung der Gesundheit. Das Ereignis, daß von einem Zahnentzündungsherd ausgehend Keime in das Blut gelangen und durch Ansiedlung am Klappenapparat des Herzens eine Endokarditis erzeugen, dieses folgenschwere Ereignis dürfte ebenso selten sein, wie das Festsetzen von Staphylokokken eines Furunkels oder Panaritiums am Endokard, obwohl bei jedem harmlosen Furunkel Keime in die Blutbahn gelangen. Während die Ansiedlung von Streptokokken oder andern pathogenen Mikroorganismen von einer fokalen Infektion ausgehend auf der intakten Herzklappe zu den seltensten Vorkommnissen gehört, so ist beim Bestehen eines alten Herzklappenfehlers der Möglichkeit Rechnung zu tragen, daß Keime sich am Locus minoris resistentiae einnisten. Floride Infektionen sind daher bei allen Kranken mit Vitnim so rasch wie möglich unschädlich zu machen. Bei ausgeprägter Sepsis ist es völlig zwecklos, den im Körper vorhandenen Sepsisherd (Endokarditis) durch Beseitigung der ehemaligen — in ihrer Bedeutung zu dem noch fraglichen — Eingangspforte (Zahn oder Tonsille) zu bekämpfen. Die so oft vorgenommene Zahnextraktion oder die Tonsillektomie müssen ohne Wirkung bleiben, sobald sich der Sepsisherd im Körperinnern gebildet hat. Bei bestehender Sepsis kann die Radikalbehandlung des primären Herdes am Zahn nur dann Nutzen bringen, wenn der Krankheitsprozess in unmittelbarer Nachbarschaft eines infizierten Zahnes (Orbitalabszeß, Angina Ludovici) sich entwickelt hat. Eine eitrige Metastase irgendwo im Körper von einem dentalen Entzündungsprozeß aus ist außerordentlich selten. Ein Zusammenhang anderer Organ- oder Allgemeinerkrankungen mit der fokalen Infektion am Zahnsystem — wie ihn hervorragende Forscher annehmen — ist abzulehnen. Durchwegs fußt diese Annahme — soweit klinische Erfahrungen zu Grunde liegen — auf Schlüssen ex iuvantibus. Ein ursächlicher Zusammenhang der fraglichen Krankheiten mit einer Zahninfektion wird dann als sicher festgestellt, wenn nach Beseitigung des Herdes eine Heilung der inneren Krankheit eintritt. Die Erfahrungen anderer Autoren erweisen jedoch, daß bei Polyarthritis und Nephritis — Krankheiten, bei denen noch am ehesten die Mundhöhle als Eingangspforte der Erreger in Frage kommt — die Entfernung der Zahninfektion eine Besserung nicht hervorruft und selbst Rezidive nicht verhindern kann. Der extreme Standpunkt, daß dentale Streptokokkeninfektionen nicht nur viele Organerkrankungen hervorrufen, sondern auch unterhalten, wie ihn Rosenow auf Grund großartiger bakteriologischer Untersuchungen vertritt, widerspricht völlig der bisherigen klinischen Erfahrung, abgesehen von der Tatsache, daß bisher die bakteriologische Beweiskette nicht geschlossen ist. Die amerikanische Auffassung, daß von der Entscheidung des Zahnarztes die Lebensdauer des Kranken abhängt, bedeutet eine maßlose Uebertreibung und zeugt von einer weitgehenden Ueberschätzung der Häufigkeit und der Bedeutung der Zusammenhänge zwischen dentaler Infektion und Organ- oder Allgemeinerkrankung.

Hypoglykämischer Zustand nach Insulininjektion. Nicht nur im Coma diabeticum sondern auch im hypoglykämischen Zustand nach Insulineinspritzung findet sich eine Verminderung des intraokularen Druckes. Als Unterscheidungsmerkmal für die Differentialdiagnose zwischen Coma und Insulinschaden, die am Krankenbett ohne Laboratoriumsmethoden oft schwierig zu stellen ist, (typisches Koma ohne Azetonkörper im Urin) ist somit die Hypotonie der Bulbi nicht zu verwerten. Wertvollere Kennzeichen sind extrasystolische Arrhythmie sowie die Temperaturerniedrigung, die im hypoglykämischen Anfall sich einzustellen pflegen (Temperatur stets unter 36°, auf 33,5° gelegentlich absinkend). Biberfeld.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 37, 10. September 1927.

Klinische Studien bei Asthma bronchiale. Der Stoffwechsel ist bei Asthmakranken pathologisch verschoben. Diese Verschiebung ist betreffs Kalzium, Kalium, Chlor und Wasser besonders ausgesprochen. Man findet bei Asthmatikern eine Hypokalzämie und Hyperkaliumämie, wodurch die Quote K/Ca abnorm hoch wird. Unmittelbar vor dem Asthmaanfall findet man eine Hyperchlorurie, nach dem Anfall dagegen eine Hypochlorurie. Bei Asthmatikern sieht man im allgemeinen abnorm hohe Ca-Werte im Harn. Nach einer intravenösen $CaCl_2$-Injektion steigt die prozentuelle Harn-Ca-Ausscheidung abnorm. Die Adrenalin-Blutdruckreaktion ist bei Asthmatikern vagoton, was mit dem Verhalten von K/Ca im Gewebe in Zusammenhang gebracht wird. Das Verhältnis des Blutdruckes ist bei Asthmatikern abnorm. Oft sieht man zu hohe, oft zu niedrige Blutdruckwerte. Dies wird auf eine Insuffizienz der Blutdruckregulation zurückgeführt. Das Auftreten des Asthmaanfalles wird als komplexer Natur aufgefaßt. Notwendig für den Asthmaanfall ist die Asthmabereitschaft des Körpers, was auf einer Stoffwechselanomalie beruht. Außer diesem endogenen Faktor muß eine äußere Reizung hinzukommen, wie z. B. ein miasmatischer Reiz. (In diesem Zusammenhang rechnet Verfasser psychische Reize als äußere Reize).

Ueber den Einfluß lokaler Insulinbehandlung auf Ulzerationen, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis lokaler Säurewirkungen. Durch Aufträufeln von Insulin in seiner „Lösungsflüssigkeit“, dieser Lösungsflüssigkeit ohne Insulinzusatz, sowie einer entsprechenden Säurelösung auf Ulzerationen (insbesondere torpide Ulcera cruris) entsteht in kurzer Zeit eine starke gewebliche Reaktion in Gestalt körniger hochroter Granulationen; die Epithelisierung wird dabei anfänglich ebenfalls angeregt. Nach einer gewissen Zeit tritt jedoch nach der anfänglichen Verkleinerung der Geschwürsfläche eine Verzögerung, bzw. völlige Sistierung im Heilungsprozeß ein. Nach Aufträufeln von Insulinsubstanz, frisch gelöst in physiologischer Kochsalzlösung, bleiben diese Erscheinungen aus. Der von Adlersberg und Perutz bei der lokalen Behandlung experimenteller Geschwüre und torpider Ulzera cruris mit Insulin beobachtete Heilerfolg kann daher nicht auf einer Insulinwirkung beruhen, sondern muß der Wirkung der sauren Lösungsflüssigkeit, in der das Insulin gelöst wird, zugeschrieben werden. Es handelt sich also bei der Granulationsanregung um eine Säurewirkung. Die theoretische Bedeutung der Wirkung lokaler Säureapplikation auf den Granulationsprozeß wird im Zusammenhang mit den neueren Arbeiten über allgemeine und lokale Azidose (Schade, Herrmannsdorfer, von Gaza und Brandi) besprochen.

Blutzuckerregulation und Wasserhaushalt. Die Untersuchung der Reaktion des Organismus auf Wasser- und Zuckerbelastung hin ergibt bei Gesunden und Kranken eine weitgehende Uebereinstimmung im Ablauf der Reaktionen. — Durch Zuckerzufuhr werden Vorgänge im Wasserhaushalt ausgelöst, während es auf Wasserzufuhr hin beim Diabetiker zu Aenderungen im Zuckerhaushalt kommt. Die engen Zusammenhänge, die zwischen den Bewegungen von Zucker und Plasma im Blute bestehen, sind entweder auf gleichartige Regulationsapparate zurückzuführen oder durch Vorgänge in den gleichen Erfolgsorganen erklärbar — hierbei ist in erster Linie an Leber und Muskulatur zu denken.

Ueber die Behandlung eines Falles von Impetigo herpetiformis mit Folliculin (Zondek), Menformon (Laqueur - Zondek). Eine 68jährige Frau erkrankte an einem pustulösem gruppierten Hautausschlag der an Genital- und Unterbauchgegend beginnt, und sich von dort in kurzer Zeit über den ganzen Körper mit Ausnahme der Palmae und Plantae ausbreitet. Die von Hebra als typisch für Impetigo herpetiformis angesehenen Hauterscheinungen sind sämtlich vorhanden. Es finden sich auf leicht gerötetem Grunde sterile eitergefüllte Bläschen, die schon beim Entstehen eitrigen Inhalt zeigen, ferner typische Gruppierungen der Effloreszenzen und endlich peripheres Auftreten neuer Pusteln, während die älteren Effloreszenzen unter Krustenbildung sich epithelisieren und ohne Narbenbildung völlig verschwinden. Starke Störung des Allgemeinbefindens, Fieber. Die Hauterscheinungen laufen neben dem Zeichen einer Schrumpfniere und Herzinsuffizienz einher. Es findet sich erhöhter Rest-N. mit präurämischen Symptomen. Unter Follikulindarreichung bessert sich das bis dahin bedrohlich aussehende Bild ganz auffällig. Das Follikulin oder Menformon ist das anscheinend reine weibliche Sexualhormon. Die Verfasser haben das Medikament auch in einem Falle von Pemphigus bei einer Frau, die eine Uterusamputation durchgemacht hatte, verwendet; da sie es anscheinend zu kurz gegeben hatten, blieb der Erfolg aus. Durch Plasmochin stand der Pemphigus. Die Pustelaussaaten klangen ab, das Allgemeinbefinden besserte sich, die urämischen Erscheinungen gingen zurück, die Patientin ist klinisch von der I. h. geheilt. Was d[…] Fall besonders bemerkenswert macht, ist das Auftreten in so ho[…] Alter und der anscheinende Erfolg der Follikulinverabreichung, [...] es rechtfertigt, diese Therapie bei der sonst so infausten Progn[…] der I. h. weitgehendst anzuwenden. Für die Entstehungsursache [...] I. h. finden die Verfasser bei ihrer Patientin für die uterine Py[…] keinerlei Anhaltspunkte; auch für die Epithelkörperchendysfunk[…] fand sich keinerlei Zeichen. Die elektrische Erregbarkeit [...] Muskulatur war völlig normal. Tetanische Krämpfe wurden ni[…] beobachtet. Für eine Beteiligung der Hypophyse sprach der selt[…] Befund einer Verkalkung der Sellagegend. Eine Größenzunahme [...] Sella fehlte, ebenso fand sich kein Zeichen für Diabetes insipi[…] oder eine Gesichtsfeldeinschränkung, die auf einen raumbeengen[…] Prozeß der Sellagegend hinweisen könnte. Für eine Dysfunkt[…] irgend einer anderen endokrinen Drüse fand sich keinerlei Anha[…] punkt. Nach dem mit der Follikulinindikation erreichten Erfo[…] und den Erfahrungen der anderen Autoren möchten die Verfas[…] aber doch eine Störung im endokrinen System als wahrschein[…] für die Aetiologie der I. h. annehmen.

Arnold Hirsch, Berli[n]

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 37, 9. September 1927.

Atypische Erscheinungsformen der Encephalitis epidemica. [...] Verfasser haben im Verlauf der beiden letzten Jahre, besonders [...] Winter 1926/27, in gehäufter Form eigenartige Krankheitszustä[…] beobachtet, die durch das akut einsetzende Auftreten verschied[…] artiger vegetativer Störungen und neurasthenischer bzw. psych[…] pathischer Persönlichkeitsveränderungen bemerkenswert war[…] Meist wurden die Erkrankungen als gewöhnliche Neurasthenie o[…] Psychopathie erkannt. Dem Auftreten und der Verlaufsart der [...] krankungen nach nehmen die Verfasser an, daß es sich dabei [...] atypische Verlaufsformen epidemischer Enzephalitis handelt.

Untersuchungen über bestrahltes Ergosterin. Verfasser berich[…] über Fälle, die sich durch bestrahlte Milch bzw. bestrahltes Er[…] sterin in relativ kurzer Zeit besserten, obgleich bei zwei Oste[…] malazien Rezidive — 1 bis 2 monatliches Aussetzen der Therapie [...] eintraten. Bei diesen Erwachsenen wurden 3 bis 5 mg bestrahl[…] Ergosterin täglich verabreicht, die Heilung trat nach Monaten e[…] während bei den Kindern die Krankheit in wenigen Wochen v[…] schwunden war. Besonders hervorgehoben wurden die Blutanalys[…] der Erwachsenen. Bei Spätrachitis mit Tetanie dieselben Miner[…] zahlen im Serum wie bei Kindern, bei Osteomalazie stark erhö[…] Kalziumwerte. Die Behandlung der Rachitis mit bestrahltem Erg[…] sterin ist nicht nur theoretisch sondern auch praktisch von ga[…] hervorragender Bedeutung.

Zur Therapie der Säuglingsrachitis mit aktiven Ergosteri[n]präparaten. (Vigantol.) Verfasser bezeichnet das Vigantol als e[…] außerordentlich wirksames Heilmittel der Rachitis; er betont auße[…] dem die einfache Anwendbarkeit des Medikamentes auch unter u[…] günstigen äußeren Verhältnissen. Bei der dringend erforderlich[…] Rachitisprophylaxe scheint das Mittel berufen, eine bedeutende [...] vielleicht die wichtigste — Rolle zu spielen.

Ueber die Wirkung des Ergosterins auf die Rachitis. Verfass[…] schließen aus ihren Untersuchungen, daß die Wirkung des Erg[…] sterins auf die Rachitis der Säuglinge in Art und Schnelligkeit d[…] bisher am intensivst wirkenden antirachitischen Mittels, der küns[…]

hen Höhensonne, gleichzusetzen ist. Mit dieser Feststellung wird m Ergosterin unzweifelhaft der Vorrang zugesprochen. Denn dem gosterin haften nicht jene Nachteile an, die einer erwünschten gemeineren Anwendung der Höhensonne stets im Wege gestanden ben — das Fehlen derselben in ländlichen Bezirken und die starke itversäumnis für die Mütter beim Besuch der Bestrahlungsstätten größeren Orten. Diese Nachteile haben sich vor allem bei der ophylaktischen Bekämpfung der Rachitis geltend gemacht, so daß n bisher meistens gezwungen war, hier auf den wenig zu-rlässigen und von den Kindern häufig abgelehnten Phosphorleber-n zurückzugreifen. Gerade für den prophylaktischen Kampf ver-echen sich die Verfasser von dem Ergosterin besonders viel; sie ten das Mittel für berufen, eine bisher recht unangenehme Lücke szufüllen.

Ueber die Beeinflussung des Verlaufes einer schweren Osteo-lazie durch bestrahltes Ergosterin. Eine Osteomalazie, welche h wiederholten Schwangerschaften im Verlaufe von 14 Jahren zur twicklung gekommen und in den letzten 7 Jahren trotz aller rapeutischer Versuche, eingeschlossen eine Ovarienentfernung, in ternder Verschlechterung begriffen war, zeigte durch Verab-chung von bestrahltem Ergosterin (Vigantol) eine auffällige und tzlich eintretende Besserung. Für die Beurteilung erscheint chtig, daß während eines dieser Medikation unmittelabr voraus-enden 3 monatlichen klinischen Aufenthaltes und verschiedenster rapeutischer Einflußnahme neben bester Schonungsbehandlung n Ansatz zu einer Besserung aufgetreten war; die Besserung trat va 12 Tage nach dem Beginn der Ergosterinzufuhr ziemlich un-mittelt in Erscheinung und schritt rasch vorwärts. Verfasser mt an, daß ohne die vorzeitige Unterbrechung der Kur und ohne früher gar nicht mögliche plötzliche Arbeitsüberanstrengung noch bedeutenderer Erfolg hätte erzielt werden können. Ver-ser hält es daher unbedingt für angezeigt, in jedem derartigen le die Verabreichung des Präparates durchzuführen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

24. Jahrg., Nr. 15, 1. August 1927.

Hypertonus und Apoplexie. Hypertonie ist eigentlich ein nisch funktioneller Begriff und bedeutet Steigerung des Blut-cks. Hieraus ergeben sich anatomische Veränderungen, die als sache oder Folge der Blutdruckerhöhung anzusehen sind. Im liegenden Artikel wird nur die sogenannte essentielle Hypertonie andelt, bei der die Blutdruckerhöhung das einzige Symptom ist. Mist findet man eine erhebliche Herzhypertrophie, die als Folge Hypertonus anzusehen ist. Ferner findet man regelmäßig eine eriosklerose der Nieren. Daß die Blutdrucksteigerung von den renveränderungen abhängt, ist nur möglich, wenn entweder als ge der Sklerose schwere Nierenveränderungen zu beobachten ren oder aber eine so bedeutende Verengerung des Querschnittes Arterien eingetreten wäre, daß hierdurch die Blutdrucksteigerung hanisch zu deuten wäre. Das Erstere trifft nicht zu, die zweite ahme nur dann, wenn gleiche Veränderungen im ganzen Organis-s vorhanden sind. Auch dieses ist nicht der Fall, somit fällt die glichkeit der mechanischen Erklärung fort. Für die Aetiologie Arteriosklerose kommen mechanische Momente und Stoff-chselstörungen in Frage, die immer nur zusammen wirken. Die lreichen Untersuchungen zeigen, daß beim Hypertonus erstens Dehnungsbereitschaft und ferner eine solche zur Dauer-traktion der Gefäße besteht. Die Herzhypertrophie und Gefäß-änderungen sind demnach als Folge des Hypertonus oder der mit zusammenhängenden Stoffwechselstörung anzusehen. Verfasser andelt nunmehr den Zusammenhang zwischen Apoplexie und pertonus. Man findet in der Mehrzahl der Fälle von Gehirn-olie einen klinischen Hypertonus und es gilt die Frage zu beant-rten, wie Ausnahmefälle zu erklären sind. Die Blutung ist sicher t die Folge des Zerreißens der Gefäße, da ein solches bei ßen Gefäßen niemals vorkommt. Die Blutungen im Gehirn sind h keine Massenblutungen, sondern es konfluieren zahlreiche ne Blutungen. Westphal fand einen Prozeß ziemlich regel-ßig, den er als Angio necrose bezeichnet und glaubt, daß zuerst Anaemie durch Gefäßkrampf entsteht, die dann eine Autolyse Folge hat; sowohl durch Experiment als auch durch klinische bachtung konnte diese Theorie erhärtet werden. Die Angio-neurose und somit die Gehirnblutungen sind eine Folge des Blut-abschlusses. In der Aetiologie der Apoplexien spielen also Gefäß-krämpfe eine große Rolle, die ursächlich durch einen Hypertonus bedingt sind. Ein uns früher so einfach erscheinender Vorgang setzt sich aus zahlreichen verwickelten Vorgängen zusammen und viele Fragen, wie z. B.: „Warum diese Prozesse nur im Gehirn auftreten?" sind noch ungeklärt.

Die theoretischen Grundlagen und das Anwendungsgebiet der Autovakzinetherapie. Wenn man einem Organismus abgetötete Bak-terien einverleibt, so bildet er spezifische Schutzkräfte, die ver-schiedene Eigenschaften haben, nämlich Bakterien abzutöten oder aufzulösen, sie zusammenzuklumpen oder sie für die Aufnahme von Leukozyten geeignet zu machen. Die von Wright angegebene Bestimmung des Opsoningehalts des Serums galt als die beste Methode, auf der sich die gesamte Vakzinebehandlung aufgebaut hat. Von Wichtigkeit ist die richtige Dosierung. Heute ist diese Methode verlassen und der Praktiker ist bezüglich der Dosierung auf klinische Erscheinungen angewiesen. Das einverleibte Antigen, das vom Organismus abgebaut wird, führt zu Ueberempfindlichkeits-erscheinungen, wenn es auf genügende Mengen von Anti-Körpern stößt. Es soll den Körper zur Bildung von Schutzstoffen anregen. Das eigentliche Gebiet sind lokalisierte Infektionen, bei denen von einem Herd zu geringe Antigenmengen ausgeschieden werden. Bei entsprechender Dosis entsteht eine Herdreaktion, die den Kampf zwischen Angriffs- und Abwehrkräften darstellt. Ist die Vakzine-gabe zu groß, so wird der Organismus geschädigt; es ist daher von Wichtigkeit, den Gewebsreiz exakt zu dosieren. Dies geschieht praktisch, indem man mit kleiner Dosis beginnt und, vorsichtig steigend, zu einer Herdreaktion gelangt. In den letzten Jahren ist man von der Behandlung der lokalisierten Infektionen auch zu solchen mit septischem Einschlag übergegangen, z. B. derFurunku-lose, der Gonorrhoe, der Pneumonie u. a. Zur Behandlung ver-wendet man meist abgetötete Bakterien, obwohl sie durch die Proze-dur des Abtötens in ihrer Fähigkeit, den Organismus zur Anti-Körperbildung anzuregen, geschädigt werden, denn bei Verwendung lebender Bakterien sind Schädigungen nicht immer auszuschließen. Verfasser schildert dann seine Methode zur Herstellung von Vak-zinen. Da die einzelnen Stämme sich nicht gleich verhalten, so hat man im Handel polyvalente Vakzine hergestellt, die aus Stämmen verschiedener Herkunft bestehen. Das beste Antigen stellt die Auto-vakzine dar, zu deren Herstellung man den spezifischen Erreger selbst verwendet. Ob die Autovakzine besser wirken, als die poly-valenten ist eine Frage, die bei den einzelnen Erregern verschieden zu beantworten ist. Bei den B. coli kommt nur Autovakzine in Frage. Bei den Gonokokken hängt die Wirksamkeit ebenfalls von der Autovakzine ab. Da diese stets frisch bereitet wird, während die fabrikmäßig hergestellten Stoffe ihre Haltbarkeit verlieren und infolge autolytischer Prozesse keine Bakterien mehr enthalten. Man ist bei der Herstellung daher so vorgegangen, daß man das Her-stellungsdatum vermerkt, die Vakzine kühl aufbewahrt und das Präparat vor dem Gebrauch schütteln muß. Da die Pneumonie oft eine Mischinfektion darstellt, verwendet man hier gern Mischauto-vakzine. Neben den abgetöteten Aufschwemmungen gibt es Vak-zine, die die Bakterienleiber aufzuschließen imstande sind. Hierzu gehören bestimmte Tuberkuline. Schließlich hat man Impfstoffe mit unspezifischen Mitteln (Yatren) kombiniert.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Hauptsache bei der Vakzinetherapie die Erzielung einer Herdreaktion ist. Diese läßt sich zwar auch unspezifisch erreichen, jedoch benötigt man einer viel größeren Dosis und kann bisweilen die Zelle überlasten und schädigen. Zum Schluß gibt Verfasser eine Zusammenstellung der verschiedenen Erkrankungen, bei denen eine Vakzinetherapie an-gezeigt ist.

24. Jahrg., Nr. 16, 15. August 1927.

Beitrag zur Arthritis gonorrhoica. Die Zahl der schweren Kom-plikationen bei Gonorrhoe hat in den letzten Jahren starke Zunahme erfahren, besonders gilt dies für die Arthritis. Verfasser fand bei 640 Kranken 42 mal eine Gelenkerkrankung. In erster Linie ist das Kniegelenk befallen, seltener die kleinen Gelenke. Verfasser schildert zwei sehr seltene Fälle von Gelenkerkrankungen und zwar einmal die des Hüftgelenkes und ferner die des Atlanto Occipitalgelenkes. Die meisten Entzündungen der Gelenke enden mit einer völligen Wiederherstellung. Neben der üblichen Gelenkbehandlung haben sich intravenöse Injektionen von Arthigon gut bewährt. Die Wir-kung erstreckt sich jedoch nur auf die Gelenkerkrankung, während die gonorrhoische Urethritis nicht beeinflußt wurde.

Allgemeine Therapie der Blutkrankheiten. Bei den Blutkrankheiten ist man hauptsächlich auf die Behandlung der Symptome angewiesen, nämlich bei Hypofunktion Bewirkung vermehrter Tätigkeit, bei Hyperfunktion Dämpfung und Verhinderung etwaigen pathologischen Blutzerfalls. Eine besondere Stellung nimmt die Anämie infolge größeren Blutverlustes ein, auf die Verfasser nicht näher eingeht. Wichtig ist nur die Erkenntnis, daß bei dem Ersatz von Blutmengen kolloidale Flüssigkeiten die wässerigen Lösungen bei weitem übertreffen. Die Frage der Transfusion, deren Technik so vereinfacht ist, spielt heute eine sehr wichtige Rolle. Verfasser lehnt die Benutzung veränderten Blutes ab und empfiehlt lediglich die Uebertragung frischen Vollblutes. Seitdem die Hämotestkapillaren im Handel sind, ist die Bestimmung der Gruppen sehr erleichtert worden und Zwischenfälle gehören zu den Seltenheiten. Die Frage, ob durch die Bluttransfusion eine Ersatztherapie getrieben wird, ist zu bejahen. Die arteigenen Blutkörperchen erhalten sich mehrere Wochen im neuen Organismus und beteiligen sich am Gaswechsel. Daher ist die Uebertragung größerer Mengen von besonderem Nutzen. Wahrscheinlich wird auch ein Reiz auf das Knochenmark ausgeübt. Auch die Reizwirkung von intramuskulär injizierten Blutmengen ist unbestritten. Der Wert der Bluttransfusion bei hämotoxischen Anämien ist schwerer zu beurteilen. Das ersetzende Moment tritt in den Hintergrund, jedoch hat Verfasser bei der Perniziosa ebenfalls Nutzen von großen Transfusionen gesehen. Schließlich wirken Bluttransfusionen bei der Hämophilie ausgezeichnet. Gerade hier darf man keinesfalls verändertes Blut verwenden. Zufälle können sich auch bei einwandfreier Technik bisweilen einstellen. Zu den besten Maßnahmen bei Blutkrankheiten gehört die Strahlentherapie. Unter ihrer Wirkung verkleinern sich große Milztumoren, verschwinden die Drüsenpakete und bessert sich das Allgemeinbefinden. Wenn auch die Lebensdauer nicht verlängert wird, so bleiben doch die Kranken viele Jahre arbeitsfähig. Bei der Polyzythämie wirkt die Bestrahlung des Knochenmarks ausgezeichnet; auch andere radio-aktive Substanzen, namentlich das Thorium X, haben gute Wirkung, jedoch konnten sie die Röntgenstrahlen nicht verdrängen. Nur bei schweren Anämien, besonders der Perniziosa, wirkt das Thorium X in kleineren Dosen als ausgezeichneter Reiz. Die Klimatotherapie, deren wichtigster Faktor die Sonnenstrahlung darstellt, wirkt besonders bei Kindern oft verblüffend. Das Höhenklima, das schon bei Normalen eine Zunahme der roten Blutkörperchen bewirkt, beeinflußt die Blutkrankheiten häufig sehr günstig. Das Seeklima schließlich hat ebenfalls günstigen Einfluß auf anämische Menschen, wohl auch im Zusammenhang mit der Sonnenstrahlung. Von den Arzneimitteln herrscht auch heute noch das Eisen und Arsen vor. Bei dem Eisen ist man in den letzten Jahren zu bedeutend größeren Dosen übergegangen, neuerdings führt man Eisensalze rektal zu, die bisherigen Ergebnisse versprechen gute Erfolge. Das Hauptgebiet der Arsenbehandlung ist die perniziöse Anämie. Wichtig ist, daß genügend große Mengen gegeben werden. Neisser empfahl die sogenannten Arsenstöße, die eine starke Steigerung des Hämoglobins bewirken. Bei Beginn dieses Symptoms muß das Arsen fortgelassen werden und erst bei Stillstand erfolgt ein neuer Arsenstoß. Verfasser erwähnt ferner die Trinkkuren mit arsen- und eisenhaltigen Quellen. Die Verwendung von Schilddrüsenpräparaten wird vom Verfasser nicht empfohlen. Nach Ansicht mancher Autoren soll das Knochenmark durch vorhergegangene Schilddrüsenbehandlung für das Arsen anspruchsfähig werden. Kleine Joddosen sollen eine ähnliche Wirkung haben. Die Benzolbehandlung der Leukämie hat gelegentlich so schwere Nebenwirkung, daß man sie ablehnen muß. Bei den hämorrhagischen Diathesen wirkt das Kalzium besonders in der Form des Afenils häufig gut. Die intestinale Behandlung der Anämien bei Anwesenheit von Parasiten bewirkt sehr rasche Besserung nach Abtreibung derselben. Dagegen ist bei der Perniziosa die intestinale Behandlung oft unsicher, obwohl man bei Untersuchungen über Bakterienflora des Dünndarms festgestellt hat, daß bei perniziös Anämischen eine reichliche Bakterienmenge eine ursächliche Rolle spielt. Die Bewirkung von Blutregeneration durch Injektion von Serum steht außer Zweifel, gehört aber wohl zur allgemeinen Reizkörpertherapie. Da man beobachtet hat, daß chronische Leukämien durch Ueberstehen von Infektionskrankheiten günstig beeinflußt werden, verdient vielleicht die Malaria-Behandlung nach den guten Erfolgen bei der Paralyse, auch bei den Leukämien versucht zu werden. Von den chirurgischen Eingriffen ist beim hämolytischen Ikterus die Milzexstirpation von guter Wirkung, jedoch bei der Perniziosa nur dann anzuwenden, wenn alle anderen Mittel versagen. Schließlich ist die Diätetik der Anämien zu erwähnen, die in jüngster Zeit gute Fortschritte zu verzeichnen hat. Es ist ohne Zweifel, daß allein durch Diät die Blutbildung beeinflußt werden kann. Die Heilung der Blutkrankheiten liegt noch in weiter Ferne, wenn auch die symptomatische Therapie in den letzten Jahren wichtige Fortschritte gemacht hat.

Kosminski, Berlin.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatri

109., 3. Heft.

Psychopathische Schlafsucht. Ein Beitrag zur Psycho depressiver Zustände. Verf. berichtet über mehrere Fälle Schlafsucht. Diese trat als Vermehrung und Vertiefung qualitativ normalen Schlafes auf. Häufig kam sie als Sym leichter depressiver Zustände vor. Physiologisch faßte er sie Bedingungsreflex auf gewisse monotone, länger wiederkehre nicht überstarke, aber unlustbetonte Reize (Erwartungsspann Angstaffekte) auf. Psychologisch glaubte er, sie als eine „Fluc den Schlaf", um Lebensschwierigkeiten abzuwenden oder zuweichen, auffassen zu können. Biologisch handelte es sich d wohl um eine Schutzreaktion, die den psychischen Organismus schwerer Schädigung bewahrt (Totstellreflex niederer Tiere). war dabei anzunehmen, daß diese Erscheinung konstitutionell dispositionell eine besonders gute Verfassung des Schlafsteueru apparates voraussetzte. Das Symptom ist als klinisch-prognos nach der Ansicht des Verf. vorwiegend von günstiger Bedeut Einer Behandlung bedarf es nicht, weil es dem Heilungsvorg dient. Auch K. Weiler und Wilh. Mayer haben in der Psychiatri Neurolog.-Gesellschaft bei der Diskussion über dieses Thema Reihe von Fällen mit ähnlichen Schlafzuständen berichtet.

Ein Beitrag zur Frage der Salvarsanschäden bei der Behand von Spätluetikern. Wie andere Autoren bei der Salvarsanbehand eine Häufung der Zwischenfälle in den letzten Jahren zu verzeich hatten, so hat auch Verf. 1925 und im ersten Halbjahr 1926 1451 Injektionen (Neo-Silbersalvarsan, selten Sulfoxylat) 6 sic und 2 fragliche Salvarsanschäden, 3 letal endigend, beobac während er von 1921 bis inkl. 1924 bei 2744 Injektionen nur und da leichte angioneurotische Symptome oder subfebrile Ter raturen fand, die bei Anwendung eines anderen Lösungsm oder Erniedrigung der Dosis ausblieben. Von 8 angeführten Fä die Salvarsanschäden zu verzeichnen hatten, hatten 7 eine Mala kur durchgemacht. Zwischenfälle blieben erspart, als späterhin schwer tolerierte Dosis 0.6 nur selten verwendet wurde und Gesamtmenge 3 g nicht überschritt. Verf. kommt im weiteren dem Schluß, daß Impfmalaria das Auftreten von Salvarsanschä begünstigen kann. Diese Eigenschaft zwingt zur Vorsicht Anwendung der üblichen Salvarsanbehandlung, wenn auch Impfmalaria keineswegs von ihrem hohen therapeutischen V verliert. Kommt für die Salvarsantherapie allein dem Alter, schlecht, der Vorbehandlung und der Konstitution des Kranken so sicher auch dem Stadium der Erkrankung eine besondere Bedeut zu, so ist bei der Kombination mit einer Malariakur die Reakti fähigkeit des Organismus anscheinend von großer Wichtigkeit ihre häufige Kontrolle vor und während einer Reizkörperbehandl ein wertvoller Indikator für die Fortsetzung oder Kombination anderen Behandlungsmethoden.

Pathologische Reflexe in der interparoxysmalen Periode Epilepsie. Auf Grund der Untersuchungen von 125 Epilepsiefä kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen: In einem bedeuten Prozent der Epilepsiefälle kann man in der interparoxysma Periode pathologische Reflexe (bei ungefähr ⅔ aller Fälle Gordonschen, bei ungefähr ½ aller Fälle den Oppenheimschen bei ca. ¼ aller Fälle einen mehr oder weniger deutlichen Babin schen Reflex) erhalten. Bei Auslösung des Gordonschen Refle empfiehlt Verf., mit den Daumen beider Hände von oben auf Unterschenkelknochen und mit den anderen Fingern von unten den Muskel einen starken Druck auszuüben. In bezug auf die Reflex gibt es keinen wesentlichen Unterschied zwischen den „symptomatischen" und den sog. „essentiellen" (gemeinen) Epileps Babinski kommt fast ausschließlich bei groben organischen Forn vor. Der G.- und O.-Reflex finden sich bei allen Formen Epilepsieanfälle einschließlich „petit mal", Psychosen und Aequi

nten. Sie kommen (etwas weniger der empfindsame O.-R.) augenscheinlich öfter bei Personen mit häufigeren und zahlreicheren ıfällen als in Fällen mit seltenen Anfällen vor. Das muß aber an ößeren Serien von Beobachtungen nachgeprüft werden. Der -R. kommt ferner bedeutend (fast zweimal) häufiger auf einer ite vor, das B.-Zeichen gleich oft oder etwas häufiger auf beiden iten. Ein nicht seltenes Antreffen eines kontralateralen G.- und -R. ist auf der Seite des Bewegungseffekts als positiv einzuhätzen. Der G.-R. ist wohl als prodromale Variante des B.-R. ızufassen. Er charakterisiert leichte, initiale, reparable Formen r Pyramidenschädigung. Seine Verquickung mit verschiedenen zeichen eines Babinski ist nicht selten. Sobald sich ein wirklicher entwickelt, verschwindet er manchmal und kann auf der anderen ite erscheinen. Wenn der G.-R. interparoxysmal vorhanden ist, kann man gewöhnlich während des Anfalles und unmittelbar ch demselben einen B. beobachten. Der O.-R. nimmt eine mittlere ellung zwischen dem G.-R. und dem B.-R. ein, steht jedoch dem steren näher. Diese Resultate beweisen, daß in der Mehrzahl der ilepsien Anzeichen einer permanenten Pyramidenschädigung vorigen, ohne Unterschied zwischen den sog. symptomatischen und n sog. essentiellen Formen. Alle Epilepsien sind entweder gleich n Anfang an organisch, oder sie werden es; im ersteren Falle sind organischen Schädigungen die Ursache, im zweiten Falle sind sie e Folge der Anfälle. Diese Behauptung, die auf anatomischen funden fußt, wird nunmehr auch klinisch augenscheinlich. Praktch spielen die Resultate eine Rolle, indem bei positiven pathologiıen Reflexen auf den epileptiformen Charakter von Anfällen gewiesen und die Möglichkeit einer Hysterie und Simulation sgeschlossen werden kann.

Symptomatische Narkolepsie und Hyperventilation. Verf. definiert Narkolepsie „als ausgezeichnet durch das Auftreten von teils ktiven, teils spontanen Anfällen, deren Bild sich in verhiedenster Kombination aus Tonusverlusten in verschiedenen skelgruppen, Bewußtseinstrübung und Veränderungen am vegetiven Apparat zusammensetzt. Dabei sind diese krankhaften Zunde durch Sinnesreize aufhebbar". Der Narkolepsie dürfen nur che Fälle zugerechnet werden, bei denen sowohl reaktive wie ntane Anfälle auftreten. Als sicher symptomatische Narkolepsien iben überhaupt nur Fälle nach Encephalitis epidemica. Der erste der Arbeit hierfür angeführte Fall hat besonderes Interesse wegen ichzeitigen Vorkommens postencephalitischer Charakterveränderigen mit Narkolepsie. Außerdem zeigte der betreffende Patient genüber verschiedenen affektiven Einflüssen verschiedene reaktive kolentische Erscheinungen (auf Zornaffekt auftretende Bewußtstrübung in Aufregungen). Der zweite erwähnte Fall ist wegen nes Verhaltens bei der Hyperventilation veröffentlicht worden. Es Einschlafen des Pat. bei der Ueberlüftung hält Verf. durch ysikalisch-chemische Veränderungen bedingt. An chronischer lafsucht, aber nicht an anfallartigen Schlafzuständen leidende Ezephalitiker schliefen bei Hyperventilation nicht ein. Es müssen sin also die postenzephalitischen Narkoleptiker von den postephalitisch Schlafsüchtigen durch irgendwelche Differenzen im hnoralen Verhalten unterscheiden. Die Anfallsbereitschaft bei ptenzephalitischen Zuständen gegenüber bei anderen extrapyramiden Erkrankungen läßt annehmen, daß die Enzephalitis außer einer Lsion der Zentren, die im Anfall wirksam werden, noch eine witere Komponente der Anfallsbereitschaft durch zerebral bedingte vetative Störungen schafft. Unter Anfallszuständen, die spontan a treten und durch Hyperventilation auslösbar sind, hat man epilepthe Anfälle und Dämmerzustände, Migräne-, Crampus-, Schau(lzephalitis)-Anfälle, Schlafzustände bei postenzephalitisch symptotischer Narkolepsie und vasomotor. Anfälle bei Neigung zu solchen in postenzephalitischen Zuständen (3. erwähnter Fall). Nach angestellten Versuchen scheint es Verfasser sicher, daß der auch bei nht an Anfällen leidenden Personen durch die Hyperventilation h vorgerufene Zustand Beziehungen zum Schlafzustand hat, die sih vor allem in der beiden gemeinsamen Bewußtseinstrübung, dem Bwegungsausfall und dem nicht seltenen Augenschließen bei Hperventilierten kundtun. Erhebliche Unterschiede im Verhalten dbei weisen auf konstitutionelle Differenzen hin und eröffnen Ausbke für die Lösung weiterer Fragen durch Anwendung der Hypervtilation.

Liquoruntersuchungen an Typhusbazillenträgern. Auf Grund vı Beobachtungen an 13 Dauerausscheidern kam Verfasser zu fendem Ergebnis: Der Liquor cerebrospinalis von Typhusbazillentgern war, wie zu erwarten, bazillenfrei, er enthielt keine Azlutinine und zeigte in seinem zytologischen, chemischen und kloidchemischen Verhalten keine Abweichungen vom normalen Luor.

Zur Frage der diffusen Sklerose. An Hand eines in der Arbeit d. näheren beschriebenen Falles kommt Verfasser zu der Festsllung: Dieser Fall gehört mit einigen anderen in der Literatur niedergelegten Fällen zusammen in eine Untergruppe der diffusen Sklerose. Diese betreffenden Fälle stehen zwar der multiplen Sklerose sehr nahe, unterscheiden sich aber von ihr durch eine Reihe von Merkmalen in auffälliger Weise. Klinisch ist diese Gruppe durch den Beginn im jugendlichen Alter, das unaufhaltsame Fortschreiten, das Hinzutreten schwerer Verblödung zu den Zeichen der spastischen Lähmung aller vier Extremitäten gekennzeichnet. Anatomisch ist gegenüber anderen Entmarkungsprozessen eine Abgrenzung möglich durch die Größe der Herde, ihre Symmetrie und Bevorzugung bestimmter Hirnteile: Centrum semiovale, Kleinhirnhemisphären ohne Flocculus, Hirnschenkelfuß, Brückenfuß, Kleinhirnbrückenarme. Besonders bemerkenswert erscheint die Entmarkung der vorderen Kommissur innerhalb eines sonst intakten Gebietes. Ferner ist gegenüber der multiplen Sklerose hervorzuheben der völlige Ausfall der Pyramidenbahnen, sowie andererseits das Verschontbleiben der Gegend um die Seitenventrikel außerhalb des Gebietes der diffusen Entmarkung.

Ueber die Bedeutung der optischen Komponente der amaurotischen Idiotie in diagnostischer und erbbiologischer Beziehung und über die Existenz „spätester" Fälle bei dieser Krankheit. Mehrere Krankheiten des Augenhintergrundes (Retinitis pigmentosa mit Varianten, progressiv familiäre Heredodegeneratio der Macula, gewisse Formen der hereditären Sehnervenatrophie), ebenso der rezessiv vererbbaren Taubstummheit und nervösen Schwerhörigkeit bilden mit den verschiedenen Formen der amaurotischen Idiotie eine nosologische Einheit. Alle diese Erkrankungen können im Erbgange selbständig, aber auch mit dem Degenerationsprozeß im Gehirn gemeinsam auftreten. Wie die infantile Form der a. I. am häufigsten, so ist auch die Komplikation derselben mit typischer Maculaveränderung der häufigste Befund. Bei spätinfantilen und juvenilen Fällen der a. I. häufig Verschiedenheit, bei beobachteten Spätformen Fehlen der optischen Komponente. In der Aszendenz aber in reiner Form ohne a. I. ist sie vorhanden. Späteste Form: Beginn des Hirnleidens Mitte des vierten oder Anfang des fünften Dezenniums. Von den Phänotypen des Erbleidens am häufigsten isolierte Augenerkrankung. In den zwei Fällen von spätester Form hatte sich das Leiden in Auge, Ohr und Gehirn manifestiert. Bei letzteren, wie auch sonst nicht ungewöhnlich, besonders intensive Kleinhirnerkrankung. Kleinhirnatrophie bei der atypischen Form ist von der letzten Pierre-Marieschen Erkrankung nur durch Begleiterscheinungen (optierte Komponente, nervöse Schwerhörigkeit), durch Phänotypen bei Familienmitgliedern, durch Vererbungsmodus (rezessiver Modus bei a. I.) zu unterscheiden. Die Ergebnisse widersprechen der Ansicht, daß alle heredofamiliären Organopathien des Zentralnervensystems eine große pathogenetische Einheit bilden. Die anscheinende Multiplizität der Organopathien wird durch mehrere Phänotypen der gleichen Erbkrankheit vorgetäuscht. Auch histopathologisch wurde dies von Bielschowsky bestätigt. Eine schwere heredodegenerative Organopathie hat bei der rezessiven Vererbungsform viel mehr Aussicht auf Weiterverbreitung als eine solche, die dominant sich vererbt, zumal wenn die betroffenen Individuen durch das Erbübel so schwer geschädigt sind, daß sie für die Fortpflanzung nicht in Frage kommen (Tuberöse Sklerose ungünstige Vererbung). Untersuchungen über Abhängigkeit der a. I. von endokrinen Störungen sind bisher ohne Ergebnis geblieben. Die Lebersche hereditäre Optikusatrophie unterscheidet sich von den geschilderten Augenaffektionen durch den rezessiv geschlechtsgebundenen Vererbungsmodus ersterer. Die komplizierte heredofamiliäre Optikusatrophie im Kindesalter (Behr) hat als Unterscheidungsmerkmale außer dem frühen Beginn noch multiple nervöse Störungen (Nystagmus, Hypertonie, ataktische Störungen, Blasenstörungen).

Schizophrene Psychosen bei Encephalitis lethargica. Verfasser führt einen Fall an, der körperlich das Bild des Folgezustandes der Encephalitis lethargica in der akinetisch-hypertonischen Form bietet. Die Psychose, die bei dem Patient beobachtet wurde, entspricht in ihrer ganzen Art einer Schizophrenie und würde sicher als eine Schizophrenie gewertet werden, falls sie isoliert von den körperlichen Erscheinungen aufgetreten wäre. Ueber den Zeitpunkt der akuten Enzephalitis ist nicht Sicheres bekannt (wahrscheinlich 1918/19). Erste Parkinsonerscheinungen vermutlich anfangs 1924, denn Ende 1924 waren sie bereits voll ausgebildet. Der psychotische Anteil des Krankheitsbildes erschien 1924 dem Facharzt noch als Depression. Es entwickelte sich erst in der Folgezeit so, daß es April 1926, bei der Anstaltsaufnahme als Schizophrenie voll ausgebildet war. Die Ursachen und Zusammenhänge können nicht geklärt werden. (Erkrankung eines Schizophrenen an Encephalitis lethargica? Idiotypisch bedingte Veranlagung zur schizophrenen Erkrankung des Patienten im besonderen bei der Sonderartung der bäuerlichen Bevölkerung, aus der er stammte, durch Enzephalitis mobilisiert?)

Hans Knospe, Berlin.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.

64. Heft 5/6. August 1927.

Entziehung von Morphium und Paraldehyd. Der ausschließliche oder neben anderen Giften überwiegende Mißbrauch von Paraldehyd führt in der Abstinenz über häufig zu vorübergehenden Geistesstörungen meist deliranten Charakters, deren Ausbruch auffallend oft ein epileptiformer Anfall unmittelbar vorhergeht. Klinische Unterscheidungsmerkmale gegenüber dem Alkoholdelir sind, ebensowenig wie von Abraham für das „Morphiumdelir", von Kraepelin für das „Paraldehyddelir" überzeugend gegeben worden. Auf Grund des deliranten Bildes allein sind wir nicht imstande festzustellen, ob chronischer Alkoholismus, Morphinismus oder Paraldehydismus vorgelegen hat. Die weitere Beobachtung einer größeren Anzahl entsprechender Fälle wird vielleicht feinere Differenzierungen ermöglichen.

Pyknolepsie. Drei Fälle werden mitgeteilt. Es wird der Begriff der Dienzephalosen als einer Gruppe von Erkrankungen, die sich auf dem Boden einer angeborenen Schwäche bzw. Minderwertigkeit des Zwischenhirns entwickeln, geprägt. Als Paradigma der Dienzephalosengruppe wird das Bandel-Biedlsche Syndrom angeführt. Die große Gruppe des Arthritismus der französischen Autoren, ferner die Narkolepsie, die Pyknolepsie, die Affektepilepsie, das manisch-depressive Irresein werden als Dienzephalosen betrachtet. Es wird auf das fehlende resp. verminderte pyrogenetische Reaktionsvermögen sowie auf die Veränderungen der Konfiguration des Türkensattels („geschlossene Sella", Dorsum elongatum, kleine seichte Sella turcica) als Stigmen der dienzephalen Insuffizienz aufmerksam gemacht. Die verschiedenen Krampfanfälle werden nach ihrem Entstehungsort und Ausbreitungsmodus in die „kortikopetaler Natur" einerseits und die „kortikozentrischer bzw. kortifugaler Natur" geteilt. Als das wichtigste pathogenetische Bindeglied zwischen der gemeinen Epilepsie, der Hysterie, der Pyknolepsie, der Narkolepsie, der psychasthenischen Krämpfe Oppenheims wird die dienzephale Insuffizienz hervorgehoben.

Dissoziierte Empfindungsstörund und bulbärer Herd. Apoplexiform entstandener Herd mit folgendem Symptomenkomplex: Parästhesien in der rechten Nasenschleimhaut und in der Gegend des linken Ellbogen- und Kniegelenks (Wärmesensationen); Entwicklung einer mehr stabilen Thermoanästhesie im Bereich einer Gelenkzone (linkes Kniegelenk); eigentümliche reflektorische Ausstrahlung von Parästhesien (Kitzelgefühl) aus einem Druckpunkt am linken Unterschenkel ins linke Kniegelenk. Es wird angenommen ein Herd ventral vom Trigeminushalbmond, in der Höhe der ersten Einstrahlung der Vestibulariswurzel. Wahrscheinlich sind Fasern lädiert, die im unteren lateralen Teil des Corpus restiforme ziehen; daher der Sensibilitätsdefekt in der Kniegelenkzone.

Babinskischer Reflex. Der Fußsohlenreflex des Säuglings bis zum ersten Lebensjahr ist als eine bestimmte mit dem Babinski aufs engste verwandte Reaktivbewegung aufzufassen. Er ist aber in seiner Bedeutung vom Babinski etwas verschieden, da bei seinem Zustandekommen außer der mangelhaften Pyramidenentwicklung auch der Wegfall gewisser hemmender Einflüsse von seiten des noch nicht voll entwickelten Striatums eine gewisse Rolle spielt. Durch Skopolamin in Dosen über 0,001 kann man auch bei völlig nervengesunden Menschen, einen Babinski hervorrufen. (Wirkung des Mittels auf die Pyramidenbahn). Der Babinski ist vom Tonus ganz unabhängig. Skopolamin setzt z. B. den Tonus herab und ruft Babinski hervor, Physostigmin wirkt tonussteigernd und bringt den Babinski zum Schwinden. Das Fehlen des Babinski ist auch bei hochgradiger Pyramidenbahnläsion möglich, wenn die tiefen Zentren gleichzeitig zerstört werden. Der Babinski wird von der Schaltung im spinalen System mitbestimmt und ist auch vestibulären Einflüssen unterworfen. Das Verschwinden des Babinski bei der Esmarchschen Blutleere beweist, daß der Babinski auch ganz peripher angegriffen werden kann.

Kurt Mendel, Berlin.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 31.

Zur Technik der sakralen Resektion des Mastdarmkrebses. schlag zur Vermeidung der Darmrandnekrose und Fistelbildung dieser Operation. — Nach Anlegung eines Anus praeter operiert in Lumbalanästhesie: Osteoplastischer Steiß-Kreuzbeinlappensch Keine Tamponade, im oberen und unteren Wundwinkel nur je Gummidrain. Am Schluß der Operation möglichstes Heben Damms mittels freier seitlicher Fadenschlingen. Dadurch wird spannung der Darmnaht erreicht.

Zur Frage der postoperativen latenten Tetanie. (Blutk untersuchungen.) Die gefundenen geringen Blutkalksenku kommen als Ursache postoperativer Tetanie nicht in Betracht. W scheinlicher handelt es sich um eine toxisch bedingte Nervenü erregbarkeit. Kalktherapie wirkt günstig. Die Zusammenhänge noch nicht klar.

Zur Frage der Verhütung des Myxoedems und der Tetanie Kropfoperationen. U. hat entgegen der allgemeinen Erfahrung 3500 Kropfoperationen nie Tetanie (oder Myxoedem) gesehen. glaubt dies auf seine Technik zurückführen zu können. Stets Lo anästhesie: 0,5% Novokain ohne Adrenalin. Nichts in die Nähe Epithelkörperchen spritzen (Anämie). Sämtliche Unterbindun innerhalb der Kropfkapsel im Drüsengewebe nicht am Gefäßsta Möglichste Schonung des retrothyreoiden Bindegewebes. Erhalt der hinteren medialen Randzone, vom Isthmus nur wenig wegnehm Wichtig sind die Diatetisch-medikamentösen Maßnahmen: V bereitungskur und Nachkur. Milch-Pflanzendiät.

Nr. 32.

Ueber eine neue Art der Behandlung der akut fortschreiten Phlegmone. Die Phlegmonenbehandlung hat im letzten Viertelja hundert keine wesentlichen Fortschritte gemacht. Frühinzision immer noch die sicherste Therapie. M. unterstützt diese du Spülung des entzündeten Gebietes von einem proximal gelege Venenstamm aus. Nach Stauung werden mehrere 100 ccm phy logischer Kochsalzlösung nach peripher gespritzt. Dann lock Tamponade der Inzisionen. Eventuell Wiederholung. Niemals fälle bei dieser Methode. M. empfiehlt das Verfahren auch zur handlung des Gesichtsfurunkels.

Die Aufblasung des Nierenbeckens für das Röntgenbild. Die L resp. Sauerstoffüllung des Nierenbeckens zur Kontrastdarstell nach dem Vorgange von Lichtenberg und Dietlen hat nicht sehr a gedehnte Anwendung gefunden, besonders wohl aus Besorgnis Emboliegefahr. Tierversuche und klinische Erfahrungen sprec gegen eine solche Gefahr. C. hat bei 310 Füllungen nie Schädigun erlebt außer mehr oder weniger starken Druckempfindungen gelegentlich leichten Schmerzen, auch bei doppelseitiger Aufblasu Technik: Dünner Nietherkatheter mit zylindrischer Spitze, der zur Ampulle mit Wandrin eingeführt wird. Beschreibung der E blasungsapparatur. — Vorher gut abführen. Warme keimfreie L wird langsam und gleichmäßig injiziert, bis ein anhaltendes Schme gefühl in der Nierengegend eintritt oder bis Luft hörbar in die Bl zurückdringt. Nachher Entleerung der Luft in Beckenhochlageru ein- bis zweistündige Ruhe. Das Verfahren eignet sich zur Darstell fast aller pathologischen Veränderungen, besonders von Stein Kleinste und strahlendurchlässige Steine werden sichtbar. Kle Steine werden eventuell durch den Luftstrom hinausbefördert. W es auf genaue Darstellung der Wand ankommt, soll Umbrenal Füllung verwandt werden.

Zur Frage über die Bedeutung der Blutgerinnungsvalenz für Krebsdiagnose. Die Feststellung der Blutgerinnungszeit nach Bo

l Rausche erweist sich als noch unzuverlässiger als andere serosische Methoden zur Krebsdifferentialdiagnose.

Zur pharmakologischen Wirkung von E 107. Nachprüfung der ›nbar unzureichenden pharmakologischen Voruntersuchungen des ›rtins. Im Kaninchenversuch zeigt sich eine sehr erhebliche Be›flussung des Atemzentrums. Schon bei geringen Dosen starke luzierung der Frequenz und des Volumens. Einige Kurven über Verlauf der Atmung während der Narkose. Der schwere Ein›f in den Gasstoffwechsel ist eine große Gefahr. Bei der klini›en Anwendung sind auch stets leichte Asphyxieerscheinungen zu ›bachten. Ferner im Versuch eine außerordentliche Verminde›g der CO_2-Empfindlichkeit des Atemzentrums; den Atemstörungen ›llel wurden verschiedene elektrokardiographische Verände›gen festgestellt. Außerdem konnte K. im Gegensatz zu Eichholtz ›bliche Blutdrucksenkungen beobachten. Die Maximaleinzeldosis Avertin ist nicht für die Dauer der Narkose ausreichend. ›ntuell sind kleinere Anfangsdosen mit nachherigen Zusätzen ›fehlenswert. Im ganzen ist noch weitgehende Prüfung des Ver›ens notwendig.

Zur Behandlung der Gastroptose durch Resektion. Sehr gute ›erresultate. Kein Anhaltspunkt, die Wirkung der Operation nur Suggestion (Lieck) zurückzuführen. Gute Heilungstendenz bei ›se (im Gegensatz zum Krebs) und rasche Erholung nach dem ›ßen Eingriff. Vier Fälle, deren Beobachtungszeit schon drei Jahre ›rt, werden im einzelnen beschrieben. Wichtig ist die diätetische ›hbehandlung.

Nr. 33.

Operative Klarstellung oder Annahme eines Schwangerschafts›rus. Unterbrechung der Schwangerschaft ist meist fehlerhaft. ›h bei länger dauerndem Ikterus werden Operationen an den ›enwegen gut überstanden. Einen idiopathischen Schwanger›ftsikterus gibt es nicht. Nach Beobachtungen des Verfassers ›int das Pankreas in der Schwangerschaft häufiger erkrankt zu ›i. Spastische Zustände in den Gallenwegen infolge erhöhter ›austätigkeit in der Gravidität werden von den Autoren bestritten. ›n bei Ikterus gravis — verschiedener Genese — kommt als ›apie nicht nur Schwangerschaftsunterbrechung in Frage.

Isolierte Luxation des Os naviculare pedis und deren Behand›r. Es wird ein Fall eingehend beschrieben, bei dem entgegen ›eren Autoren mit Exstirpation des Naviculare ein vorzügliches ›omisches und funktionelles Resultat erzielt wurde.

Ueber Herzblock nach Kropfoperationen. Bei großen Strumen ›mt es leichter zu Sympathikus- als zu Vagusstörungen, da der ›pathikus dem Druck nicht ausweichen kann. Aber auch der ›s kann gelegentlich stark durch Druck in Mitleidenschaft ge›n werden. Andererseits kann er erheblich verlagert werden. ›e schweren Herzstörungen nach Kropfoperationen, besonders ›rdykardien und Arrhythmien ist an Vagusschädigung zu denken ›n Atropin zu geben.

Ueber die Verletzungen des medialen Bandapparates am Knie›elnk. Die Diagnose ist leicht: Man prüft die Abduktion des ›nterschenkels gegen den Oberschenkel. K. hat in sechs Fällen ›o schwerer Bandzerreißung die Befunde operativ festgestellt. Bei ›teren „Distorsionen" konservative Behandlung, bei schweren ›eißungen Naht der Bänder resp. Raffung der überdehnten ›sel. Gute Endergebnisse.

Walter Grossmann, Berlin.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 36, 3. September 1927.

Zur Frage des Einflusses der Schwangerschaft auf das Wachstum des Gebärmutterkrebses. Das Hinzutreten einer Schwangerschaft zu einem klinisch und mikroskopisch sichergestellten Carcinoma uteri verursacht in den meisten Fällen, wie zuverlässig bestätigt ist, eine deletäre Wachstumszunahme des Krebses. Und dennoch konnte Verf. in einem Fall genau das Gegenteil beobachten, daß nämlich bei einem soliden Portio-Karzinom, das mikroskopisch-histologisch festgestellt war, eine hinzugetretene Schwangerschaft nicht nur keine Förderung des Krebswachstums, sondern vielmehr eine deutliche Hemmung desselben hervorrief, so daß die Patientin 10 Monate nach Feststellung des Krebses noch radikal zu operieren war und jetzt nach 3 Jahren völlig gesund befunden wurde. Eine Erklärung für den merkwürdigen, unseren landläufigen Erfahrungen über das Wachstum bösartiger Geschwüste widersprechenden Verlauf dieses Falles sieht Verf. in der Tatsache, daß es sich um einen ziemlich ausgereiften, soliden Krebs gehandelt hat, der bekanntlich an sich relativ gutartig ist. Ferner sieht er in der wachsenden Frucht eine mit größerer Wachstumsenergie begabte „Neubildung", die alle verfügbaren Kräfte des mütterlichen Körpers für sich verbraucht und so das Wachstum der gleichzeitig bestehenden Geschwulst hemmt. (Wenn diese Anschauung richtig ist, warum erfolgt nicht Wachstumhemmung des Ca uteri in allen mit Schwangerschaft komplizierten Fällen? Ref.). Verf. stellt fest, daß nach den bis jetzt vorliegenden Erfahrungen beim Zusammentreffen von Uteruskrebs und Schwangerschaft zwei Möglichkeiten der Beeinflussung zu bestehen scheinen: in einzelnen Fällen führt die Schwangerschaft zum raschen Wachstum des Krebses, in anderen wieder läßt sie ihn unbeeinflußt oder sie hemmt sogar seine Ausbreitung.

Die Unkenntnis über § 218 des Strafgesetzbuches. Im Anschluß an die Debatte über die Frage der Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung, die von Wintz und Flaskamp für solche Fälle empfohlen wird, wo die Möglichkeit einer Röntgenschädigung der in utero bestrahlten Frucht vorliegt, weist Verfasser auf die Ungesetzlichkeit und Strafbarkeit eines solchen Eingriffes hin. Während der Gesetzesparagraph selbst bekanntlich z. Zt. noch jede Schwangerschaftsunterbrechung unbedingt verbietet bzw. nur beim Vorliegen eines den Täter selbst und seine Angehörigen betreffenden Notstandes die Handlung für straffrei erklärt, so wurde doch gewohnheitsmäßig und durchweg von der Rechtsprechung eine insofern gemilderte Uebung verfolgt, als sie einen Arzt für straffrei erklärt, der zur Abwehr einer auf andere Weise nicht abwendbaren erheblichen Gefahr für Leben und Gesundheit der Schwangeren die Unterbrechung vornimmt. Nie und nimmer jedoch ist es mit den bestehenden Gesetzesparagraphen und der z. Zt. geübten Rechtspflege vereinbar, mit Rücksicht auf die Möglichkeit einer Schädigung der Frucht deren Leben zu vernichten. Verf. warnt vor der Gefahr, in welche der Arzt durch Unkenntnis des Gesetzes geraten kann und legt den klinischen Lehrern besonders eindringlich ihre Pficht nahe, in jedem Lehrgang der heranwachsenden Aerztegeneration die einschlägigen Gesetzesbestimmungen und die damit zusammenhängenden Fragen genau auseinanderzusetzen.

Nr. 37, 10. September 1927.

Erfahrungen mit der Pudendusanästhesie in der Geburtshilfe. Die ursprünglich von Ilmer angegebene, von Sellheim und Polgar später weiter ausgebaute Anästhesierung des Nervus pudendus wird vom Verf. erneut in Erinnerung gebracht. Nach topographisch-anatomischer Vorbesprechung und Erörterung der verschiedenen Modifikationen der Infiltrationstechnik berichtet Verf. über günstige Resultate der Pudendusanästhesie bei Spontangeburten, besonders bei älteren und sehr jungen Erstgebärenden. Injiziert wurde auf jeder Seite je 20 ccm einer 1prozentigen Novokain-Suprareninlösung in die Gegend der Wiedereintrittsstele des Nervens in das Becken durch das Foramen ischiadic. minus, dicht an der Innenfläche des Os ischii. Erreicht wird dadurch eine völlige Schmerzlosigkeit der äußeren Weichteile, so daß der Dehnungsschmerz beim Einschneiden und Durchtreten des Kopfes völlig fehlt. Dadurch konnte Verf. manchen Dammriß vermeiden. Ferner macht die Pudendusanästhesie bei Zangenentbindungen und zur Naht von Dammrissen die Allgemeinnarkose völlig überflüssig. Warum die Pudendusanästhesie noch nicht Allgemeingut der Geburtshilfe geworden ist, dafür sieht Verf. zwei Gründe: einmal die Furcht von Infektionen beim vaginalen Manipulieren unter der Geburt und ferner die Scheu, den durch die Geburt psychisch alterierten Frauen eventuell neue Schmerzen zuzufügen. Nach Ansicht des Verf. sind jedoch beide Gründe nicht stich-

haltig, da sich bei aseptischen Arbeiten eine Infektion in jedem Fall vermeiden läßt und sich die Schmerzen bei Ausführen der Injektion auf ein Minimum verringern lassen dadurch, daß man beim Tieferschieben der Kanüle ständig eine geringe Menge des Anästhetikums in das zu durchstechende Gewebe infiltriert. Außerdem wird dadurch die Verletzung größerer Gefäße, die mit dem Nervus pudenduo parallel verlaufen, vermieden. (Art. und Vena pudend. int. und ihre Aeste). Besonders empfiehlt sich die Pudendusanästhesie bei Lungentuberkulose, Herzfehlern, Nierenleiden und anderen Allgemeinerkrankungen, die eine Erschwerung oder Gegenindikation für die Anwendung der Allgemeinnarkose darstellen.

Ueber ein neues Antiklimakterium, das Prokliman „Ciba“. Störungen des Allgemeinbefindens, die durch allmähliches Erlöschen der Ovarialfunktion bewirkt werden, können so hochgradig sein, daß man mit der gebräuchlichen Therapie: Diät, Kalzium, Hydrotherapie nicht zum Ziel kommt. Sowohl bei Frauen, die auf operativem Wege in relativ jungen Jahren um funktionstüchtiges Ovarialgewebe gebracht wurden, wie auch bei Pat. im physiologischen Klimakterium hatte Verf. mit Prokliman-Cita beachtliche Erfolge. Dosierung: dreimal täglich zwei Tabletten, nach acht Tagen fallend zweimal zwei Tabletten. Bemerkenswert ist die objektive Blutdruckherabsetzung neben dem Schwinden der subjektiven Herzbeschwerden und Vasalgien, soweit keine ausgesprochene Hysterie vorliegt.

Schwab, Hamburg.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

77., Heft 1, August 1927.

Ovulationstermin und Altersbestimmung junger menschlicher Embryonen. O. Grosser.
* Uterusspülungen im Wochenbett mit Alkohol. James Brock.
* Schmerzlose Geburten und Wehenüberdruck. Hans Hoeland.
Primäraffekt der Portio. Hans Hinselmann.
Ueber die Linksdrehung des Urins bei Insulinkuren Nichtdiabetischer. Paul Schneller.
* Die Ultra-Sonne in der Gynäkologie. Norbert Neufeld.

Uterusspülungen im Wochenbett mit Alkohol. Die meisten Autoren lehnen Uterusspülungen bei Fieber im Wochenbett ab. Nur wenn man annehmen kann, daß die Infektion auf den Uterus beschränkt ist, kommt sie in Betracht. Mittel in wässriger Lösung können eine Abtötung der Keime nicht bewirken, da die Flüssigkeit nur mechanisch die Wand abspült und die in der Wand sitzenden Keime nicht erreicht. Es muß daher ein Mittel genommen werden, das auch in die Tiefe dringt. Diese Eigenschaft hat der Alkohol. Verf. hat bei beginnenden septischen Erkrankungen durch einmalige Alkoholausspülung prompte Wirkung erzielt, da durch Eindringen des Mittels in die Uteruswandung eine bakterizide Wirkung vor sich geht. Auch die Resorption des Alkohols wirkt begünstigend auf den Zustand, da man ja schon seit langem Alkohol bei septischen Erkrankungen mit Erfolg verwendet.

Schmerzlose Geburten und Wehenüberdruck. Verf. wandte auf Grund der Veröffentlichung von Gellert (in dieser Zeitschrift 1926 referiert) das Verfahren an 30 Fällen an. Die von Gellert angegebenen guten Erfahrungen konnten in keiner Weise bestätigt werden, weder konnte eine Verkürzung der normalen Geburtszeit, noch eine Herabsetzung der Wehenschmerzen bewirkt werden.

Die Ultra-Sonne in der Gynäkologie. Die Ultra-Sonne ist eine Kohlenbogenlampe, bei der in den Kohlenstiften Metallsalze enthalten sind, wodurch die im Ultraviolett fehlenden Linien ergänzt werden. Verf. behandelte Fälle von Fluor, Adnex-Erkrankungen und Scheidenkatarrh. In letzter Zeit auch Gebärmutterblutungen. Bei den Erkrankungen der Adnexe konnte keine wesentlich bessere Beeinflussung erzielt werden als mit den sonstigen Mitteln. Nur bei akuten Entzündungen mit hohem Fieber und Schmerzen, bei denen man sonst nicht aktiv behandelt, bewährt sich die Ultra-Sonne ausgezeichnet. Die Temperatur sinkt schnell, die Schmerzen hören auf. Bei Erosionen und Scheidenkatarrhen war der Erfolg durchweg gut, auch beim unspezifischen Fluor wurden gute Resultate erzielt. Die weibliche Gonorrhoe ist nicht zu beeinflussen, da man die Strahlen nicht an die Gonokokken heranbringen kann. Auch als Unterstützungsmittel der lokalen Therapie wirkt die Ultra-Sonne kaum. Nur bei der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen ist sie zu empfehlen. Besonders interessant ist die Behandlung genitaler Blutungen, und zwar der juvenilen, der klimakterischen und der Adnexblutungen. In fast allen Fällen gelingt es, die Blutung rasch zum Stehen zu bringen. Ob die Wirkung der Ultra-Sonne eine lokale oder allgemeine ist, ist noch ungeklärt. Eine Allgemeinwirkung allein kann es nicht sein, da eine exakte Einstellung unbedingt nötig ist.

Kosminski, Berlin.

Dermatologische Zeitschrift.

50. Heft 6. August 1927.

* Untersuchungen über den Wismutsaum und seine Beziehungen zum Ge organismus. H. Löhe und H. Rosenfeld.
Das Schicksal der Spir. path. nach homologer Superinfektion des latent litischen Kaninchens. Rudolf Strempel und Giuseppe Armuzzo.
* Ueber erfolgreiche Behandlung der Mycosis fungoides. Adolf Hirsch.
Thalliumwirkung und Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit. H. Kleinmann
Ein Fall von Idiosynkrasie gegen das Haarfärbemittel Henna. M. Goldfarb.
Zur Arbeit: „Ueber die sterilisierende Kraft des Salvarsans gegenüber Spirochäten“. Erwiderung an Professor Kolle. J. L. Kritschewski.
Ueber die sterilisierende Kraft des Salvarsans bei Spirochäteninfektionen. W.
Zu der Arbeit von E. Zurbelle: „Halter zur Fixierung der Kinderköpfe bei lationsbestrahlungen“ in dieser Zeitschrift 1927, Band 50, Heft 1. A. Bu und Erich Langer.
Erwiderung. E. Zurbelle.

Untersuchungen über den Wismutsaum und seine Beziehu zum Gesamtorganismus. Im allgemeinen wird der Wismutsaum beobachtet, wenn der Körper eine gewiße Menge Wismut a speichert hat. In erster Linie kommt er bei schlechten Zähnen niemals bei zahnlosem Munde. Bleibt er auf das Zahnfleisch lo siert, so hat er keine besondere Bedeutung; hingegen geht der g ralisierte Saum, der sich vornehmlich an der Zunge, ferner auc der Wangenschleimhaut, weichem und hartem Gaumen, Gau bogen, Tonsillen und Uvala findet, stets mit Albuminurie und scher Kapillarschädigung einher und erfordert Unterbrechung Kur. Beziehungen zum Gesamtorganismus fanden sich auch vorzeitig auftretendem Saum und zwar in Form von exogenen rungen (erworbene Ueberempfindlichkeit, Nieren- und Magenkr heiten) und endogener Anomalie der Kapillaren und Blutvertei (Vasoneurose, Akrozyanose, Livedo vacemosa).

Ueber erfolgreiche Behandlung der Mycosis fungoides. mehreren Fällen konnte längeres Freibleiben oder völliges Abh durch methodische Röntgenbehandlung erzielt werden. Die einze ekzematös oder tumorartig erkrankten Herde unter ½—1—2 Aluminiumfilter — in Teildosen von ⅓ ED in Pausen von 8—14 T verabfolgt wurde. Größeren Tumoren wurden zweimal mit ½ in einem Abstande von 14 Tagen bestrahlt.

Ernst Levin, Berl

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 34, 20. August 1927.

Die Beziehungen der Schilddrüse zu Funktionsgebieten anderer Organe. Asher.
Die Kropffrage. Eugen Bircher.
Gibt es einen von der Schilddrüse abhängigen Jodspiegel des Blutes? F. I
Die Ligatur der Arteriae thyreoideae inferiores bei Morbus Basedowi (G Disease). P. Clairmont.
Die rechtwinklig abgebogene Kochersche Sonde. P. Clairmont.
Ueber einige chirurgisch wichtige Varietäten der Schilddrüsenarterien. C. Hens
Jodvergiftung und weibliches Genitalsystem. Paul Hussy.
* Die Kochersche Kropfoperation. Albert Kocher.
Alpenkropf und Küstenkropf. Otto Lanz.

Die Kochersche Kropfoperation. Tatsächlich gibt es auch h nur e i n e Methode der Kropfoperation, nämlich die von The Kocher 1889 angegebene Enukleationsresektions- oder Exzisi resektionsmethode. Die vielen Modifikationen, welche für die zelnen Phasen der Kocherschen Operation beschrieben wurden, treffen im Ganzen nur nebensächliche Momente. Die Einzeitig der beidseitigen Kocherschen Operation birgt Gefahren in sich, sich durch keine Modifikation beseitigen lassen, viel sicherer ist als zweizeitige Operation. Ein sehr wichtiges Moment wird von Chirurgen meist vernachlässigt, das ist die sachgemäße i n t e Behandlung vor und nach der Operation. Es ist oft sehr auffä wie gut die interne Therapie nach Behebung der Stauung und I pnoe durch die Operation, auf die restierende, diffuse oder a knotige Drüse wirkt, während vor der Operation kein Nutzen da zu sehen war.

Nr. 35, 27. August 1927.

Periarterielle Sympathikusausschaltung an den oberen Schilddrüsengefäßen Myxoedem. F. Merke.
* Ueber die Wirkung des Gynergens beim Morbus Basedowi. F. Merke.
Endemischer Kretinismus, endemisches Myxoedem. A. Oswald.
Statistische Beiträge zur Kropffrage. C. R. Pfister.
Zur Frage von der Dysfunktion der innersekretorischen Drüsen. F. de Quer
Einige Worte zum operativen Myxoedem. J. L. Reverdin.
Ueber die Adrenalinreaktion des Basedowherzens. O. Roth.
Die Aufgaben der Kropfbekämpfung mittels Jod in der Schweiz. W. Silberschi
Der Einfluß kleinster Jodgaben auf die Milchsekretion. Otto Stiner.
Zur experimentellen Kropfforschung. C. Wegelin.
* Ueber Struma congenita. Emil Wieland.
Zur Systematik und Operation der Struma intrathoracica. Hermann Matti.

Ueber die Wirkung des Gynergens beim Morbus Basedowi. Mit -fe eines ingeniösen Differentialkalorimeters, das ihm erlaubt, in em Moment die Wärmeabgabe des Patienten zu bestimmen, hat yons die unmittelbare Wirkung des Gynergens auf den Grundum-z untersucht und konnte feststellen, daß die Mehrzahl seiner perthyreotiker auf die Gynergeninjektion prompt mit einer oft rächtlichen Verminderung des Grundumsatzes reagierten. Im allmeinen war bei unmittelbarer Wirkung auch die weitere Medi-ion nützlich, während bei Fällen, die keine momentane Wirkung zten, auch die länger dauernde Medikation nichts nützte. Mit ßer Wahrscheinlichkeit beruht die Wirkung des Ergotamins auf er Herabsetzung des Sympathikotonus; endgültig ist die Frage h nicht geklärt. Praktisch hat sich nach den bisher veröffent-iten Erfahrungen ergeben, daß wir im Ergotamin ein Mittel be-en, das zur Vorbereitung schwerer Basedowfälle zur Operation, r auch bei konservativer Behandlung leichter Fälle, bei denen e operative Behandlung nicht angezeigt ist, unter vorsichtiger sierung sehr gute Dienste leistet.

Ueber Struma congenita. Der angeborene Kropf, meist in Gestalt ttelgroßer, am Hals nicht prominenter und leicht zu übersehender lste (sogen. „larvierte“ Strumen) ist in der Schweiz recht häufig. Säuglingsstruma macht eine Reihe charakteristischer klinischer nptome (Drucksymptome) deren Kenntnis und der palpatorische hweis der vergrößerten Schilddrüse am Halse sichern die gnose. Die Säuglingsstruma reagiert prompt auf Jod und zwar on in kleinsten Mengen (Einreiben von Jodkalisalbe). Interne Jod-andlung ist überflüssig und nicht ganz ohne Gefahr wegen der teigerten Jodempfindlichkeit junger Kinder (unmotivierte Gewichts-ahme, Kollapse). Das in Zürich anscheinend häufige „Kropfherz“ strumiösen Säuglingen ist in anderen Gegenden der Schweiz oder Auslandes kaum oder garnicht beschrieben worden, möglicher-se infolge regionaler Differenzen der Intensität der betr. Kropf-emie.

Nr. 36, 3. September 1927.

lle und Infektion. O. Schultz-Brauns.
erative Behandlung intrathorakaler Strumen. F. Sauerbruch und W. Felix.
rhofseptumdefekt ohne weitere Herzmißbildung. Hermann Müller jun.
ysikalisch-chemische Bedingungen der Verknöcherung. Karl Klinke.
osynkrasie gegen Kamillen. Werner Jadassohn und Marg. Zarnski.
urologische Skizzen. O. Veraguth.

Vorhofseptumdefekt ohne weitere Herzmißbildung. Der Vorhof-eumdefekt kommt als isolierte, einfache, gutartige, angeborene rzmißbildung vor. Bei den zur Sektion gekommenen Erwachsenen ni der Defekt meist mehrere Zentimeter im Durchmesser; er führt u Erweiterung des r. Vorhofs, der r. Kammer, des r. Konus und e r. Pulmonalaterie, während die Aorta normal weit oder eher engt ist. Oefters ist Vorhofseptumdefekt mit Mitralstenose kom-iert. Das Röntgenbild dieser Fälle ergibt „mitrale Konfiguration“, ets Mal mit erweitertem Pulmonalbogen und schmaler Aorta. Ist a typische Röntgenbild vorhanden und fehlen Zyanose und Herz-e usche, so können wir die Diagnose auch intra vitam mit großer Virscheinlichkeit stellen; bei gleichzeitig bestehenden Herz-e uschen ist die Abgrenzung gegen erworbene Herzfehler kaum ilich. Einfacher Vorhofseptumdefekt ist mit guter Leistungsfähig-e und mit langer Lebensdauer verträglich.

Neurologische Skizzen. Im Verlaufe dieser Skizzen betont Verf. e Wert der von Sicard eingeführten Lipiodolmethode. Der Vor-a; ist folgender: Mohnöl mit soviel Jod beschickt, daß es spezi-sch schwerer ist als der Liquor cerebrospinalis wird subokzisital en Duralsack eingebracht. Ist durch einen raumbeschränkenden fel im Wirbelkanal die Passage unterbrochen, so sinkt es bis den oberen Pol des Hindernisses und zeichnet ihn so im Röntgen-il ab. Mohnöl mit soviel Jod beschickt, daß es spezifisch leichter tils Liquor wird durch Lumbalpunktion in den Duralsack einge-itt. Ist ein Aufsteigen nach dem Zentrum durch eine Raum-eschränkung behindert, so gibt das aufsteigende Lipiodol den ren Pol des Hindernisses an. Naturgemäß entscheidet ein noch schönes positives Lipiodolbild nichts über die Schwierigkeiten eloperativen Entfernung eines Rückenmarktumors.

Nr. 37, 10. September 1927.

D erzieherischen Aufgaben des Kinderarztes. Fanconi.
Ftfreie Trockenmilch in der Ernährungstherapie des Säuglings. E. Feer.
Btrag zur subkutanen Fettgewebsnekrose der Säuglinge (Bernheim). O. Koegel.
Z Schicksal der Tuberkulosekranken in der Schweiz. E. Bachmann.
Btrag zum Studium der akuten Phosphorvergiftung. Paul H. Rossier.

Die erzieherischen Aufgaben des Kinderarztes. Die Aufgabe des Erziehers und speziell des Arztes besteht nicht nur darin, das Kind vor Minderheitsgefühlen, vor Verwöhnung und vor seelischen Konflikten zu schützen, er muß das Gesundheitsgewissen aktiv stärken, wo er nur kann. Er muß die Kinder gegen krankmachende Ursachen widerstandsfähiger machen und schließlich muß er ihnen auch gewisse hygienische Vorschriften beibringen, damit sie rechtzeitig krankmachenden Ursachen aus dem Weg gehen können. Vor dem 10. Lebensjahr wird es allerdings kaum gelingen, durch logische Ueberlegungen einem Kinde den Nutzen solcher Vorschriften beibringen zu wollen. Viel mehr erreicht man durch das Beispiel, durch Suggestion und durch die Erweckung von Ekelgefühlen für gesundheitsschädliche Manipulationen, wie Spielen mit den Körperausscheidungen, gemeinsamer Gebrauch von Taschentüchern, Eßbestecken etc. In der Wachsuggestion besitzen wir ein mächtiges Mittel, Kinder zu körperlicher und seelischer Gesundung zu führen. Die Kunst des Arztes besteht eben darin, die Kinder so zu beeinflussen, daß sie das, was man von ihnen fordert, mit Freude und nicht widerwillig tun. Lustgefühle sind für die normale Entwicklung nötig, Unlustgefühle können zu regelrechten Krankheiten führen.

Ueber den Wert der Psychoanalyse als praktische Heilmethode gehen die Meinungen weit auseinander. Grade im Kindesalter ist es nicht ohne Gefahr, gewisse Triebe und Gefühle zu wecken, die besser noch schlummern sollten. Die Psychoanalyse ist keine Methode für den vielbeschäftigten praktischen Arzt aber es ist gut, daß dieser die Gesetze des Unbewussten kennt. Auch ohne Analyse kann er dann Symptome und Aussprüche im Freudschen Sinne deuten.

Fettfreie Trockenmilch in der Ernährungstherapie des Säuglings. Die fettfreie Trockenmilch bildet eine wichtige Bereicherung der Heilnahrungen und bietet eine große Erleichterung und Vereinfachung in der Ernährungstherapie des Säuglings. Die Hauptanzeige für die fettfreie Trockenmilch geben die Durchfälle bei Gärungsdyspepsie, die oft noch mit Erbrechen verbunden sind. Nach der üblichen Hunger- und Teeperiode beginnt man mit soviel mal 100 g fettfreier Milch (d. h. 10 g Pulver auf 100 ccm Wasser) als das Kind Kilo wiegt; über 500 g geht man indes nicht hinaus. Dazu kommt noch das nötige Wasser und Kohlehydrate in Form von schwer vergärbaren Zuckerarten und Mehlen wie Nährzucker, Reismehl oder Mondamin. Je nach dem Zustand gibt man die Magermilch in 5—8—12 Mahlzeiten im Tag. Die Säuglinge nehmen die Milch gern; der Fettmangel beeinflußt vorhandenes Erbrechen günstig. Nach 2—4 Tagen fängt man an, die Magermilch durch Vollmilch zu ersetzen und zwar so, daß man täglich für 100 g Magermilch 100 g Vollmilch eintauscht. So gelangt man in 4—10 Tagen auf diejenige Menge Vollmilch, die dem betr. Kinde angepaßt ist. Die Magermilch erweist sich auch nützlich als Zugabe bei Dyspepsie der Brustkinder, sodann bei Frühgeborenen und auch bei Dyspepsien größerer Kinder. Werden die Stühle bei Magermilch nach 2—3 Tagen nicht fester oder seltener, so wird dem Milchgemisch kurz vor dem Trinken ein wenig Calc. lactic. zugefügt, 1—5 g einer 5%igen Lösung. Oft sieht man darauf rasche Besserung des Stuhles. In schwierigen Fällen nur bei ganz jungen Säuglingen müssen wir noch die Zuflucht zur Frauenmilch nehmen, die auch durch Buttermilch oder Eiweißmilch nicht zu ersetzen ist. Held.

British Medical Journal.

Nr. 3474, 6. August.

Akriflavininjektionen bei Tuberkulose. Read Aidin.
Masern, Scharlacherkrankung vortäuschend. John Wilson.

Jahresversammlung der British Medical Association.
Psychiatrische Abteilung.

Gesetzentwurf der königlichen Kommission für die vorläufige Behandlung Geisteskranker. George M. Robertson.

Abteilung für Geschichte der Medizin.

Berechtigung, eine gesonderte Abteilung für die Geschichte der Medizin zu gründen. John D. Comrie.
Klinische Schwankungen im Krankheitsverlauf nach historischen Gesichtspunkten. Humphrey Rolleston.

Nr. 3475, 13. August.

Thalliumazetatdepilation bei Mikrosporie und Trichophytie des behaarten Kopfes: Vorteile und Gefahren. Agnes Seaston und C. Robertson Wilson.
* Nasale Kopfschmerzen. E. Miles Atkinson.
* Aetiologie der fibrösen Harnröhrenstriktur. Andrew O. Ross.
Bergarbeiter-Nystagmus bei einem am Tageslicht arbeitenden Kohlenarbeiter. Henry S. Russell.
Gonorrhoe-Behandlung. R. Cock.

Jahresversammlung der British Medical Association.
Verhandlung der Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie über die Beziehungen zwischen Schwangerschaft und Allgemeinerkrankungen.

Herzerkrankungen. J. M. Munro Kerr.
Tuberkulose. F. Rist.
* Geschlechtskrankheiten in der Schwangerschaft. F. J. Browne.
Herzkrankheit in der Schwangerschaft und unter der Geburt. Gibbon Fitz Gibbon.

Verhandlung der dermatologischen Abteilung über den Nutzen und die Grenzen der Behandlung mit ultravioletten Strahlen in der Dermatologie.

Entwicklung der Strahlentherapie. S. E. Dore.
Krysolganbehandlung des Lupuserythematodes. Henry C. G. Semon.
* Thalliumepilation bei der Behandlung der Pilzerkrankungen des Kopfes. G. B. Dowling.

Nasale Kopfschmerzen. Häufig wird bei dauerndem oder periodischem Kopfschmerz auf alle möglichen Ursachen gefahndet (Verdauungs- und Menstruationsstörungen, Refraktionsanomalien, Zahneiterungen mit septischer Allgemeinschädigung), während eine gründliche Untersuchung der Nase versäumt wird. An eine Nasennebenhöhlenerkrankung als Ursache der Kopfschmerzen wird nicht gedacht, weil der Kranke über eitrigen Schnupfen nichts berichten kann und nach allgemein verbreiteter Ansicht das Fehlen dieses Symptoms eine Nebenhöhleneiterung auszuschließen gestattet. Diese Annahme ist völlig irrig, da eine ganze Reihe von Fällen nur Allgemeinerscheinungen infolge dauernder Resorption von Toxinen aus dem Eiterherd zeigen (geistige und körperliche Ermüdung, Unruhe, elendes Aussehen) und von Lokalsymptomen nur Kopfschmerzen vorhanden sind, die in der Art ihres Auftretens von der jeweils erkrankten Nebenhöhle abhängig sind. Eiterungen in der Kieferhöhle rufen an sich keinen charakteristischen Kopfschmerztypus hervor. Die Schmerzen werden bisweilen als neuralgisch geschildert, sie dehnen sich ab und zu über den ganzen Kopf aus und nehmen gewöhnlich gegen Abend an Intensität zu. Häufig geben die Kranken an, des öfteren an „Erkältungen" zu leiden, bei denen eine Wange schmerzempfindlich wird. Die Stirnhöhlenerkrankung geht in der Regel mit einer ganz typischen Art von Kopfschmerz einher, indem der Schmerz direkt über dem Auge auf der Stirn lokalisiert wird und von dort sich — wie bei der Hemikranie — über die ganze betroffene Kopfseite ausdehnt. (Verwechslung mit Migräne!) In schweren Fällen greift der Schmerz auf die andere Kopfhälfte über, obwohl nur eine Stirnhöhle erkrankt ist. Die Schmerzen treten schon morgens beim Aufstehen ein, gelegentlich so heftig, daß Erbrechen erfolgt und einseitige Sehstörungen sich bemerkbar machen (niemals Flimmerskotome wie bei der Migräne!) und lassen dann allmählich nach. Solche morgendlichen Anfälle zeigen sich beim chronischen Stirnhöhlenkatarrh in Perioden von 2—3 Wochen Dauer, die durch anfallsfreie Pausen von Wochen und Monaten von einander getrennt sind. Ab und zu wird eine solche Schmerzperiode von einem Nasenkatarrh eingeleitet, der die chronische Eiterung wieder aufflackern läßt. Diese Vorgeschichte ermöglicht an sich die richtige Diagnose, die durch das Röntgenbild zu erhärten ist. Die Nasenuntersuchung liefert oft wenige Anhaltspunkte (Septumverbiegung nach der erkrankten Seite, Oedem der mittleren Muschel während des Anfalls, selten Eiter unter der Muschel sichtbar). Zugleich mit den Stirnhöhlen erkranken oft die vorderen Siebbeinzellen. Der Kopfschmerz ist dann ein dauernder und die morgendlichen Anfälle sind nicht so ausgeprägt. Verschleierung des Gesichtsfeldes, Druckgefühl oder Klopfen in der Orbita treten hinzu, so daß oft an eine Refraktionsanomalie zunächst gedacht wird. Wenn die Korrektur eines solchen zufällig vorhandenen Brechungsfehlers eine Besserung der Kopfschmerzen nicht herbeiführt, so wird eine „atypische" Migräne angenommen. Ebenso wie bei Erkrankungen der Frontalsinus fördert die Rhinoskopie die Diagnose der Ethmoidalsinuseiterung sehr wenig, so daß stets die Röntgenaufnahme zu Rate zu ziehen ist. Leider gelingt es nicht immer, durch operative Maßnahmen bei diesen Nasennebenhöhlenerkrankungen ein Verschwinden oder eine wesentliche Linderung der quälenden Kopfschmerzen zu erzielen. Selbst bei freiem Abfluß kann die Infektion noch weiter fortschreiten und sogar auf die Schädelhöhle übergreifen. Die Fälle, wo nur Kopfschmerzen die Stirnhöhlenerkrankung anzeigen, scheinen prognostisch günstiger zu sein als die mit starkem eitrigem Ausfluß bei freiem Ostium. Stirnkopfschmerzen können durch Verschluß des Duktus fronto-nasalis entstehen, indem jetzt die Luft in der Stirnhöhle resorbiert wird und so ein Vacuum entsteht mit Hyperämie der Nebenhöhlenschleimhaut. Der dünne knöcherne Boden der Stirnhöhle wird außerordentlich druckempfindlich. Der Druckschmerz ist an und hinter der Fovea trochlearis am größten, der Anheftungsstelle der Sehne des oberen schrägen Augenmuskels. (Ewingsches Zeichen.) Augenbewegungen verstärken daher den Schmerz. Die Verlegung dieses Ganges kann durch eine einfache Nasenschleimhautschwellung hervorgerufen sein (Nutzen der örtlichen Kokainanwendung) oder sie wird durch eine Erkrankung der mittleren Muschel (entzündliches Oedem, Polypenbildung) verursacht. Viel seltener stellt eine Eiterbildung in den hinteren Siebbeinzellen die Ursache hartnäckiger Kopfschmerzen dar, die besonders in der Schläfengegend oder im Hinterhaupt empfunden werden können. So gut wie immer sind rhinoskopisch feststellbare Veränderungen (Katarrh oder Krustenbildung im Postnasalraum) bei der Erkrankung der Sphenoidalsinus vorhanden. Mit schweren diffusen Kopfschmerzen kann die Rhinitis atrophicans zeitweilig einhergehen. Die Diag ist schwierig, wenn der Foetor fehlt, und der Kranke nicht Beschwerden von Seiten der Nase klagt, so daß die Krustenbi auf der Nasenschleimhaut der Beobachtung leicht entgeht. legentlich findet sich völlige Behinderung der Nasenatmung Ursache dauernder Kopfschmerzen, ohne daß der Kranke die änderungen im Naseninnern bemerkt hat (große Polypen, s Septumverbiegung). Selbstverständlich ist für den Erfolg Septumresektion strengste Indikationsstellung die Vorbedingun nur von der Beseitigung ausgesprochener Deformierungen ein einflussung chronischer Cephalgie zu erwarten ist.

Aetiologie der fibrösen Harnröhrenstriktur. Während bei Oesophagus- oder Rektumstriktur die Möglichkeit der Syphili Ursache in Erwägung gezogen wird, werden Verengerungen Harnröhre ohne weiteres als allein durch wiederholte Attacken Gonorrhoe entstanden aufgefaßt. Unter 50 Fällen von Urethrastr fanden sich nur 11, bei denen keine Anzeichen für eine luisch fektion vorlagen. Es wird deshalb angenommen, daß die F röhrenschleimhaut Syphilitischer viel stärker als in der Norm die entzündliche Reizung durch den Gonococcus antwortet, daß sehr starke Bildung von Rundzellen stattfindet, die die Grun für die Entstehung der fibrösen Striktur abgibt. Diese Auffas daß erst die Gonorrhoe im Verein mit Lues zur Harnröhrenvere rung führt, macht die klinische Beobachtung verständlich, daß permeable Strikturen nach antiluischer Behandlung der Bougieru therapie unterzogen werden können.

Geschlechtskrankheiten in der Schwangerschaft. Am v vollsten für die Diagnose der mütterlichen Lues erweist sich Untersuchung der Plazenta, der Nabelschnur und evtl. des F während die übrigen Anhaltspunkte (Anamnese, klinische Zei vorangegangener Lues, serologische Reaktionen) oft im Stich la Die klassischen syphilitischen Veränderungen an der Plazenta nur dann ausgeprägt, wenn es zum intrauterinnen Absterben Frucht gekommen ist. Der subakute Entzündungsprozeß an fetalen Kapillaren führt zur Obliteration der Zottengefäße und Bindegewebsentwicklung. Ausgedehnte entzündliche Vorgänge dingen durch Obliteration der Gefäße den Fruchttod, während geringem Umfang der Gewebsveränderungen ein lebendes Kind boren werden kann, dessen Plazenta makroskopisch kaum weichung von der Norm erkennen läßt. Für das Bestehen Syphilis spricht ein erhöhtes Gewicht der Plazenta (mehr als ¼ Körpergewichtes der im 9. Monat geborenen Frucht), wenn normale Gewichtsverhältnisse es nicht gestatten, die Lues zuschließen. Die mikroskopische Untersuchung gibt selten eindeu diagnostische Hinweise, wenn auch die Vergrößerung der zellreic gefäßarmen Zotten mit Verkleinerung der intervillösen Räume Lues verdächtig ist. Das für die Untersuchung zu verwende Stück der Nabelschnur muß so nahe wie möglich am fötalen E entnommen werden. Wenn auch gelegentlich trotz vorhand Lues ein negativer Untersuchungsbefund sich ergibt, so sind dieser auch bei Geburt eines lebenden Kindes anzuwende Untersuchungsmethode die besten Ergebnisse zu erzielen. Abgese von der Rundzelleninfiltration in der Umgebung und in den Schic der Nabelvene ist häufig der direkte Nachweis der Spirochäte in Intima durch geeignete Färbemethoden möglich. Bei der Un suchung des mazerierten Fötus ist die Aufmerksamkeit zu richten die Leber (mehr als ½ des Körpergewichtes), die Milz (M vergrößerung fast für Lues beweisend), die Epiphysenlinien (mikroskopischer Nachweis der Osteochondritis) und die Gegenv von Spirochäten in den Organen. Subakute Entzündungsproze und Bindegewebswucherungen in der Leber, Schilddrüse der Nie Lungen und der Bauchspeicheldrüse beherrschen das histologis Bild bei der Untersuchung Totgeborener oder nach der Geburt storbener Kinder. Mittels des Dunkelfeldes oder der Leva methode gelingt es häufig, an den frisch untersuchten Organen Erreger aufzufinden. Die spezifische Behandlung muß so früh möglich in der Schwangerschaft beginnen oder noch besser eine ausreichende Kur vor dem Geburtstermin abgeschlossen wer In jeder Gravidität — selbst wenn eine Heilung bereits erzielt sch — muß eine spezifische Behandlung durchgeführt werden, möglic bis zum Abschluß des Wochenbetts. Wegen der Gefahr der Nier schädigung darf Arsen nicht mit Hg oder Bi kombiniert gege werden. Solange eine Albuminurie vorhanden ist, muß mit je spezifischen Therapie — abgesehen vom Jodkali — ausges werden. Die besten Ergebnisse sind bei folgendem Behandlur modus zu erzielen: einmal wöchentlich 0,45—0,6 Neosalvarsan 6—8 Injektionen, dann Pause von einem Monat, in dem ein wöchentlich Hg oder Bi (möglichst in schwerlöslichen Verbindung verabfolgt werden. Dieser Behandlungsturnus muß auch nach Geburt, insgesamt 18 Monate lang, durchgeführt werden. Nach d Negativwerden der serologischen Reaktionen ist die Kur noch 1 J

g fortzusetzen. Bei Salvarsanbehandlung vor und während der hwangerschaft werden in etwa 85% gesunde Kinder geboren, so ß selbst diese energische Behandlung nicht völlig vor dem Ernken an kongenitaler Lues schützt. Selten führt die Gonorrhoe ährend der Schwangerschaft zu akuten Erscheinungen (Cystitis, hritis). Bei der Diagnose der subakuten und chronischen Go. sind allem die Stellen des Genitaltraktus genau zu untersuchen, die ht durch Plattenepithel gegen das Eindringen der Erreger geützt sind. (Vergrößerung und Infiltration der Bartholinischen ise, Rötung der Mündung ihres Ausführungsganges am Labium us, Eiter in der Urethra und in den Skeneschen Gängen, Erosion Zervix, Abstrich aus dem Zervikalkanal trotz makroskopisch eränderter Portio). Zur Provokation kann die Injektion von nococcen-Vaccine (200 Millionen Keime) verwendet werden. Bei Behandlung sind Portio und Vagina zweimal wöchentlich durch sichtiges Austupfen mit einem in Kochsalzlösung gesättigtem npon zu säubern und mit einem Adstringens wie Dermatol zu treuen. Nur selten ist zudem eine Lokalbehandlung der Urethra Silber, Akriflavin oder Pikrinsäure notwendig. Zur Unterzung ist die Vakzinetherapie (einmal wöchentlich 1 Injektion von) auf 50 000 Millionen Keime langsam steigend) bis zum Geburtsritt durchzuführen. Spülungen sind als zu gefährlich zu unteren. Mit dieser kombinierten Behandlungsmethode gelingt es, so wie immer den Ausfluß innerhalb weniger Wochen zu beseitigen.

Thalliumepilation bei der Behandlung der Pilzerkrankungen des fes. Bestätigung der mit der Buschkeschen Methode zu erenden glänzenden Erfolge an Hand eines Materials von 90 Fällen. aussetzung für das Gelingen der Kur ist die peinlichste Inneung der angegebenen Gebrauchsanweisung, um Nebenwirkungen vermeiden. Die Haare fallen etwa sieben Tage nach Verabfolgung genau dem Körpergewicht anzupassenden Thalliumdosis aus. h 19 Tagen ist die Depilation beendet und schon 14 Tage später nnt der Haarwuchs erneut. Die infizierten, abgebrochenen Haare n nicht so leicht aus wie die gesunden, so daß zur Vermeidung Reinfektion ihre Entfernung durch eine Haarkappe notwendig Außerdem ist die lokale Behandlung mit antimykotischen Einungen sorgfältigst durchzuführen. Die Röntgenstrahlen wirken in anderer Weise als das Thallium, so daß Kombinationen beider el in an und für sich unzureichender Dosis nicht zur Depilation len. Wahrscheinlich beeinflußt das Thallium die sympathische sorgung der Haarfollikel, zumal experimentell nachgewiesen ist, dieses Metall die Erregbarkeit sympathischer Nervenfasern erordentlich steigert. Die Nebenwirkungen (Gelenkschmerzen, äfrigkeit) werden durch geringe Mengen von Thyreoiden zumen mit verdünnter Salzsäure rasch behoben. Salzsäurebfolgung wird durch die An- oder Subazidität infolge der lliummedikation notwendig. Biberfeld.

The Lancet.

213, Nr. 3, 16. Juli 1927.

213, Nr. 4, 23. Juli 1927.

kterus in seinen Beziehungen zur Chirurgie. Operationen an den allngängen gehören zu den schwierigsten Eingriffen der Bauchirgie, und das Risiko wird noch größer, wenn die Kranken sch sind. Die Hauptgefahren des Ikterus sind Blutung, Leberniereninsuffizienz. Die klinischen Symptome reichen nicht immer s um den Chirurgen über den wahren Zustand zu unterrichten. wichtigste Hilfsmittel ist die van den Bergh-Probe, die bei tem Ikterus einen Beweis für Leberinsuffizienz geben kann. Der rch aufgedeckte cholaemische Zustand muß eine Warnung sein macht das Hinausschieben der Operation notwendig. Die Tenen zu postoperativen, kapillaren Blutungen bei Obstruktionsikterus rt auf den ungenügenden Ca Gehalt des Blutes. 10% Kalziumhid in 5 ccm Dosen intravenös an drei aufeinanderfolgenden Tagen setzt die Koagulationszeit bis zur Norm herab. Die Kranken empfinden bei der Injektion meistens ein unangenehmes Hitzegefühl, Verf. stellte einen Temperaturanstieg fest, der rasch wieder verschwindet. Aendert sich die lange Koagulationszeit trotz Ca-Behandlung nicht, so hilft oft eine Bluttransfusion. Auch bei fehlendem Ikterus ist die Blutungstendenz oft groß und nur die v. d. Bergh-probe klärt in diesen Fällen über den cholämischen Zustand auf; sie hat weiter den Vorzug, darüber zu unterrichten, ob der Gehalt des Blutes an Gallenpigmenten zu- oder abnimmt. Da Glukose einen großen Schutz für die Leberzellen darstellt, ist ihre methodische Zuführung indiziert, unbegrenzt per os, in 5% Lösung per rectum, in 3% Lösung subkutan. Bei ungenügender Glukose, vornehmlich infolge dauernden Erbrechens und mangelhafter Nahrungsassimilierung, kommt es zu unvollkommener Verbrennung der höheren Fettsäuren und zu Azidose, eine Gefahr, die noch durch Chloroformnarkose gesteigert werden kann. Chloroform ist daher verpönt. Eine intravenöse Injektion von 10% Glukoselösung unter Insulin-Kontrolle wirkt bei diesen Zuständen oft Wunder. Ein anderer wichtiger Faktor vor und nach der Operation ist die Zufuhr von Wasser zur Verhinderung der Niereninsuffizienz. Bei den toxischen und infektiösen Ikterusformen kann die Chirurgie nicht viel leisten, bei hämolytischem Ikterus hat die Splenektomie bisweilen wohltätigen Einfluß. Bei Obstruktionsikterus ist das beste differentialdiagnostische Symptom der Schmerz, dem fast stets Steinbildung zugrunde liegt, meistens im Ductus choledochus. Entfernung der Steine und Drainage des Duktus ist indiziert. Bei schwerem Ikterus soll man sich mit wenigen Ausnahmen auf die Drainage der fast stets miterkrankten Gallenblase beschränken und die Cholezystektomie auf eine spätere Zeit verschieben. Der vollkommen verschlossene Duktus ist oft mit weißer Galle gefüllt, die weder Gallensalze noch Pigment enthält. Nach der Drainage beginnt meistens gewöhnliche Galle zu fließen, bisweilen bleibt sie ganz oder nach einiger Zeit aus und die Kranken gehen an Versagen der Leber zugrunde. Gerade solchen Fällen kann man durch Erkennung mittels der v. d. Bergh-probe und präoperative Behandlung vorbeugen. Schmerzloser Obstruktionsikterus kommt durch chronische Pankreatitis, Karzinom des Pankreas oder der Gallenwege zustande. Bei Pankreaskarzinom läßt sich großer Nutzen durch frühzeitige Anastomose zwischen Gallenblase und Magen oder Duodenum schaffen. Bei Pankreatitis nützt meistens die übliche Entfernung der Gallenblase nicht viel, da nicht die Gallenblasenerkrankung das Primäre ist, sondern die Erkrankung beider Organe auf eine gemeinsame Ursache zurückzuführen ist.

Die Mortalität der Hämatemesis. Eine Analyse von 526 Fällen schwerer Blutungen mit 67 Todesfällen (davon 53 Autopsiebefunden). Die Mortalität der Blutungen bei akutem Magenulkus betrug 8,3% (Männer 16,0; Frauen 8,7%), die bei chronischem Ulkus 11,6% (Mäner 16,8; Frauen 8,7%). Die Mortalität der Hämatemesis ist in den letzten 8 Jahren gestiegen; es mögen mit den verbesserten Krankentransport-Verhältnissen mehr schwere Fälle dem Krankenhaus zugeführt werden, jedoch gibt Verf. auch dem Uebermaß des von den Aerzten angewendeten Morphium Schuld. Außer den bei weitem häufigsten Ursachen der akuten und chronischen Ulzera sind für Hämatemesis Leberzirrhose, Magenkarzinom, Melaena neonatorum, Thrombose der Pfortader verantwortlich zu machen. Nach dieser Statistik ist die Mortalität der Hämatemesis viel größer als bisher (1—6%) im Allgemeinen angenommen werde.

213, Nr. 5, 30. Juli 1927.

Erzeugung von Fieber durch intravenöse Proteintherapie bei der progressiven Paralyse. 13 Fälle von progressiver Paralyse mit T.A.B. Vakzine behandelt. Es ist ein vorläufiger Bericht, da die Behandlung noch nicht bis zu Ende durchgeführt ist. Benutzt wurde die Stammvakzine von Burroughs and Wellcome, die 1000 Millionen Typhusbazillen und je 750 Millionen Paratyphus A- und B-Bazillen enthält (10 Tage lang täglich eine intravenöse Injektion von 300 bis 6000 Millionen steigend; weitere Behandlungsserien in monatlichen Intervallen). Die Vorteile dieser Art von Fiebererzeugung gegenüber der Malariatherapie sind: Eine regelmäßige Wiederkehr hoher Fiebergrade bei geeigneter Dosierung (bis zu 41° C.) wird erreicht; es wird kein lebender Keim eingeführt; das Material läßt sich standardisieren, genau dosieren und ist leicht zugänglich; es fallen alle

mit dem Gebrauch von Moskitos verknüpften Unbequemlichkeiten und Vorsichtsmaßregeln fort; es gibt keine Inkubationsperiode, keine Möglichkeit des Versagens; stets beginnt der Schüttelfrost ½ bis 1 Stunde nach der Injektion; eine gleichzeitige Immunisierung gegen die Gruppe der Typhuskrankheiten erfolgt, und bei Auftreten unerwarteter Zwischenfälle können die Injektionen jederzeit ausgesetzt werden. Nachteile sind die Möglichkeiten, keine geeigneten Venen für die Injektion zu finden oder eine Venenthrombose zu erzeugen; die Behandlung nimmt mehr Zeit in Anspruch und ist bei hohen Dosierungen kostspieliger als die Malariatherapie.

Behandlung stillender Mütter mit ultravioletten Strahlen. 100 Frauen der armen Bevölkerung, die an Milchmangel und allgemeinem Schwächezustand litten, wurden einer Quarzlampenbestrahlung unterworfen (dreimal wöchentlich in 90 cm Entfernung und allmählich steigenden Zeitperioden von 2 Minuten bis zu ½ Stunde). Bei den Entfernungen einer Großstadt und dem Zeitverlust, den diese Behandlung erfordert, spricht es für den Nutzen derselben, wenn 53 Frauen ausdauernd blieben. Bei allen trat eine Besserung des Allgemeinbefindens und bei 36 eine erhebliche und andauernde Zunahme der Milchsekretion ein.

213., Nr. 6, 6. August 1927.

Die Vorbereitung Kranker für die Operation. Rizinusöl und Hunger gehören in der Vorbereitung zur Operation der Vergangenheit an. Rizinusöl hat seine Berechtigung dort, wo man eine vollkommene Entleerung des Kolon mit anschließender möglichst langer Darmruhe erreichen will, d. h. bei Operationen am Anus, besonders bei Hämorrhoiden. Der Nachteil der Rizinuswirkung für Bauchoperationen gibt es viele: Seine starke Reizwirkung schafft keine günstigen Bedingungen für Darmoperationen. Die der Reizung folgende Darmträgheit vermehrt eine Ileusgefahr. Die einfachste Laparotomie führt zu Störungen der normalen Peristaltik infolge der Hantierungen am Darm, der postoperativen, reflektorischen Ruhigstellung der Bauchwand. Das Risiko der Darmausdehnung wird durch die sekundäre Rizinuswirkung wesentlich verstärkt. Ein fernerer, nicht zu unterschätzender Nachteil ist die Störung der Nachtruhe, sind doch ein guter Schlaf und Gemütsruhe die beste Prophylaxe gegen Schock. Aus ähnlichen Gründen ist auch das Klysma vor der Operation zu verwerfen. Eine alsolute Leere des Darms ist für den Erfolg einer Darmanastomose gar nicht nötig, im Gegenteil wird letztere durch den kollabierten Zustand des Darms erschwert. Zu verurteilen ist die rigorose Nahrungsentziehung während 12 bis 18 Stunden vor der Operation. Bei der volkommenen Leere des Darms fehlt der normale Reiz zur Peristaltik. Schwerwiegender aber ist die dadurch veranlaßte Prädisposition zur Azidose, zumal bei Kindern, bei septischen Prozessen und Benutzung der Chloroformnarkose. Das postoperative Erbrechen wird durch präoperatives Hungern nur befördert. Die moderne Vorbereitung besteht in vorheriger Entfernung aller Herdinfektionen, in einer längere Zeit zuvor durch Paraff. liq. gesicherten, regelmäßigen Darmentleerung und einer tonischen Behandlung aller Art. Nach einem warmen Bade ein leichtes Abendessen, Vorbereitung der Bauchhaut, vor dem Einschlafen ein Glas heiße Malzmilch, sorgfältige Mundreinigung, bei Gewöhnung ein mildes Laxans, alle Bedingungen einer guten Nachtruhe. Morgens ein Glas heißes Wasser, Zahnpflege, evtl. Klysma, Blasenentleerung, Morphium-Atropininjektion. Lebhaft werden die Gefahren einer Operation (Pneumonie) bei bestehender Mund- und Nasensepsis betont. Einige Operationen erfordern besondere Maßregeln: Bei Pylorusstenose eine Magenfüllung am Abend zuvor. Für Operationen an den Gallenwegen ist eine längere Hexaminbehandlung erwünscht, bei Ikterus intravenöse Injektionen von 5 ccm 10% $CaCl_2$ 3 Tage lang und ein Glukoseklysma (40 g in ½ Liter Wasser), bei chronischer Obstruktion des Kolon Vorbereitung durch Klysma und geeignete Nahrung. Der Schock der Patienten bei dringenden Operationen wird oft durch Morphium und Wärme gemildert. Bei akuter Appendizitis, besonders bei Kindern, beugt ein Glukoseklysma der Azidosegefahr vor; Verf. fand in diesen Fällen stets eine positive Rotherasche Azetonprobe. Die Ausspülung des Magens bei akutem Darmverschluß ist eine sehr zweifelhafte Maßnahme, in diesen Fällen ist dagegen spinale oder regionale Anästhesie indiziert.

Rontal.

The Glasgow Medical Journal.

108. (Neue Reihe Bd. 26). August 1927.

Diathese und Krankheit. Erst seit relativ kurzer Zeit richte Medizin ihr Augenmerk wieder auf die Konstitution der Mens und kommt so einem Begriff wieder näher, der bei den vielen De studien ganz in den Hintergrund getreten war. Aber noch n dürfte auf das Körpermilieu, in dem eine Krankheit sich manifest Rücksicht genommen werden. Drei Diathesen sind besonders zu achten: jeder kennt den neurotischen Typus, der als Kind durch lebhaftes Temperament die ganze Umgebung in Unruhe erhält auf jede kleine Störung des Befindens mit großen allgemeinen schwerden reagiert. Dabei ist es früh entwickelt und kann d seine Merkfähigkeit für die Schwächen der Erwachsenen oft Schrecken für seine Umgebung und auch für den jüngeren noch sicheren Kollegen sein. Man findet bei diesen Typen oft Ue empfindlichkeiten gegen Arzneimittel. Als Erwachsene sind sie gewissenhaft in der Befolgung der ärztlichen Vorschriften, ze aber oft wenig Zutrauen zu den Anordnungen. Ebenso häufig ko der Rheumatiker in die Sprechstunde, bei dem man oft g Mengen Harnsäure im Urin findet. Dieser Typus ist unter jüng Menschen viel mehr verbreitet als gewöhnlich angenommen v Sie sind große kräftige Menschen, starke Esser, die oft unter Hy aziditätsbeschwerden leiden. Sie rühmen sich, nie einen Arzt ben zu haben. Sie neigen aber leicht zu akuten Erkrankungen wie P monien, von denen sie besonders schwer betroffen werden, fallen später chronisch schleichenden degenerativen Erkranku (Arteriosklerose, Nephrosklerose) zum Opfer, wenn sie nicht re zeitig ihre Lebensweise (bezüglich Ernährung und Alkohol) stellen. Ausführlich wird die skrofulöse Konstitution besprochen.

Erich Wolffenstein, Berli

Paris Médical.

Nr. 24, 11. Juni 1927.

Nr. 25, 18. Juni 1927.

Das Eklampsiesyndrom. Es gibt drei klinische Formen: Eklampsie-Nephritis, -Hepatitis und den Eklampsieschock. Die fälle kommen vor bei organischen Veränderungen, langsam sich wickelnd infolge der Nephritis oder Hepatitis oder plötzlich ohne mit nur geringen Veränderungen als Folge der Anaphylaxie. Eklampsie-Nephritis gehören die vor der Schwangerschaft stehenden oder durch sie verschlimmerten Nephritiden, die eig lichen Schwangerschafts-Nephritiden gelegentlich einer interkurre Infektion, z. B. einer intestinalen Intoxikation, und die Schwan schaft-Nephritiden kat exochen durch die Entwicklung des Eies Uterus. Sie alle können analog wie Bright zur Urämie führt, Eklampsie führen. Präeklamptische Zustände sind also nichts and als Syndrome der Niereninsuffizienz. So ist die relative Gutar keit der Krämpfe zu erklären, die günstige Wirkung des Len stichs, des Aderlasses, der Diät; die Schädlichkeit des Kochsal Der Blutstickstoff muß dabei nicht notwendig erhöht sein. Die A ämie genügt nicht zur Bestimmung der Niereninsuffizienz; der N k vermindert, das Kreatinin vermehrt sein. Im Gegensatz zur ban Urämie können die verschiedenen Proben zur Prüfung der Per abilität der Nieren auch in solchen Fällen, wo die Eklamptisc ihren Krämpfen erliegen, normal sein; die ureosekretorische K stante ist nicht immer wesentlich modifiziert; die Chlorürämie k selbst in schweren Fällen fehlen. Die pathologisch-anatomisc Veränderungen waren nur in 16% schwer, in etwa der Hälfte Fälle leicht: man hat in manchen Fällen den Eindruck, als ob k vor dem Tod eine plötzliche Aktion eingetreten ist, die sämtl Nierenelemente gleichzeitig betraf. In manchen Fällen geht a eine Leberinsuffizienz den Anfällen voraus, kann sogar das Bild herrschen. Oft klinken auch diese latenten Leberveränderungen

einend plötzlich den Anfall aus. In etwa 10% läßt sich vor dem ll eine Leberinsuffizienz nachweisen. In anderen Fällen erst nach Anfällen. Es gibt also Fälle, wo eingehende klinische Unterung Veränderungen in Leber und Nieren nachweist, die die Anhervorrufen, dann Grenzfälle, wo man diese viszeralen Verrungen vorsichtigerweise als sekundär auffassen muß und endlich Mehrzahl, bei denen ein Mißverhältnis besteht zwischen leichten nicht vorhandenen Veränderungen und der Schwere der Anfälle, aß man vernünftigerweise einen viszeralen Ursprung nicht anen kann. Auch die inneren Drüsen hat man als auslösende oren herangezogen. Außer der renalen, hepatischen und vielt der endokrinen Eklapsie gibt es auch eine anaphylaktische. i handelt es sich wahrscheinlich um eine wirkliche schützende ung des Schocks, um eine Antkolloidoklasie. Klinisch spricht das plötzliche Auftreten der Anfälle bei Frauen, die kein Ei im Harn, keine Hypertension haben. Die Anfälle verschwinden dem Tode des Fötus: der Stillstand der plazentaren Zirkulation ndert die Passage des Antigens in die mütterlichen Gefäße. Exnentell beweist dies die intrakardiale Injektion des eklamptischen ms beim Tiere, was ganz das Bild der Anaphylaxie hervorruft. esentlichen handelt es sich bei diesen Vorgängen um eine Verbung des Kalk- und Phosphatstoffwechsels in den Säften: Die -Hypokalkämie, Hyperphosphatämie, dekompensierte Azidose ft einen Boden, auf dem der Anfall vor oder nach der Geburt eht, wobei die Anstrengung bei der Geburt die Erschöpfung der ireserve verstärkt. Als bestes Mittel hat sich dem Verfasser Chlorhydrat des Pilokarpins in nicht toxischer Dosis erwiesen.

Nr. 26, 25. Juni 1927.

rkulöse Peritonitis und ultraviolette Strahlen. P. Nobecourt, D. Ilitch agolioub.
rag zum Studium der chronischen Granulie der Lunge. Albert Giraud.
iermische Arsonvalisation und Basedow. H. Bordier.

Chronische Granulie. Es handelt sich dabei um eine durch psien bestätigte klinische Einheit. Die Knötchenveränderungen en selten im reinen Stadium beobachtet, meist sind sie mit mili- Veränderungen, die sogar vorwiegen können, verbunden. chgültig, welcher histopathologischen Form sie angehören, n sie sich u. U. chronisch entwickeln. Wesentlich ist, daß ob- das Auftreten kleiner käsiger, disseminierter Knötchen in den en für gewöhnlich die Idee einer rapid sich entwickelnden cheitsform erweckt, weiß man doch, daß derartige Formen vollmen vereinbar sind mit einem langandauernden, befriedigenden gmeinzustand. v. Schnizer.

La Gynécologie.

26. Jahrg., Juni 1927.

essor Vautrin. G. Michel.
erhafte Erkrankungen mit unklarer Aetiologie in der praktischen Gynäkologie. Petit-Dutaillis.
Gelenkmetastasen im Wochenbett. P. Burger.

Die Gelenkmetastasen im Wochenbett. Die eitrige Gelenkzündung im Wochenbett ist relativ selten. Verf. berichtet über Fälle, die er in den Jahren 1905—1922 beobachtete. Bisweilen nur ein Gelenk, oft aber auch mehrere betroffen. Bevorzugt s Ellenbogen-, das Schulter-, Knie- und Fußgelenk. Unter den ren von Puerparalfieber, welche Gelenkmetastasen machen, scheidet man die Septikämie und Pyämie. Die meisten Autoren der Meinung, daß alle Metastasen von einer Pyämie herrühren, ren Ursprung in einer eitrigen Thrombophlebitis hat. Andere n die Gelenkerkrankungen nur auf eine Septikämie zurück. Die fste Ursache ist der Streptokokkus, der eine besondere nität zu den Gelenken hat. Unter den neun Fällen fand Verf. mal Streptokokkus, der meist eine eitrige Arthritis hervorruft, nd beim Staphylokokkus die Gelenkentzündung sero-fibrinös Die Gelenkmetastase ist immer eine ernste Komplikation des enbettfiebers. Die Mortalität beträgt 100%. Die Behandlung nur symptomatisch sein. Bei Eiter im Gelenk muß man es n und dem Eiter Abfluß verschaffen. Es folgt nunmehr eine rliche Schilderung der neun Fälle, deren Ursachen entweder d Septikämie oder Pyämie liegen, wobei Verf. unter Septikämie rbreitung der Infektion auf dem Lymphwege und unter Pyämie uf dem Blutwege versteht. Beide Wege können sich nieren. Die vier Fälle der ersten Gruppe waren aufgetreten, nach artifiziellem Abort, zweimal nach geburtshilflichen tionen und einmal nach normaler Entbindung. In drei Fällen ie Gelenkmetastase sehr früh auf, was auf schwere Infektion ließen ließ. Die zweite Gruppe umfaßt ebenfalls vier Fälle und a zwei Fälle von kriminellem Abort, einen Fall von mehrfacher monade wegen schwerer Blutung und einen Fall von Placenta accreta mit manueller Lösung. Sämtliche Frauen kamen in schwerstem Zustand in die Klinik. Im neunten Fall ging die Infektion vom Larynx aus, es handelte sich hier um eine kombinierte Septikopyämie.

Kosminski, Berlin.

Il Policlinico, Sez. prat.

34., Nr. 32, 8. August 1927.

Ein ungewöhnlicher Fall akuter Meningitis. L. Jacchia.
* Eine unvollkommene Röntgenuntersuchung ist für die klinische Diagnose niemals nützlich und kann die Ursache diagnostischer Irrtümer sein. E. Pazzi.

Eine unvollkommene Röntgenuntersuchung ist für die klinische Diagnose niemals nützlich und kann die Ursache diagnostischer Irrtümer sein. Verf. beweist diese These an Hand eines urologischen Falles, in welchem bei Schmerzen in der Nierengegend und intermittierender Hämaturie die einfachen Röntgenbilder zu der Diagnose von Harnleitersteinen führten, während eine vollständige Untersuchung mit Uretero- und Pyelogramm zwar dicht am Harnleiter, aber außerhalb desselben gelegene Verkalkungen ergab. Er zeigt weiter, wie in ähnlichen 3 Fällen neben den Verkalkungen in den Röntgenbildern des Pyelogramm einen deformierten Beckenschatten mit unregelmäßigen Umrissen einiger Kelche zeigte, und die Tumordiagnose operativ bestätigt wurde. Bei verdächtigen Symptomen müssen röntgenographisch festgestellte Verkalkungen stets den Gedanken an einen Nierentumor erwecken. Verf. fand in 4 Fällen von Nierentumor dreimal, unter 12 Fällen von Nierentuberkulose sechsmal derartige Verkalkungen.

34., Nr. 33, 15. August 1927.

* Diagnose und Behandlung der postdiphtherischen Polyneuritis. F. Majeron.
Die Untersuchungen Giudiceandreas und die sog. Aktivierung des Wa. in vitro bestätigen den Wert der neuen Serumdiagnose der Syphilis. O. Sciarra.
Zu der von Sciarra vorgeschlagenen Serumdiagnose der Syphilis. V. Giudiceandrea.

Diagnose und Behandlung der postdiphtherischen Polyneuritis. Im Anschluß an die Beschreibung von 7 Fällen, welche diagnostische Schwierigkeiten boten und einen eigenartigen Verlauf nahmen, betont Verf., daß die den postdiphtherischen Lähmungen zugrunde liegenden degenerativen Veränderungen nicht nur periphere Nervenfasern, sondern auch zentrale Zellen betreffen können. So lassen sich einige isolierte Lähmungen, wie die des M. ciliaris und der Iris ohne Beteiligung der äußeren Augenmuskulatur leichter erklären. Die Diagnose der postdiphtherischen Lähmungen, die meistens etwa 20 Tage nach der Heilung der lokalen Symptome auftreten, aber auch sofort, frühzeitig oder verspätet erscheinen können, ist in der Regel leicht, kann aber nach milde oder unbeobachtet verlaufener Diphtherie, besonders der rein anginösen Form, Schwierigkeiten machen. Die häufigste Lokalisation sind die Muskeln des weichen Gaumens und Rachens (9. und 10. Nerv), wo auch der primäre Sitz der Diphtherie ist. Die isolierte Lähmung dieser Muskeln findet man nur in sehr seltenen, anderen Fällen, als bulbäres Symptom der Heine-Medinschen Krankheit, bei der aszendierenden Landryschen Paralyse, der pseudobulbären Paralyse; die Differentialdiagnose ist meistens nicht schwer. An Häufigkeit folgen sodann eine allgemeine Asthenie und schlaffe Paraplegie, die in der gleichen Weise auch bei den seltenen Fällen von Polyneuritis aus andern infektiosen und toxischen Ursachen (Influenza, Typhus, Malaria, Puerperium, Alkohol, Blei, Arsen u. a.) auftreten können, die Lähmungen der Augennerven mit Strabismus, Anisokorie, Ophthalmoplegie und stets vorhandenem okulo-kardialem Reflex. Seltener sind die meist einseitigen Lähmungen des 7. und 12. Nerven. Viel diagnostische Schwierigkeiten können die seltenen Stimmbandlähmungen machen. Mehr als 90% aller Lähmungen findet man bei Fällen, die gar nicht oder unvollkommen mit Serum behandelt sind. Die Therapie der Lähmungen besteht in intensiver Serumbehandlung, eventuell kleinen Dosen Adrenalin und Strychnin und guter Ernährung.

34., Nr. 34, 22. August 1927.

Prophylaxe der Zwischenfälle nach intravenösen Salvarsaninjektionen bei der Syphilisbehandlung. L. de Benedetti.
* Die Vakzinebehandlung des Keuchhustens. G. Blasi.

Die Vakzinebehandlung des Keuchhustens. Gelegentlich einer Epidemie wurden 250 Keuchhustenfälle in der gewöhnlichen Weise symptomatisch mit den verschiedensten Mitteln behandelt, mit den üblichen negativen Erfolgen; nicht ein einziger Fall dauerte weniger als 8 Wochen, die meisten viel länger. 52 Kinder von wenigen Monaten bis zu 10 Jahren, und zwar die am schwersten erkrankten, wurden mit Vakzine behandelt, einer im Handel befindlichen Emulsion von Bordet-Gengon-Bazillen in physiologischer Fluorlösung (1 promille) mit Karbolsäure (5 promille); jeden 2. Tag intramuskuläre Injektionen von 1 ccm, entsprechend 250 Millionen Keimen. Niemals

fieberhafte oder lokale Reaktionen, allenfalls nach 12—18 Stunden leichte, rasch verschwindende Rötung. Alle wurden nach 4—8 Injektionen innerhalb 8—16 Tagen geheilt, einige Fälle kamen erst nach der 6.—8. Injektion in Form einer Krise zur Heilung. Das Alter schien keinen Einfluß zu haben, ebensowenig die Krankheitsperiode, in welcher die Behandlung begonnen wurde. Auch in 2 Fällen von Keuchhusten — Bronchopneumonie überraschende Erfolge. Rontal.

La Riforma medica.

43., Nr. 30, 25. Juli 1927.

Purpura haemorrhagica im Anschluß an Neosalvarsaninjektionen. Bericht über eine 31jährige Frau, die nach einer ersten Injektion von 0,15 g und zwei weiteren in achttägigem Intervall erfolgten Injektionen von 0,3 g Neosalvarsan im Anschluß an eine vierte Injektion von 0,45 g an schwerer Purpura haemorrhagica erkrankte. Therapie: Adrenalininjektionen, zwei Injektionen intravenös von 20 ccm Afenil in sechsstündigem Intervall; in den folgenden Tagen intravenöse Injektionen von 20 ccm Hyposulfitnatrium 1% und innerlich eine stark gezuckerte Lösung von 3 g Chlorkalzium mit 60 Tropfen Adrenalin, abends ein Klysma von 200 ccm 10% Natr.-bicarb.-Lösung. Allmähliche Besserung und Heilung. Solche Fälle sind glücklicherweise selten, stets von ernster Bedeutung und führen oft zum Tode. Scheinbar sind sie die Folge der toxischen Benzolwirkung, die in vielen Fällen durch eine Insuffizienz von Leber- und Nierenfunktion begünstigt wird. Wo das nicht der Fall ist, wie bei der erwähnten Patientin, kann man eher auf einen günstigen Ausgang rechnen. Die einzelne Dosis der injizierten Droge hat auf die Entwicklung der Purpura keinen Einfluß. Es kommen drei verschiedene klinische Bilder vor, die gutartigste und häufigste: Purpura simplex, die schwerere P. haemorrhagica und die seltenste, fast immer tödlich verlaufende Komplikation der P. haemorrhagica mit aplastischer Anämie.

43., Nr. 31, 1. August 1927.

Idiopathische Dilatation und kongenitale Stenose des Oesophagus. Verf. stellt die zwei Krankheitsbilder bei einem 67jährigen Kranken (seit 20 Jahren bestehend) und bei einem 9jährigen Kinde mit den charakteristischen Röntgenbildern einander gegenüber. Im ersten Falle eine Dilatation des ganzen Oesophagus mit einem gleichmäßigen Durchmesser von 12 bis 13 cm, der zur Füllung 450 g Riederbrei brauchte. Die Entleerung erfolgte in 6 bis 8 Stunden, aber nie vollkommen. Peristaltische Kontraktion des Oesophagus nicht, und es wurde daher eine palliative Gastrostomie mit späteren genese. Eine Sondierung gelang bei dem kachektischen Manne nicht sichtbar. Erörterung der verschiedenen Theorien der Patho- retrograden Dilatationsversuchen vorgeschlagen. Bei dem Kinde ergab das Röntgenbild bis zur Höhe des 8. Brustwirbels einen um das Vierfache erweiterten Oesophagus, der sich in einen feinen 4 cm langen Kanal bis zum Magen fortsetzte. Die wie gewöhnlich nicht übermäßig starke Stenose unmittelbar über der Kardia, die durch Spasmus stets verstärkt wird, konnte mit befriedigendem Erfolge bongiert und allmählich erweitert werden.

Vasa accessoria et aberrantia der Pfortader bei der Leberzirrhose. Untersuchungen über den Kollateralkreislauf in 8 Fällen von Leberzirrhose. An den akzessorischen Gefäßen haben den größten Anteil die nicht obliterierte Vena umbilicalis und ihre Begleitgefäße. In einigen Fällen kommt eine blutabführende Funktion Gefäßen zu, die Verf. als Venae hepatico-triangolares sinistrae bezeichnet, die ihr Blut als Vasa aberrantia den unteren Zwerchfellvenen zuführen und längs des freien Randes des Lig. triangulare verlaufen. Solche mehr oder weniger entwickelten Venen kommen ziemlich oft in der menschlichen Leber als normale Bildung vor. Schließlich können noch die Vasa accessoria des Lig. coronarium, der hinteren Hälfte des Falziforme und der eventuellen Leber-Zwerchfell-Verwachsungen Träger von Blut aus dem Pfortadergebiet innerhalb der Leber in das Gebiet der Vena cava sein. Ihr Kaliber ist zwar sehr klein, aber es existieren in der Leber Pfortaderäste, die auf kürzestem Wege zur Glissonschen Kapsel gela von dem zirrhotischen Prozeß freibleiben und in der Kapsel mi akzessorischen Gefäßen der Ligamente Anastomosen ein können.

43., Nr. 32, 8. August 1927.

Die Hyperglykämie nach Pilokarpin und ihre Beziehung der bekannten pharmakodynamischen Probe. Von den untersu 5 Patienten waren vier vom Standpunkt des Gleichgewicht sympathischen Systems normal, zeigten eine sehr geringe Allge reaktion auf die Pilokarpinprobe (Injektion von 0,01 g), aber starke Hyperglykämie, die ihr Maximum in etwa 1 Stunde erre um nach 1½ Stunden wieder zu sinken. Der fünfte Patient mit lichen Gleichgewichtsstörungen des sympathischen Systems neben einer starken Allgemeinreaktion eine sehr starke H glykämie, die noch lange Zeit nach dem Abklingen der allgem Symptome andauerte. Daraus erhellt die wichtige Tatsache, da Hyperglykämie nach Pilokarpininjektionen nicht nur konstant tritt, sondern auch einen guten Fingerzeig für die Bewertun sympathiko-parasympathischen Gleichgewichts abgibt.

43., Nr. 33, 15. August 1927.

Experimentelle und biochemische Untersuchungen über die in ihrem Verhältnis zum Kalkstoffwechsel. Nach Versuche Kaninchen ist 24 Stunden nach der Entmilzung der Ca-Gehal Blutserums bis zu 35 mg% erhöht, um nach einigen Tagen al lich bis zur Norm zu sinken. Derselbe Vorgang läßt sich in F und Harn nachweisen. Die Entmilzung ruft also einen Kalkv von etwa 8- bis 10tägiger Dauer hervor. Dieser Einfluß der auf den Kalkstoffwechsel, wie übrigens auch auf den Eiweiß- Kohlehydratstoffwechsel erklärt sich durch die physiologische ziehungen der Milz zu den anderen endokrinen Organen. Das Entmilzung gestörte Gleichgewicht im Ca-Stoffwechsel wird eine vikariierende Wirkung anderer endokriner Organe wiede gestellt.

Die Erzeugung einer hämoklasischen Krise durch die Cason Intrakutanreaktion bei Kranken mit Echinokokkenzyste. U suchungen an 7 eigenen und 3 weiteren Kranken, die wegen Ec kokkenzyste der Leber im Hospital bzw. von anderer Seite op waren. Zur Casonischen Intrakutanreaktion wurde in Dosen 0,2 bis 0,3 ccm Zystenflüssigkeit benutzt, die aus einer Leber stammte, steril in zugeschmolzenen Amphiolen seit 4 Jahren im schrank aufbewahrt, an 3 aufeinanderfolgenden Tagen je 1 St bei 56° sterilisiert war und bei sicheren Echinokokkenfällen i sive kutane Reaktionen ¼ bis ½ Stunde nach der Injektion erze Niemals gab sie bei gesunden Personen positive Reaktionen. L zytenzählung, Bestimmung der Leukozytenformel und des Blutd morgens früh nüchtern und Wiederholungen halbstündlich 2 den lang nach der Intrakutanreaktion. In 6 Fällen bestand vo Operation eine vollkommene hämoklasische Krise, im siebenten fehlte dieselbe, ebenso wie Eosinophilie und Komplementablen trotz positiver Casonireaktion. In 5 Fällen war die pos Casonische Reaktion noch zwischen 1 bis 4 Jahren nach der ration von einer vollkommenen hämoklasischen Krise begleitet ½ bis 1 Stunde nach der Injektion am stärksten war, um 2 Stunden zu verschwinden. Bei dem sechsten Kranken waren alle biologischen Reaktionen positiv, als er 8 Monate nach der ration an einer interkurrenten Krankheit starb. Bei 3 wei Kranken war mit dem Verschwinden der positiven Casonis Reaktion auch die hämoklasische Krise nach der intrakutane jektion verschwunden. Ueber den zehnten Kranken ist n bekannt.

43., Nr. 34, 22. August 1927.

Ront

The Journal of the American Medical Association.

89., Nr. 4, 23. Juli 1927.

chwangerschaft und Neurosyphilis. Von mehreren Seiten wurde uptet, daß die Schwangerschaft einen schützenden Einfluß gegen rkrankung an Neurosyphilis verleiht. Untersuchungen an einem ihrigen großen Material zeigten, daß Frühsyphilis des Zentral-nsystems etwa in gleicher Häufigkeit bei Männern und Frauen ommt; sie wurde sogar in höherem Prozentsatz bei Frauen, die ren hatten, als bei Nulliparen festgestellt. Bei der Spätsyphilis Zentralnervensystems war der Prozentsatz von Frauen, die ge- hatten und Nulliparen der gleiche. Ein Einfluß der Schwanger- t auf die neurosyphilitische Erkrankung besteht somit nicht.

Einige Beobachtungen hinsichtlich der Diphtherie-Immunität. Die kprobe und die Kellogsche Meerschweinchenprobe für die herie-Immunität geben bei allen primären Proben die gleichen ltate. Unter den Kindern jedoch, die nach der Immunisierung Toxin-Antitoxin schicknegativ wurden, gibt es einige (etwa 20 5%), die nach der Kellogschen Methode kein Antitoxin zeigen; einer geringen Anzahl dieser letzteren ließen sich kleinste en nach der Römerschen Methode nachweisen. Diese Kinder n eine latente Immunität, da sie schnell Antitoxin in titrierbaren en entwickeln nach einem sekundären Reiz in der Form einer aligen Toxin-Antitoxin-Injektion, ja sogar bisweilen nach einem eringen Reiz, wie es die Schickprobe ist. Es gibt also einen ntlichen Unterschied in dem Verbleiben freier Antitoxine im reislauf von natürlich und künstlich immunisierten Menschen. er Unterschied, zusammen mit der Tatsache, daß der natürlicher- immune Mensch nach der Schickprobe stets, der künstlich nisierte nicht immer freies Antitoxin hat, legt die Vermutung h daß natürliche Immunität nicht nur durch Berührung mit der ction zustande kommt, sondern auch, wenigstens zum Teil, als yologische Eigenschaft vorkommen kann.

Die Bakteriologie des Keuchhustens. Eine Kommission für das um des Keuchhustens untersuchte im Winter und Frühling 26 in Boston mittels Kulturmethoden 1115 Kinder, die an Keuch-n litten oder im Verdacht der Krankheit standen oder mit hustenkranken in Berührung waren. Es ergaben sich 23% ve Kulturen von Keuchhusten-Bazillen, unter 533 sicheren hustenfällen 219 positive Kulturen. Die frühesten Kulturen en 24 Tage vor dem Einsetzen des Keuchhustens (dreimal), die äste Kultur am 60. Tage der Krankheit oder dem 36. Tage des hustens gewonnen. Benutzt wurde der von Bordet-Gengou hlene Nährboden mit geringen Modifikationen. Für ein Ge- ist die frische Bereitung des Nährbodens notwendig und die nete Impfung entweder mit dem sorgfältig ausgewaschenen, n, zähen, aus Trachea und Bronchien stammenden Sputum oder Vorhalten der Platten in 12 bis 15 cm Abstand vom Munde lend des Hustenanfalls. Die erstere Methode ist verläßlicher, zweite hat den Vorzug der Anwendungsmöglichkeit in den n, wo man kein Sputum erhalten kann. Einmalige negative ren führen oft irre, wiederholte Kulturen an drei aufeinander-den Tagen sind unbedingt notwendig. So läßt sich die Dia- oft im frühen katarrhalischen Stadium, bei Keimträgern, bei richtigen Fällen, die niemals husten, kurz in Fällen stellen, die n die bakteriologische Untersuchung unentdeckt bleiben würden. end des katarrhalischen Stadiums erhält man Kulturen mit richer Regelmäßigkeit, mit dem Fortschreiten der Krankheit nt der Prozentsatz der positiven Kulturen ab. Auch läßt sich s Ende der Quarantäneperiode in derselben Weise wie bei pherie bestimmen.

Studium über Varizellen. 775 Fälle von Varizellen bei Patienten lter von einem Tag bis zu 55 Jahren liegen der Arbeit zugrunde. ie Erwachsene, die nicht durch eine frühere Erkrankung die nität erworben haben, erkranken an Varizellen. Die Krank- it kommt bei den allerjüngsten Kindern vor und kann infolge der rtragung des Virus von einer an Varizellen erkrankten Frau auf n Fötus kongenital sein. Neun Kranke hatten angeblich schon r Varizellen durchgemacht. Die Krankheit tritt am häufigsten in den Wintermonaten auf. Komplikationen sind selten (am häufigsten Furunkulose und Otitis media) und fast immer von mildem Verlauf. Unter 775 Kranken 2 Todesfälle. Die Leukozytenzahl ist bei ganz jungen Kindern, sogar schon am ersten Tage des Exanthems um etwa 3000 über die Norm vermehrt. In der Altersgruppe zwischen 6 und 20 Jahren ist die Leukozytenzahl am ersten Tage etwa normal, um dann bis zum 3. Tage um 2000 bis 3000 zu steigen. Bei Erwachsenen ist die Steigerung in den ersten drei Tagen nur sehr gering, vom 4. bis 9. Tage um 2000 bis 3000 höher als in der Norm. Mäßige Leukozytose ist diagnostisch nur mit Vorsicht zu verwerten.

Erzeugung von Immunität mit lebenden virulenten, avirulenten und toten Tuberkelbazillen. Eine ausführliche kritische Uebersicht über alle bisher empfohlenen Methoden prophylaktischer Impfung und eigene Versuche. Verschiedene Lebewesen reagieren zwar individuell verschieden gegen die Tuberkelbazillen, aber die grundlegenden Prinzipien von Infektion und Immunität sind für die Tuberkulose bei Tieren und Menschen die gleichen, und daher ist die Uebertragung von Tierversuchen auf die Verhältnisse beim Menschen wohl berechtigt. Ein Hauptfehler bei allen Tuberkuloseversuchen ist es, eine absolute Immunität schaffen zu wollen. Das ist kaum möglich, auch nicht nötig; eine relative Immunität, die eine Infektion mit einer kleinen Anzahl von Keimen verhindert, genügt. Die Immunität mit lebenden, virulenten Bazillen ist wirksam, aber zu teuer durch einen Herd mit lebenden Keimen erkauft, der eines Tages zu einer großen Gefahr werden kann. Impfung mit avirulenten Keimen ist harmloser, doch ist die Frage der Mutation noch nicht so weit gelöst, um einen Wechsel der avirulenten Keime in virulente mit Sicherheit ausschließen zu können. Die Existenz des Tuberkelbazillus hängt von der parasitären Rolle ab, die er im Körper spielt. Bei Benutzung eines lebenden Bazillenstammes, ob virulent oder avirulent, zur Impfung werden die Keime nicht ausgeschieden, aber ein Widerstand gegen die Infektion erzeugt. Ein Keim, der aus seinem nichtparasitären Zyklus in der Natur in den parasitären Zyklus im Menschen oder Tier übergeht, kann die Krankheit hervorrufen oder auch nicht. Der Keim kann sich als Parasit oder Saprophyt weiter entwickeln, früher oder später findet er den Weg in die Natur und bedroht dort andere, weniger widerstandsfähige Menschen oder Tiere. Diese Kette von Vorgängen kann sich lange fortsetzen und Veränderungen verursachen, die einen avirulenten, harmlosen in einen virulenten Keim verwandeln. Mit einem summarischen Ueberblick über seine eigenen zahlreichen Arbeiten betont Verf. seine Ueberzeugung, daß man mit toten Bazillen eine mehr als partielle und genügende Immunität erzeugen kann, und daß das Material vollkommen ungefährlich ist. Rontal.

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

Vol. XII. Nr. 10. Juli 1927.

Vol XII. Nr. 11. August 1927.

Zedernöl als Hilfsmittel zum Auffinden von Parasiteneiern im Stuhl. Der Verfasser bedient sich seit vielen Jahren des folgenden Verfahrens, das er als besonders zweckmäßig empfehlen kann: Auf einem Objektträger wird von dem zu untersuchenden Stuhl ein sehr dicker (etwa 5—10mal so dick wie sonst üblich) Ausstrich gemacht, den man gut lufttrocken werden läßt. Das Präparat wird dann mit Zedernöl beschickt, mit einem Deckglas bedeckt und mikroskopisch untersucht. Es bleibt so jahrelang haltbar. Der Vorteil dieser, den Anreicherungsverfahren fast ebenbürtigen Methode liegt, abgesehen von ihrer Einfachheit, darin, daß eine sehr dicke Stuhlschicht zur Untersuchung gelangt, die aber trotzdem infolge der aufhellenden Wirkung des Zedernöls ein klardurchscheinendes mikroskopisches Bild gibt. Walter Goldstein, Berlin.

Endocrinology.

Vol. XI, Nr. 2, März/April 1927.

Psychisches Trauma in der Pathogenese des Basedow. In der vorliegenden Arbeit werden die Krankheitsgeschichten von über 3000 Basedowpatienten einer genauen Durchsicht unterzogen, und zwar mit besonderer Berücksichtigung der in Frage kommenden ätiologischen Momente. Es ergibt sich das überraschende Resultat, daß in 85% ein psychisches Trauma (Schreck usw.) als Ursache bzw. auslösendes Moment der Erkrankung anzusehen ist. In 5% der Fälle schloß sich der Basedow an einen Infekt an, 4% erkrankten infolge Jod- oder Thyreoidingebrauchs (meist gelegentlich Entfettungskuren) und in den übrigen 6% ließ sich eine sichere Entstehungsursache nicht nachweisen. Der Verfasser betont die Wichtigkeit der Kenntnis einer psychogenen Basedowätiologie, ja er geht so weit, daß er in den pathogenetisch nicht klargestellten Fällen ein irgendwie unbekanntes oder verdrängtes psychisches Trauma als Ursache annehmen zu müssen glaubt. Allerdings muß in allen diesen Fällen eine gewisse konstitutionelle Praedisposition vorausgesetzt werden. Diese Beobachtungen müssen auch der Therapie die Richtung weisen. Die Thyreoidektomie in der Behandlung des Basedow ist demnach irrationell. Vielmehr kommt alles darauf an, das endokrine und das seelische Gleichgewicht auszubalanzieren.

Walter Goldstein, Berlin.

Physical Therapy, X-Ray, Radium.

Vol. VIII, Nr. 6.

Radiumemanation bei Karzinom des Mundes und Schlunde bösartigen Geschwülste der Mundregion und des Pharynx sich für die Behandlung mit Radium, weil sie der direkten kation desselben zugänglich sind. Die Strahlenempfindlichke verschiedenen Tumoren hängt u. a. von der histologische schaffenheit und auch von der Wachstumsart ab. Geschwüls embryonalen Typs weisen die größte Radiosensibilität auf. artige Karzinome können selbst bei erheblicher Größe noch m folg bestrahlt werden, während bei verhältnismäßig kleiner schriebenen Läsionen vom Typ der squamösen Zellen die Auss viel schlechter sind. Bei den letztgenannten Affektionen n auch die Betastrahlen des Radiums zur Einwirkung gelang diese infolge ihrer kaustischen Wirkung zu einer Destrukti umgebenden Gewebes führen. Man erreicht dies durch gee Abstufung der Filterung sowohl hinsichtlich der Dicke als au Materials. An Stelle des Radiumsalzes verwendet man in n Zeit vorwiegend die Radiumemanation (Radon). Der große dieser Anwendungsart besteht in dem äußerst geringen Umfa Materialträger und in der Möglichkeit der gleichmäßigere teilung durch Implanation. Dazu kommt noch die größere Sich gegen Verlust und Diebstahl.

Die Röhrchen mit Radon können zur Oberflächenapplikati zur Implantation verwendet werden. Im ersteren Falle em Verf. Röhrchen mit 50—150 Millicurie Emanation, deren Fi nach dem gewünschten Wirkungsgrad 1 mm Aluminium, 0, Silber oder 1—2 mm Messing beträgt. Die Dauer der Expo bemißt sich auf 1 bis 3 Stunden, die Bestrahlung kann nötig nach etwa 14 Tagen wiederholt werden. Bei der Implanta methode gebraucht man „nackte" Glasröhrchen mit 0,5—4 Mil Emanation. Diese bieten den Betastrahlen praktisch gar k Widerstand, so daß es zu einer Destruktion en masse kommt Aktionsradius beträgt 1 cm. Bei Verwendung von Gold als material fällt infolge weitgehender Absorption der Betastrahle lokale Reaktion erheblich milder aus.

In allen Fällen sollen die regionären Lymphdrüsen mitbes werden, ob sie vergrößert sind oder nicht. Die Erfolge mit de strahlungsmethode sind um so höher anzuschlagen, als es si inoperable Fälle handelt.

Bösartige Geschwülste des Pharynx und Larynx. Verf. auf die Möglichkeit hin, maligne Tumoren mittels Hochfre koagulation zu behandeln und beschreibt einige mit dieser Me anscheinend geheilte Fälle (Ca. des weichen Gaumens bzw Lippe). Die Wahl der Behandlungsmethode muß sich in erster nach der Lokalisation des Tumors richten. Bei schwer zugäng Geschwülsten, z. B solchen der Nasennebenhöhlen, ist am e Radiumbehandlung angezeigt. Karzinome und Sarkome der pflegen in die Nebenhöhlen, namentlich in die Kieferhöhle, h zuwachsen. Bei Kehlkopfkarzinom kann die Laryngofissur gewandt werden, wenn man sich nur davor hütet, den Tumor zu inzidieren. Im Ganzen genommen sind aber die Aussichte den in Frage kommenden Erkrankungen als recht ungünstig z zeichnen, welche Methode man auch anwendet.

Rationelle Methoden der Tonsillenbehandlung. Von den schiedenen Methoden der Tonsillenbehandlung ist die interne lokale Medikation gewöhnlich wirkungslos. Die chirurgische handlung aber ist mit gewissen Gefahren verbunden. Name kann die Blutung hierbei einen gefährlichen Umfang annehmen. selbe gilt von der Behandlung mit Elektrokoagulation. Bei b Methoden kann auch ein so erhebliches Oedem auftreten, da sofortige Tracheotomie notwendig wird. Die lokale oder allge Anwendung von Anästheticis ist eine weitere Gefahrenquelle. von diesen Nachteilen ist die Elektrodesikkation. Diese wird m eines monopolaren Stroms eines Hochfrequenzapparates vom O schen Typ vorgenommen. In einer Sitzung können beide Ton behandelt werden. Die Mandeln bedecken sich dabei mit e weißlichen Häutchen und nach einigen Tagen reinigen sich die flächen wieder und die Tonsillen schrumpfen ein. Nach einem vall von 5—7 Tagen kann die Behandlung nötigenfalls bis zu wiederholt werden. Die mit der Behandlung verbundenen schwerden sind sehr gering. Es muß nur vermieden werden, au Zäpfchen und den weichen Gaumen Funken auftreffen zu la Die Methode hat sich dem Verf. in über 2000 Fällen gut bew Rezidivierende Entzündungen und Abszesse sind geschwu hypertrophische Tonsillen sind geschrumpft, regionäre Dr schwellungen sind zurückgegangen. Auch die durch die Tons infektion hervorgerufenen Erkrankungen der verschiedensten Or besonders Arthritis und Neuritis, kamen zur Ausheilung.

Wenn auch nach Ansicht des Verf. die Elektrodesikkation i Tonsillenbehandlung den ersten Rang einnimmt, so stehen uns noch mehrere andere Methoden zur Verfügung, die, ohne Gefa

sich zu schließen, doch erfolgreich sind. Namentlich bei einfachen ‑pertrophien ohne wesentliche entzündliche Erscheinungen ist die ‑dium- oder Röntgenbestrahlung wirksam, während zur Sterili‑rung des Gewebes, zur raschen Heilung der lokalen Infektion, das ‑aviolette Licht in Form der wassergekühlten Quecksilber-Quarz‑pe zu empfehlen ist.

Hautfehler. Verf. faßt unter dem Begriff „Hautfehler" eine Reihe ‑ Alterationen zusammen, die einen gewissen Gegensatz zu den ‑ntlichen „Hautkrankheiten" im engeren Sinne bilden. Bei der ‑pertrichosis ist die Auswahl der zur Behandlung geeigneten ‑le vielleicht die schwierigste und die Abweisung ungeeigneter ‑ wichtigste Aufgabe. Man muß sich immer vor Augen halten, ‑ nicht die durch die Behandlung gesetzten Schädigungen un‑enehmer sind als die ursprüngliche Verunstaltung. Handelt es ‑ um eine umschriebene, nicht zu große Fläche und sind die Haare ‑tiv derb und dick, so ist galvanische Behandlung zu empfehlen. ‑ dem negativen Pol des Apparates verbindet man eine Nadel, ‑ dem positiven die inaktive Elektrode. Die Nadel wird nun nach‑nder in jeden einzelnen Haarfollikel eingeführt. Eine Umkehrung ‑ Pole würde durch Ablagerung von Metall dauernde Flecke zur ‑ge haben. Sorgfältig muß darauf geachtet werden, daß die Nadel ‑klich in den Follikel eingedrungen ist und die Papille erreicht hat. ‑ Stromstärke beträgt im Durchschnitt 2 bis 3 Milliamp. Ein ‑kerer Strom ist zu schmerzhaft. Röntgenbestrahlung ist zur ‑ernden Epilation nicht geeignet. Die Strahlenmengen, die hierzu ‑rderlich sind, führen zu Hautschädigungen (Teleangiektasien, ‑atrophie), die in kosmetischer Beziehung in keinem Verhältnis ‑ ursprünglichen Affektion stehen. Nur in seltenen Ausnahmefällen ‑were psychische Depression) sollten daher Röntgenstrahlen bei ‑pertrichosis angewandt werden. Auch bei einem Pigmentmal ‑ man von Fall zu Fall entscheiden, ob eine Behandlung lohnt. ‑esondere ist zu berücksichtigen, daß bei großen Mälern immer ‑ der Möglichkeit einer Schrumpfung gerechnet werden muß. ‑nere Hautmäler kann man mittels Galvanisation oder irgend‑‑r Methode der Hochfrequenzkaustik entfernen. Auch Kohlen‑‑eschnee oder flüssige Luft kann man hierzu verwenden. Ist das ‑nentmal behaart, so müssen die Haare vorher mittels Galvani‑‑on beseitigt werden, weil sie sonst in häßlicher Weise wieder ‑hsen können. Telangiektasien, sowohl die einfachen als auch die ‑ Rosazea kombinierten, machen einige diätetische Maßnahmen ‑rderlich, namentlich das Verbot von Tee, Kaffee und Alkohol. ‑i lokale Behandlung geschieht mittels des galvanischen Stromes ‑ er gleichen Weise wie bei der Hypertrichosis, indem die mit dem ‑ativen Pol verbundene Nadel in das Lumen jedes einzelnen Ge‑‑äls eingeführt wird. In ähnlicher Weise kann man auch mit Dia‑‑mie oder bipolarer Hochfrequenzkaustik vorgehen. Handelt es ‑ um umschriebene Gruppen (telangiektatische Naevi), so kann ‑ auch mittels Galvanokaustik eine oberflächliche Destruktion ‑anzen vornehmen.

Bei nichtpigmentierten Mälern, besonders bei denen vom verru‑‑ösen Typ, reicht die Affektion häufig bis ins Korium. Eine totale ‑ernung würde daher Narbenbildung zur Folge haben. Man kann ‑ verschiedenen Formen der Hochfrequenzkaustik und auch die ‑anisation anwenden. Es ist aber zu berücksichtigen, daß das ‑te Operationsfeld gewöhnlich mit einer häßlichen Vertiefung zur ‑heilung kommt. Es ist daher in vielen Fällen vorteilhafter, mittels ‑r der genannten Methoden eine Reaktion zu erzeugen und die ‑tane Abstoßung des nekrotisierten Gewebes abzuwarten. Zur ‑andlung des Gefäßnaevus wird häufig die wassergekühlte Queck‑‑ber-Quarzlampe empfohlen. Verf. hatte damit aber keinen Erfolg. ‑ssere Resultate ergibt die Behandlung mit Kohlensäureschnee. ‑e kavernösen Anschwellungen ist die Insertion von Radiumnadeln ‑ empfehlen. Das Xanthoma palpebrarum kann vorteilhaft mit ‑anisation behandelt werden. Man verwende feine Nadeln und ‑ge Stromstärken. Von den Warzen eignen sich die Verruca ‑ae juveniles am besten für Röntgenbehandlung. Bei der Verruca ‑aris ist monopolare Hochfrequenzbehandlung angezeigt. Man ‑wende einen kurzen aber kräftigen Funken. Die Nadel kann auch ‑ie Haut eingeführt werden. Die Heilung erfolgt durch spontane ‑oßung. Keloide sollen nicht operiert werden, da sie häufig rezi‑‑ieren. Diathermiebehandlung ist eher zu empfehlen. Auch beim ‑alzellenepitheliom ist die chirurgische Diathermie eine ideale ‑andlungsmethode.

Vol. VIII, Nr. 7.

Beziehung der Sella turcica zu endokrinen Störungen. Die große Mehrzahl der primären intrasellaren Affektionen sind Adenome, und die meisten von ihnen zeigen Drucksymptome, während nur eine Minderzahl mit endokrinen Symptomen einhergeht. Bei Atrophie des Dorsum sellae und der Proc. clinoidei postt. fehlt die charakteristische Deformierung der Sella, die sonst eine Unterscheidung zwischen intra- und extrasellaren Tumoren ermöglicht. Es ist zu beachten, daß die normale Größe der Sella in ziemlich weiten Grenzen schwankt. Intrasellare Geschwülste bewirken oft eine Ausbuchtung des Türkensattels nach der Keilbeinhöhle sowie nach hinten. Das Dorsum sellae ist verdünnt. Hier und an den Proc. clinoid. antt. können sich Erosionen finden. Differentialdiagnostisch wichtig ist, daß auch Tumoren des Schläfenlappens, des Thalamus opticus u. a., ferner auch Hydrozephalus zu einer Vergrößerung der Sella führen können. Die Untersuchungen des Verf. bei 64 Kindern ergaben, daß bei einer großen Reihe von endokrinen Störungen keine deutlichen Abweichungen der Sella hinsichtlich Größe und Form gegenüber den normalen Fällen nachzuweisen waren.

Galvanisation bei eitrigen Entzündungen der Cervix. Die Wirkung der Galvanisation beruht auf drei Momenten: Der negative Pol führt zur Vasodilatation, Erschlafung des Gewebes und zur Drainage; der positive Pol bewirkt Sterilisation, Vasokonstriktion, Erhärtung und Tonisierung des Gewebes; schließlich kommt der ionisierende Effekt des galvanischen Stromes in Betracht. Bei der Behandlung von Schleimhauteiterungen ist die erste Maßnahme die Drainage. Bei der Cervix kann dieselbe mittels des negativen Stroms vorgenommen werden. Man führt eine Uterussonde in den Zervikalkanal ein und verbindet sie mit dem negativen Pol des galvanischen Apparates. Eine große inaktive Elektrode wird auf den Rücken plaziert. Der Strom wird mit geringer, langsam ansteigender Stromstärke eingeschaltet, so daß die Behandlung ohne Beschwerden durchgeführt werden kann. Man beginnt mit etwa 20 Milliamp. und geht in den folgenden Sitzungen bis zu 70 Ma. Nach einigen derartigen Behandlungen fährt man in der entsprechenden Weise fort, indem man die Pole vertauscht. Ist die Sonde mit dem positiven Pol verbunden, so kommt der tonisierende und der Ionisationseffekt zur Geltung. Man kann gleicherweise eine Kupfer- oder Zinkelektrode anwenden. Es wird auch empfohlen, die Elektroden vorher zu amalgamisieren. Die Penetration ist nicht tief, reicht aber gewöhnlich aus. Kirschmann.

The Journal of Urology.

18., Heft 2.

Beleuchtung des Blasendivertikels durch ein neues Instrument, das Divertikulite. Eine kleine elektrische Lampe ist auf der Spitze eines Ureterenkatheters Nr. 8 befestigt. Die Leitungsdrähte verlaufen durch den Katheter hindurch und werden für sich von einer Stromquelle gespeist. Der Katheter wird in die Oeffnung des Divertikels eingeführt, und man kann nun, besonders wenn man die Zystoskoplampe ausschaltet, gut die Höhle übersehen und auch ihre Lage, Tiefe und Richtung sowie den Zustand der Wand beurteilen. Eine andere Verwendung findet der Katheter bei der Operation der Uretersteine. Nachdem die Höhe des Steines lokalisiert ist, wird vor dem Eingriff der Lichtkatheter bis zum Stein herangeführt und nach Eröffnung der Bauchdecken eingeschaltet. Man kann sich so auf das einfachste orientieren. Gegenüber dem Josephschen Instrument hat es den Vorteil, daß das Zystoskop nach Einführung des Katheters entfernt werden kann. Die Glühbirne ist wie bei der Endoskopie auswechselbar.

Ausdehnbarer Ballon zur Blutstillung und Drainage nach der perinealen Prostatektomie. Der Nachblutung aus dem Prostatabett soll durch diesen Apparat vorgebeugt werden. Er besteht aus einem länglichen Gummibeutel, durch den hindurch ein Gummidrainrohr hindurchgeführt ist. Dieses steht mit dem Inneren des Beutels nicht in Zusammenhang, vielmehr geschieht die Füllung des Ballons von einer zweiten Röhre aus entweder mit Luft oder Wasser. Ein Band läuft durch eine Schlinge am Ballon und durch die Mitte eines ovalen Metallstückes, welches vor die Wundöffnung zu liegen kommt. Es erleichtert die Entfernung des Ballons. Ein gewisser Zug an ihm kann überdies durch eine Schraubenklemme ausgeübt werden. Der Ballon hat eine Länge von 6,5 cm und bei Füllung mit 60 ccm Wasser ein Durchmesser von 4,5 cm. Er kann mit einem vierbauchigen Wundsperrer leicht in die Prostatahöhle durch den Sphinxter internus eingeführt werden. Man legt ihn zunächst für 48 Stunden ein, doch kann er auch länger liegen gelassen werden, da er meist keine größeren Beschwerden als das Drainrohr macht.

In 100 aufeinanderfolgenden Fällen trat nur einmal eine ernstliche Nachblutung auf. Bei den letzten 64 Fällen wurde nur einmal eine Gazetamponade hinzugefügt, im ganzen wurde bei der Serie 10 Tamponaden ausgeführt. Komplikationen, die auf den Ballon zurückzuführen gewesen wären, hat der V. nicht beobachtet. Die Mortalität betrug 1%. Dieser Todesfall wird auf eine Myokarditis und nicht auf eine Nachblutung bezogen.

Die Saugvorrichtungen, die bei den urologischen Fällen des New Yorker Fortbildungshospitals für approbierte Aerzte angewandt werden. Es werden eine Wasserpumpe und eine elektrische Saugpumpe beschrieben. Die Säle mit Wassersaugvorrichtung haben für je zwei Betten einen Doppelhahn; die Pumpen stehen außerhalb des Krankenraumes, um durch ihr Geräusch nicht zu stören. Für einen Saal mit 12 Betten werden sechs Pumpen gebraucht. Das verwandte Wasser wird filtriert. Die Pumpe ist sanduhrförmig und hat das Verbindungsstück zum Absaugen an der engsten Stelle, wo das Vakuum erzeugt wird. Das Wasser wird durch große Leitungen aus dem Raum entfernt. Durch das Saugen wird auch desodorierend gewirkt. Die Pumpen verbrauchen 1 Tallone (4.54 l Ref.) Wasser pro Minute. An die elektrische Saugpumpe mußten bedeutende Anforderungen gestellt werden. Sie mußte sieben Tage oder länger ununterbrochen arbeiten können, sollte möglichst geräuschlos arbeiten, nicht heiß laufen und leicht transportabel sein. Um die lange Tätigkeitsdauer zu beschränken, wurde ein automatischer Unterbrecher eingeschaltet, der so eingestellt ist, daß der Motor sieben Sekunden läuft und dann 15 Sekunden aussetzt. Der sich in dieser Pause sammelnde Urin wird bei der nächsten Tour abgesaugt. Als Motor dient ein 250 vol. Motor bei einem Strom von 110 vol., der den erforderlichen Widerstand und die so erzeugte Wärme reduziert. Der Motor ist leicht transportabel in einem den Schall abschwächenden Kasten. Es ist auch in sinnreicher Weise dafür Sorge getragen, daß der Motor selbsttätig ausgeschaltet wird, wenn die Flasche voll ist, so daß keine Flüssigkeit in die Pumpe gelangen kann. Das Saugrohr besteht aus einem Pezzerkatheter mit gekürztem Pavillon, in den ein mehrfach durchlöchertes Saugrohr aus Metall eingeführt ist. Dies ist durch ein zweites Rohr gezogen, daß als Stütze quer über dem Ende des Katheters befestigt ist und eine Luftöffnung besitzt, die ein Vakuum in der Blase und so eine Schädigung des Organes verhüten soll. Das Metallrohr verhindert ein Kollabieren des Katheters beim Saugen und erleichtert andererseits des Herausziehen des Pezzers, der sich an ihm entlang gut anziehen läßt.

Ein Spülzystourethoskop, das unter Leitung des Auges die Wärmeapplikation auf Prostata und Blasenhals ermöglicht. Das Hartgummiinstrument besitzt an der Stelle, die auf die Prostata zu liegen kommt bzw. den Hals eine breite Metallelektrode. Mit Hilfe der Mc. Carthy'schen stumpfwinkeligen Optik gelingt es, die Anwendung der Wärme auf diese Gebiete durch die Elektrode zu beobachten und so die Tätigkeit genau zu kontrollieren.

E. Lehmann, Hamburg.

Brasil Medico.

41. Jahrgang. Nr. 29. 16. Juli 1927.

Nr. 30. 23. Juli 1927.

Die Rolle der Lipoide in der Immunologie. Die Lipoide de malen Serums ebenso wie die aus der Leber extrahierten b gleiche Eigenschaften und üben gleiche Wirkung auf die Bak toxine, Gifte und Bakterien aus, indem sie die ersteren fixiere modifizieren, während sie die Virulenz der letzten abschw Die Identität der Wirkung der im Blut zirkulierenden Lipoi derjenigen der Leberlipoide weist auf die wichtige Rolle der funktion für den Schutz des Organismus gegen Intoxikatione Infektionen, welche Rolle sie ihrer Fähigkeit, Lipoide zu produ zu verdanken hat. Bei der Wirkung der Lipoide auf die und Gifte hat man zwei Phasen zu unterscheiden: die der Fi sowie die der Modifikation, bei welch letzterem Vorgang die und Gifte durch die Lipoide in atoxische, immunisierende schaften besitzende Körper umgewandelt werden. Diese zierende Fähigkeit der Lipoide ermöglicht die Ausarbeitung generellen praktisch sich sehr bewährenden Methode für di stellung antitoxischer Vakzine. Die Wirkung der Lipoide a Karbunkulose verursachenden Bakterien, die sich in eine gehenden Aenderung ihrer Virulenz äußert, gestattet ebenfa Bereitung einer Vakzine gegen diese Keime sowie die Ausde den Schluß, daß analog der Herstellung einer wirksamen V gegen diese Keime auch eine Ausdehnung dieser Methode a Bereitung anderer Bakterientoxine möglich und auch ratsa

Die Pathogenie, Physiopathologie und Therapie der Malaria malarische Krise ist der Ausdruck einer vago-sympathische stonie, welche zu Beginn durch das Sinken des Tonus des chnischen (vasomotorischen) Anteils des Sympathikus hervorg wird: diese Erscheinung wiederum ist die Folge einer Heterop ämie, welche durch das sich im Verlauf der Schizogenie infolg störung der roten Blutkörperchen in das Blutplasma gelan „Hämazoin" verursacht wird. Am Schluß kommt es zu Hypertonie desselben Sympathikusabschnitts, dank welcher im nismus das vorher bestandene Gleichgewicht des vago-sympat Tonus hergestellt wird. Die ganze Symptomatologie der malar Krise, sowohl in ihrer ersten hyposympathischen, durch Sinke Temperatur, Blässe der Haut, Leukopenie usw. charakteris wie auch in der zweiten hypersympathischen durch Ansteige Temperatur, Schweißausbruch, Leukozytose usw. gekennzeic Phase, ist der Ausfluß einer Störung des vagosympathikoton Gleichgewichts. Die Wirkung der zur Bekämpfung der Krise wandten Substanzen, wie Chinin, Methylenblau und dgl. ist sympathikodynamische, im Sinne einer Erregung des Sympat

Ein undiagnostizierbarer Fall von Dyskrasie beim Kinde. handelt sich um eine Ernährungsstörung unklarer Aetiolog Dyskrasischer Basis, welche durch Bestrahlungen mit küns Höhensonne günstig beeinflußt wurde.

Fall eines Pseudo-Heine-Medin. Das 18 Monate alte Kin krankte an Grippe, welche in einen Heine-Medin'schen Sympt komplex ausklang. Im weiteren Verlauf zeigten sich ausgespro Zeichen von Skorbut. Auf Zufuhr von Vitaminen gingen säm Erscheinungen zurück.

Nr. 31, 30. Juli 1927.

Die Deutung des Zeichens von Babinski. Der Babinski kan toxischen Zuständen infolge Leber- oder Niereninsuffizienz, bei fachen Anämien sowie bei Intoxikationen medikamentösen sprungs vorkommen. Das Auftreten eines doppelseitigen Babins Verlauf einer Nephritis ist prognostisch ein Signum mali omini er auf ein drohendes urämisches Koma hinweist.

Nr. 33, 13. August 1927.

Ashkenasy, Wi

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854

NUMMER 41 — BERLIN, DEN 14. OKTOBER 1927 — 45. JAHRGANG

Kongreß-Berichte.

38. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde vom 8. bis 15. September 1927 in Budapest.

Bericht
von Privatdozent Dr. med. Werner Gottstein, Freiburg i. Br.

Es ist in unseren Tagen fast zum Schlagwort geworden, daß d Beziehungen zwischen Umwelt, Krankheit und geistiger Ent-wicklung studiert werden müssen. Oft wechselt die Umwelt im Life eines Lebens so schnell, daß sie den Werdegang eines Menschen kaum dauernd beeinflussen kann. Wir müssen gerade dum die vorübergehenden und besonders starken Ein-wkungen der Umwelt auf Einzelmenschen und größere Gesell-schaften ergründen. Unter diesem Gesichtspunkt wird es auch nicht gleichgültig sein, in welchem Lande wissenschaftliche Tagungen stattfinden, die uns neue Aufgaben zeigen sollen. Längst ist die Zt vorüber, in der sich Kongresse in der Art abspielten, wie sie Otto Hubner in der jüngst erschienenen Lebenschronik und seiner Biographie schildert, wie sie Bokay in der diesjährigen Eröffnungs-rede auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde beschrieb. Es gibt heute keine zwanglosen Aussprachen im kleinen Kis von 15 Aerzten, sondern eine Fülle verschiedenster Fragen kommen in gedrängter Kürze zur Erörterung. Keine Klärung, sondern Anregung! Man mag diesen Wandel beurteilen, wie man will. Es ist nit die Aufgabe des Referenten, hierzu Stellung zu nehmen. Nur soviel sei gesagt, daß eine mit künstlerischer Anlage gepaarte Elastizität dazu gehört, die Fülle des Gebotenen in sich aufzunehmen u das Wesentliche zu erfassen. Budapest ist eine Stätte, die mit ihr wundervolen Umgebung dem Besucher diesen Geist verleihen kente. Nicht in der Absicht, geniale Arbeiten aus dem medizini-schen Budapest mit denen anderer Länder zu vergleichen, möchte c auf einige Werke wahrhaft schöpferischer Art hinweisen. Denken w an Semmelweiß, der nach der tödlichen Blutvergiftung des Pathologen Professor Kolletschka die Zusammenhänge mit dem Puerperalfieber erkannte und der Mitbegründer der Antisepsis wurde. Erinnern wir uns, wie Korányi aus den Zufalls-beobachtungen eines vom Chirurgen unglücklich durchgeschnittenen Ureters die ersten Gedanken für eine funktionelle Nierendiagnostik schöpfte. Wie der erfolgreiche Physiologe und Immunitätsforscher Liebermann, aus künstlerisch begabter Familie stammend, seinen klaren unbefangenen Blick schon auf dem anatomischen Präpariersaal zeigte.

Wir wollen uns nicht von der sogenannten „Intuition" leiten lassen, sondern die Hauptreferate der Tagung besprechen. Denn in der ärztlichen Praxis beschäftigen uns vor allem die feststehenden Tatsachen.

Finkelstein-Berlin behandelte das alimentäre Fieber. Die Zusammenhänge zwischen Nahrung und Fieber sind bereits von Taube erkannt worden, gerieten dann lange in Vergessenheit. Gerade der Kinderarzt hat Gelegenheit, diese wichtigen Beziehungen eingehender zu prüfen. Man findet vor allem bei dyspeptischen Säuglingen, daß Fieber eintritt, wenn ein Mißverhältnis zwischen den angebotenen festen Nahrungsbestandteilen und dem Wasser besteht. Man hat Durstfieber, Salzfieber, Eiweißfieber unterschieden. Natürlich können diese Stoffe auf verschiedenem Wege Temperatur-steigerung erzeugen. Die Wärmebildung durch Verdauungsarbeit spielt eine gewisse Rolle. Aber der Temperaturanstieg läßt sich dadurch nicht erklären. Denn Halbmilch, die doch verhältnismäßig wenig Eiweiß enthält, kann bei Wassermangel Fieber bewirken, in dieser Folgezustand kann unter Vollmilch bei ausreichendem Wasserangebot ausbleiben. Die klinisch unterschiedenen Fieber-arten — Eiweiß-, Salzfieber usw. — beruhen auf dem gleichen Grundvorgang, einem „Fehlnährschaden durch Wassermangel", der auch der Behandlung zugänglich ist. Man muß bedenken, daß der Wassermangel nicht immer nur von außen durch mangelhafte Zufuhr entsteht. Mit massigen Stühlen geht viel Wasser zu Verlust, und auch das Oedem bei reicher Kochsalzernährung ist eine „Wasser-verarmung in die Gewebe".

Nicht nur das dyspeptisch alimentäre Fieber kann beeinflußt werden. Bei Pyurie, bei langdauernder Bronchitis kann ebenfalls therapeutisch zugängliches alimentäres Fieber entstehen. Ex iuvantibus stellen wir ungenügende Wasserzufuhr als Haupt-ursache fest, und kommen ohne andere Erklärungsursachen wie z. B. die Resorption von Eiweißabbauprodukten für derartige Fälle aus.

Das Fieber wird gegenwärtig in verschiedenen Spezialfächern unter mannigfachen Gesichtspunkten bearbeitet. Stets wird erfolg-reiche Wissenschaft das Fieber von dem Standpunkt aus untersuchen müssen, den auch der praktische Arzt einnimmt. Es sind ja vor allem zwei Fragen: 1. Was bedeutet das Fieber als Abwehrvorgang? 2. Wie ist ein Fieber bei klinisch noch unklaren Fällen zu bewerten?

Das künstlich zum gewollten Abwehrvorgang erzeugte Fieber wird bei der Malariatherapie der Paralyse studiert. Jetzt sind zahl-reiche Versuche im Gang, diese Behandlung auch auf die Lues congenita zu übertragen.

Die Vorträge von Kundratitz-Wien und Hescheles-Lemberg sowie die anschließenden Aussprachen zeigten, daß die ganze Frage noch nicht spruchreif ist. Es liegen einige Erfahrungen vor, die dafür sprechen, daß die Spirochäten aus dem Gewebs-verbande gelöst, in die Blutbahn ausgeschwemmt und dort getötet werden. Auch die Syphilisfälle mit Wassermann positivem Liquor scheinen eine Besserung zu erfahren, die geistige Entwicklung luischer Idioten zeigt, wie zu erwarten ist, keine Fortschritte. Die Keratitis wird sogar durch die Malariatherapie eher ungünstig beein-flußt. Es hängt, wie auch aus der Aussprache hervorging, sehr davon ab, in welchem Zeitpunkt die Kinder zur Behandlung gelangen. Lues congenita wird oft nicht im Frühstadium dem Arzt zugeführt. Unter allen Umständen handelt es sich hier noch nicht um ein Anwendungs-gebiet in der Praxis.

Mit den Fortschritten der Mikrochemie werden auch beginnende Fiebervorgänge weitere Klärung erfahren. So zeigte Birk-Tübingen, daß die Blutveränderungen, die sich besonders im wechselnden Serumgehalt von Calcium, Kalium, Kochsalz usw. schon im Beginn des Fiebers ausdrücken, bei prognostisch ungünstigen Fällen ganz andere sind.

Indessen muß man sich doch dafür hüten, initialen Fieberverlauf in jedem Fall für den Krankheitsverlauf auszuwerten. Epstein-Prag wies darauf hin, daß viele Fälle kindlicher Tuberkulose kein initiales Fieber zeigen, und daß es keineswegs immer die bösartigen Erkrankungen sind, die mit Fieber beginnen.

Es ist also, wie auch aus dem Vortrag von Birk hervorging, notwendig, die Anfangsdiagnose zu verfeinern; dies ist natürlich nur mit den Laboratoriumsmethoden der Klinik möglich. Aber die Ergründung der beginnenden Fälle muß den abseits vom Labora-torium arbeitenden Praktiker besonders beschäftigen, weil ihm die Frühfälle zugehen, die auch in der Kinderheilkunde oft dem Er-fahrensten unlösbare Rätsel stellen.

Das gilt auch für die Rachitis. Immer wieder streitet man sich am Krankenbett: „Ist das nun schon eine Craniotabes? Ist das ein beginnender rachitischer Rosenkranz oder eine noch physiologische Auftreibung der Knorpelknochengrenze?"

Das Referat von György-Heidelberg über den Stoffwechsel bei Rachitis gab ein mit aller Vorsicht gepaartes Uebersichtsbild der jetzt feststehenden Tatsachen. Es kommt zu einer nachweislichen Verminderung des anorganischen Phosphors im Blutserum, dagegen kaum zu einer Veränderung des Calciumgehaltes, wodurch sich reine Rachitisfälle von solchen, die mit Spasmophilie einhergehen, abgrenzen lassen. Die Aussprache zeigte, daß unklare Fälle sich auf diesem Wege feststellen lassen. Es wurde auch erwähnt, daß es Schädelweichheiten gibt, die ohne Rachitis vorkommen. Gerade die Diagnose dieser beginnenden Stadien ist von Wert, und die Klinik muß hier mit der Praxis und Fürsorge zusammenarbeiten. Huldschinsky-Charlottenburg, der in verdienstvoller Weise als erster den Einfluß der Höhensonnenbestrahlung auf die Ausheilungsvorgänge der Rachitis systematisch studierte, wies darauf hin, was eine geordnete Säuglingsfürsorge nach dieser Richtung leisten kann. Es ist aber nicht überall gleich. Andere Kliniker zeigten, wie oft Kinder aus einer einmalig begonnenen Höhensonnenkur wegen Geldmangel, zu weiten Weges oder aus Gleichgültigkeit fortbleiben. Darum braucht man einfachere Wege der Behandlung. Es ist deshalb auch für den Praktiker besonders wichtig, daß Jundell-Stockholm auf diätetischer Grundlage die gleichen Erfolge erzielte. Er hat mehrere Zwillingspaare, also Kinder, bei denen man einigermaßen gleichartige innere Körperbedingungen voraussetzen kann, entweder bestrahlt oder knapp ernährt und nur Lebertran hinzugegeben. Die Erfolge waren in beiden Fällen die gleichen. Allerdings muß man hier wieder sagen, daß der Lebertran verschiedener Länder nicht gleichwertig ist, und daß Mißerfolge in den nicht nordischen Staaten durchaus möglich sind. Daraus folgt weiter, daß man nach einem Vitaminpräparat von konstanter Zusammensetzung suchen muß. Durch die wunderbare Entdeckung von Windaus-Göttingen, daß Ergosterin und D-Vitamin identisch sind, kommen wir dieser Lösung näher. Auch hier wurde darauf hingewiesen, daß die bis jetzt im Handel befindlichen Präparate nicht gleichwertig sind. Auch ist man sich über die Dosierung noch immer nicht im klaren. Vollmer-Charlottenburg sah nach einer Tagesgabe von 8—10 mg „Vigantol" nach 10 Tagen röntgenologisch und blutchemisch nachweisbare Besserungen. Wir dürfen noch nicht von **dem** Heilmittel der Rachitis sprechen. Es sei dem Referenten gestattet, darauf hinzuweisen, daß ein hochwirksames Vitaminpräparat für die Praxis auch gewisse Gefahren bringt. Trotz Insulin wird die diätetische Behandlung des Diabetikers Hauptsache bleiben, trotz „Vigantol" muß die Ernährung des rachitischen Kindes in den Vordergrund gestellt werden.

Darum bemühen sich die Kliniker auch immer wieder, die beste Kostform bei möglichst geringer Insulinmenge für das zuckerkranke Kind zu bestimmen. Wagner und Priesel, die in Wien an einer großen Abteilung diabetischer Kinder besonders reiche Erfahrung sammeln konnten, zeigten, daß man 2 Kostformen unterscheiden muß. Erstens kann man dem Kind eine gleichbleibende geringe Kohlehydratmenge geben, die auch bei erhöhter Kalorienzufuhr nicht gesteigert wird. Zweitens ist es möglich, das Verhältnis der drei Bausteine Eiweiß, Fett, Kohlehydrate bei jedem, dem Alter entsprechenden Kaloriengehalt gleichzugestalten. Im ersteren Fall braucht man wenig, im zweiten viel Insulin, desgleichen ist erhöhte Insulinzufuhr beim Uebergang von der ersten zur zweiten Kostform notwendig.

In dieser Zeitschrift hat Richard Freise die Grundzüge der Behandlung des kindlichen Diabetes in so übersichtlicher Weise dargestellt, daß nur noch neue Erfahrungen über das Synthalin den Leser interessieren können. Die Ansichten sind bisher geteilt. Einige Kliniker sind wie Freise der Ansicht, daß es zu unwirksam ist. Andere empfehlen die kombinierte Anwendung mit Insulin.

Störungen des Kohlehydratstoffwechsels sind für den Kinderarzt stets von ganz besonderer Wichtigkeit, besonders seitdem durch die Arbeiten von Ad. Czerny und seiner Schule festgestellt wurde, wie enge Beziehungen zwischen Zucker- und Wasserstoffwechsel bestehen. Mautner-Wien zeigte in tierexperimentellen Versuchen, daß auch umgekehrt die Tatsache gilt, daß Zuckerverwertung nur bei ausreichendem Wasserangebot möglich ist. Nicht nur der alte Satz hat Gültigkeit, daß Kohlehydrate Wasser im Körper zurückhalten. Ein durstendes Tier zeigte keine Lebervergrößerung bei Zuckerzufuhr.

Der Einfluß mangelhafter Wasserspeisung auf die Leber zeigt sich ja vor allem bei der alimentären Intoxikation; hier finden wir autoptisch hochgradige Verfettungen.

Daß die Wasserverarmung, die „Exsikkation" eine der Hauptursachen der Toxikose ist, beweisen vor allem die Untersuchungen von Erwin Schiff-Berlin. Bei der Intoxikation finden sich ganz ähnliche blutchemische Veränderungen wie im Zustand höchster Austrocknung.

Wenn der Arzt die Gefahren zu reichlicher Kohlehydraternährung richtig einschätzt und das Kind vor dem „Mehlnährschaden" bewahrt, wird er in der zweckmäßigen Kohlehydratdosierung die Hauptmittel zur Anreicherung der Säuglingsnah[...] sehen.

Das kam auch in dem Referat von Langstein-Berlin „lege artis durchgeführte Ernährung des Sä[...]lings" zum Ausdruck. Dieser Vortrag hielt sich ganz an die Fo[...]rungen der Praxis. Wir sahen bei der Erörterung der Rachitis, [...] stark die sozialen Gesichtspunkte in Budapest berücksichtigt wu[...] Es sei noch nachgetragen, daß in der Aussprache zum kindli[...] Diabetes vor allem die soziale Zukunft der zuckerkranken Ki[...] erörtert wurde, die Notwendigkeit der Schaffung von Diabeti[...]heimen.

Langstein hob nun hervor, daß die einheitliche Regelung [...] Säuglingskost vor allem eine gesellschaftliche Aufgabe im D[...] des Unterrichts und der Fürsorge sei. Es komme gar nicht da[...] an, daß irgendein Kind auch bei einer der vielen modifizie[...] Nahrungen gedeihen könne. Im Gegenteil, die Uebertragung [...] Anstaltserfahrungen in die Praxis bringe bei verminderter stän[...] Aufsicht gewisse Gefahren. Das gilt vor allem für die [...] angereicherten Milchmischungen, die in erster Linie für das u[...] ernährte Anstaltskind bestimmt sind. In der Praxis brauchen [...] einfache Richtlinien, und diese sind vor allem für das gesunde [...] zu schaffen. Die Leitsätze von Langstein stimmen, wie er ausfü[...] mit denen von Ad. Czerny und Arthur Keller überein. [...] wandfreie Gewinnung von Milch. Deklarationszwang der Milch[...]gabestellen, wie die Milch vorbehandelt ist. Keine Rohmilch. [...]reicherung der Milch mit Kohlehydraten, so daß Gesamtkohlehy[...] ausschließlich des Milchzuckers 7% beträgt. Drittelmilch in [...] ersten 3 Wochen bei nicht zu fettarmer Milch durchaus empfehl[...]wert. Mit dem Angebot von Vitaminen soll man nicht übertrei[...] wie es jetzt vielfach geschieht. Es ist kein Kunstfehler, bei [...] gedeihenden Säuglingen Obstsäfte erst gleichzeitig mit der Bei[...] (im 6. Monat) zu verabreichen. In der Regel Beginn im 3. Mo[...]

Langstein hob hervor, daß die „Ernährung le[...] artis" nur eine der vielen Bedingungen schafft, die das Gede[...] des Säuglings gewährleistet. Entscheidend ist auch die Erbma[...]

Die inneren Bedingungen wird der Arzt freilich nicht beeinflus[...] können, aber die Kenntnis erblicher Zusammenhänge und [...] Stammeszugehörigkeit sind in vielfacher Beziehung für den Kin[...]arzt wichtig.

Das ging vor allem aus dem Referat von Fr. Schiff-Be[...] „Ueber den augenblicklichen Stand der Bl[...]gruppenfrage" hervor. Es ist heute mit verhältnismäßig [...]facher Methode möglich, die Verträglichkeit von Spender- und E[...]fängerblut zu bestimmen und dadurch Todesfälle bei Transfusio[...] sicher zu vermeiden. Ueber diesen therapeutischen Wert hin[...] hat die Blutgruppenbestimmung forensische Bedeutung. Es ist [...] Hunderten von Prozessen einwandfrei gelungen, die angebli[...] Vaterschaft auszuschließen. Mit zu weitgehenden Behauptun[...] muß man vorsichtig sein. Die Ansicht, man könne z. B. Diphthe[...]disposition auf diesem Wege feststellen, hat sich nicht bestätigt. [...] lassen sich keine spezifischen Abwehrstoffe auf diesem Wege na[...]weisen.

Auch auf anderem Gebiete muß man sich bescheiden, kann [...] von einer gewissen Artzugehörigkeit, nicht z. B. von ein[...] spezifischen Erreger sprechen. Das ging für den Scharlach aus d[...] Vortrag von Selma Meyer-Düsseldorf hervor. Erysipelstrep[...]kokken und Scharlachstreptokokken zeigen nach ihrem biologisch[...] Verhalten gewisse Zusammengehörigkeit, ohne jedoch identisch [...] sein.

Auch die Natur der Dickschen Scharlachreaktion ist n[...] zweifelhaft. Sie ist wahrscheinlich keine Toxin-Antitoxinreakti[...] wie die eingehenden Versuche von Groers-Lemberg zeigen. [...] ändert jedoch nichts an der Tatsache, daß das Scharlachserum wi[...]sam ist, besonders da die Aussicht besteht, daß wir zu einem the[...]peutisch wirksamen Serum gelangen, das sich scharf dosieren lä[...] Dies zeigte vor allem die eingehenden Ausführungen von Joha[...] Budapest in dem Referat „Neuere Bestrebungen auf de[...] Gebiet der Scharlach-Prophylaxe und Therapi[...] Auch für den Scharlach gilt die alte Erfahrung bei der Diphther[...] Je früher man einspritzt, desto besser.

Ich möchte die Auswahl der genauer besprochenen Vorträge [...] einer allgemeinen Bemerkung schließen. Man spricht heute üb[...] den Gegensatz zwischen Arzt und Mediziner. Die beiden Wo[...] werden vielfach hingenommen, ohne daß man über den Gegens[...] nachdenkt. Die meisten sagen: „Der Arzt behandelt".

Ein Kongreß besteht vorwiegend aus Universitätsdozenten u[...] Assistenten, also aus „Medizinern".

Ich hoffe, der Leser wird nicht den Eindruck gewinnen, daß a[...] dieser großen Tagung die Behandlung vernachlässigt wurde. Es [...] nicht nur das Behandlung, was sich sofort in Rezeptform einkleid[...] läßt. Mancher scheinbar nicht therapeutische Vortrag ist von de[...] Willen zum Heilen beseelt.

———

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 38, 17. September 1927.

Ueber die Beeinflussung des Phlorrhizindiabetes durch Synthalin. Durch die Versuche der Verfasser wurde bewiesen, daß der Phlorrhizindiabetes und besonders seine Azidose durch einen peroral eingeführten Körper, durch das Synthalin, in entscheidender Weise beeinflußt wird, derart, daß die schwer komatösen verloren geglaubten Tiere am Tage nach der Synthalindarreichung vollkommen frisch und azidosefrei waren.

Untersuchungen am periphersten Gefäßsystem bei der endogen bedingten Adipositas. Auf Grund von Untersuchungen an Kranken mit endogener Adipositas zeigte sich, daß bei diesen Veränderungen im periphersten Gefäßsystem auftreten, die den beim Diabetes festgestellten durchaus ähnlich sind. Von den Bildern, die man bei Vasoneurosen zu sehen gewohnt ist, unterscheiden sie sich bis zu einem gewissen Grade dadurch, daß zwar die Disproportion im Aufbau des periphersten Gefäßabschnittes in der Regel geringer, die knopfförmige Auftreibung der Schaltstücke dafür aber umso stärker ausgesprochen ist. Eine Trennung der einzelnen Formen von endogen bedingter Adipositas nach speziell ätiologischen Gesichtspunkten ist auf Grund der morphologischen Kapillarbilder nicht möglich. Es gelingt aber mit Hilfe einer besonderen „paradoxen Reaktion“ an den Kapillaren nachzuweisen, welche inkretorische Drüse in jedem einzelnen Falle besonders unterwertig ist. Untersuchungen bei im Anschluß an Enzephalitiden fett gewordenen Patienten ergaben, da in solchen Fällen der innersekretorische Apparat anscheinend normal ist, daß also für diese Erkrankungen eher eine Störung im „neurogenen“ Apparat verantwortlich zu machen wäre. Die therapeutischen Ergebnisse bei, mit Hilfe der paradoxen Reaktion differenzierten und entsprechend behandelten Fällen von endogener Adipositas zeigten, daß die Erfolge ungleich viel besser sind, als wenn man schematisch vorgeht, oder eine Kombination von endokrinen Substanzen zuführt. Gelegentlich trotzdem beobachtete therapeutische Mißerfolge legten den Gedanken nahe, die Ursache für manche Formen von endogener Adipositas nicht allein im endokrinen System zu suchen, vielmehr neigen die Verfasesr für diese Fälle einem neuro-endokrinen Entstehungsmodus der endogenen Fettsucht zu.

Ueber den Einfluß des ultravioletten Lichtes auf den C-Vitamingehalt der Milch. Um ein Meerschwein von 2—300 g auf die Dauer vor Skorbut zu schützen, müssen zwischen 50 und 100 ccm roher Vintermilch zur üblichen Hafer-Heudiät täglich zugefüttert werden. Zuckerhaltige Trockenmilch Guigoz enthält ebensoviel C-Faktor wie Rohmilch. Der Gehalt an C-Vitamin geht durch sehr langes Lagern verloren. Edelweißtrockenmilch enthält nur noch wenig C-Vitamin, während andere Milchkonserven z. B. Nestlemilch, ebenso wie hochsterilisierte Frischmilch kein C-Vitamin mehr aufzuweisen scheinen. Bestrahlte Trockenmilch Guigoz (Ravix), welche als Antirachitikum in den Handel kommt, hat durch den Bestrahlungsprozeß keine Einbuße an C-Vitamin erlitten. Kurzes Aufkochen schadet dem C-Vitamingehalt dieser Trockenmilch ebensowenig, wie 10 Minuten langes Kochen derselben ihr antirachitisches Vermögen zu beeinflussen vermag.

Experimentelle Studien über das Verhalten des Kalium- und Kalziumspiegels im Gesamtblut anämisch gemachter Tiere. Konform mit den Ergebnissen ihrer Untersuchungen am Krankenbett sahen die Verfasser auch im Tierversuch den Kaliumgehalt des Gesamtblutes in eindeutiger Abhängigkeit von der Erythrozytenzahl des Blutes bzw. von seinem Hämoglobingehalt stehen; da der Kaliumspiegel des Gesamtblutes sowohl bei allen pathologischen Zuständen der verschiedensten Art und der mannigfachsten Aetiologie, bei welchen es zu einer Verringerung der Erythrozytenzahl bzw. des Hämoglobingehaltes kommt, als auch bei jeder im Tierversuch experimentell erzeugten „Anämie“ in ausgesprochener Weise unter dem normalen Niveau liegt, unabhängig davon, was für Veränderungen sonst noch in den Organen vorliegen oder was für eine Beschaffenheit das Blut sonst noch nebenbei aufweist, so kann wohl angenommen werden, daß der Gehalt des Gesamtblutes an Kalium als ein rein „hämatologischer“ Faktor zu betrachten sei, und daß der Kaliumgehalt des Gesamtblutes nur mit der Erythropoese und mit der Erythrozytenzerstörung zusammenhängt.

Ultramikroskopische Untersuchung der Wirkung durchdringender Radiumstrahlung auf Pseudoglobulin. Die durch Radiumeinwirkung in elektrolytfreien pseudoglobulinlösungen hervorgerufenen Veränderungen werden ultramikroskopisch untersucht und die größere Leistungsfähigkeit dieser Methode zur Feststellung der ersten nachweisbaren Veränderungen gegenüber anderen Methoden hervorgehoben. Mit Hilfe des Ultramikroskopes wird ferner gezeigt, daß nach Aufhören der Bestrahlung in der Eiweißlösung noch eine wellenförmig verlaufende Teilchenvermehrung stattfindet. Schließlich wird der Einfluß von Salzzusätzen wechselnder Konzentration auf das Verhalten des Pseudoglobulins bei Radiumeinwirkung mit Hilfe der gleichen Methode untersucht und festgestellt, daß bei bestimmter Salzkonzentration auch bei längerer Radiumbestrahlung sichtbare Veränderungen vermißt werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

Medizinische Klinik.

Nr. 35, 2. September 1927.

Gummöse Syphilis der Lunge und der Cava superior mit Thrombose dieser. Nach Berblinger findet man beim Säugling eine diffuse Durchsetzung des Lungenbindegewebes mit Lymphozyten, Plasmazellen und Fibroblasten, und er bezeichnet diese Veränderung, welche sich für gewöhnlich im Interstitium entwickelt, als interstitielle syphilitische Pneumonie. Die Diagnose läßt sich durch die Anatomie ermöglichen. Absolut gesichert wird sie durch den stets gelingenden Nachweis der Spirochäta pallida im Schnittpräparat. Virchow nannte die lobulär-katarrhalische Pneumonie, welche auch bei angeborener Syphilis vorkommt, Pneumonia alba wegen der starken Verfettung der abgestoßenen Alveolarepithelien. Verf. konnte diese Art nur selten feststellen, ebenso selten erscheint ihm die kongenitale, gummöse Lungensyphilis zu sein. Bei der Lungensyphilis des Erwachsenen kennen wir drei Formen: die interstitielle Pneumonie mit kleinen Syphilomen, ferner die kavernöse und schließlich die gummöse Form. Es folgt nunmehr die Schilderung einiger Lungenveränderungen bei erworbener Syphilis, und zwar handelt es sich um den Befund bei der Sektion einer 28jährigen Frau. Die zugehörigen Lungenarterien der beiden Unter- und des rechten Mittellappens wiesen einige frische Thrombosen auf und die weitere Sektion zeigte syphilitische, gummöse Veränderungen in der Vena cava superior und eine Thrombose in derselben. Diese Erscheinung ist nicht allzu häufig. Der narbige Verschluß der oberen Hohlvene führt zu starker venöser Stauung bis zum Anfang dieser Sammelvene. Im vorliegenden Fall war die rechtsseitige Halsvene bis in den letzten Teil des Sinus transversus durch die Thrombose völlig verlegt. Verf. nimmt infolgedessen an, daß die Abströmung des Venenblutes aus dem Schädel zum größten Teil durch den linken Sinus sigmoideus erfolgt sei. Aus den verschiedensten Forschungen hat Verf. gefunden, daß die Nekrose im Granulationsgewebe beginnt und er schließt sich der Auffassung von Benda an, daß die Gefäßveränderungen die Verkäsung herbeiführen und daß diese also nicht erst im neugebildeten Bindegewebe entstehen. Ebenso wie Orth glaubt Verf. nicht, daß es bei erworbener Lungensyphilis käsige Pneumonien gibt und er hält die Stadieneinteilung nach Elizade für nicht durchführbar.

Beitrag zur Aetiologie und Behandlung der Nephrosen. Es wird in der vorliegenden Arbeit die Gruppe der Lipoidnephrose geschildert, welcher jede ätiologische Grundlage fehlt. Es ist das um so merkwürdiger, als wir bei dieser Gruppe häufig die schwersten Erschei-

nungen antreffen, welche überhaupt klinisch zu finden sind. Außerhalb dieser Gruppe haben wir verschiedenste Faktoren für die Bedeutung der Nephrosen. Die Lues soll eine große Bedeutung und nach Munk sogar die Hauptrolle in der Aetiologie der Nephrosen spielen. Dieser Zusammenhang ist darum so wichtig, weil wir nach Erkenntnis der Ursache auch eine spezifische Therapie durchführen können, während bei der genuinen Form die Behandlung nur rein symptomatisch einsetzen kann und infolgedessen ziemlich ohnmächtig bleibt. Verf. weist nun nach, daß nicht nur die Lues, sondern die Tuberkulose einen wesentlichen Faktor als Grundursache der genuinen Nephrose liefert, und zwar weist er das an einem Fall eines 37jährigen Arztes nach. Es war nicht möglich, die Tuberkulose sofort festzustellen und nach dem Nachweis derselben wurde eingewendet, daß die Tuberkulose nur als ätiologischer Faktor angeführt werde, weil jede andere Aetiologie fehlte. Verf. weist nun den Einfluß des Koch-Bazillus bei den Störungen des Wasserstoffwechsels nach und verlangt infolgedessen, daß man der Tuberkulose als Ursache der Nephrose die Rolle zuweist, die sie dabei zu spielen scheint. Es handelt sich dabei um die milde, oft fast ganz symptomenlos verlaufende Tuberkulose. Dieser exakteste Nachweis ist aber darum so wichtig, als man bei einem Fall, wie dem geschilderten, wo jede Therapie versagt, nach Erkenntnis des ätiologischen Momentes sofort eine rapide klinische Heilung erzielen kann und Silva-Mello fordert, bei jedem Fall von genuiner Nephrose nach einer mitigierten oder larvierten Tuberkulose zu forschen und selbst bei negativem Resultat die systematische Anwendung der ultravioletten Strahlen als Behandlung zu versuchen.

Ueber die Anwendung des Hypophysins bei Nephrolithiasis. Verf. hat sich an das Verfahren von Kalk und Schöndube angelehnt, welche behaupten, daß mit Hilfe des Hypophysins auch im Harnleitersystem ähnliche Vorgänge ausgelöst werden, wie man sie an anderen Organen mit glatter Muskulatur, wie z. B. Uterus, Magen, Darm und Gallenblase, beobachtet hatte. Es gelang, bei Nierenstein-Pat. Steinkoliken durch Hypophysin-Injektionen zu erzielen, die Geburt eines Nierensteines einzuleiten und bis zum Steinabgang zu fördern. Es kann sich bei diesem Verfahren natürlich nur um Steine handeln, die entsprechend ihrer Größe den Urether passieren können; denn sonst ist naturgemäß die Gefahr der irreparablen Einklemmung, Uretherwandverletzung und Infektion zu groß. Es muß also einer solchen Behandlung eine Röntgenaufnahme der betreffenden Nierengegend vorausgehen. Es war Verf. nur möglich, in etwa 50% der Fälle einen Schmerzanfall auszulösen. Auch in diagnostischer Hinsicht angewandt, konnte das Hypophysin bei Nephrolithiasis in seiner Wirkung nicht als zuverlässig bezeichnet werden. Auf Grund dieser Tatsachen kommt Naumann zu dem Schlusse, daß der Erfolg wesentlich von den anatomischen Verhältnissen abhängt. Andererseits will Verf. nun nicht sagen, weil er unter 14 Patienten mit einwandfreier Diagnose der Nephrolithiasis nur in einem Fall durch das Hypophysin einen Nierenstein abzutreiben vermochte, daß die Methode keinen Wert habe, direkte Nachteile wurden nicht beobachtet. Es wird also angängig sein, in jenen Fällen, bei denen ein röntgenologisch nachgewiesener kleiner Nierenstein vorliegt, ganz unbedenklich Hypophysin geben zu können. Hat auch der Patient erhebliche Schmerzen durch die Geburt eines solchen kleinen Steines, so ist in diesen Fällen der Erfolg der Hypophysin-Anwendung zweifelsohne von Bedeutung.

Hofbauer, Berlin.

Die Medizinische Welt.

Nr. 31, 3. September 1927.

Der Diabetes und seine Bedeutung für die Chirurgie. Für den Chirurgen gelten in der Behandlung des Diabetes z. T. andere Grundsätze als für den Internisten. Dieser kann sich bei leichten und mittelschweren Fällen auf die rein diätische Behandlung beschränken. Der Chirurg muß dagegen von dem Insulin einen weit umfassenderen Gebrauch machen, denn Narkose, Operation, die Hungerschädigung sowie manche Krankheiten als solche (Infektion, Gallenleiden) kön eine rasche Verschlechterung und selbst ein Koma herbeiführen. Ernährung darf bei den chirurgischen Krankheiten keine allzu geschränkte sein; Diät und Insulin sind derartig zu bestimmen, immer noch eine geringe Zuckermenge im Urin vorhanden ist daß der Blutzuckerspiegel auf keinen Fall unter 0,09% sinkt. die Vorbehandlung zu Operationen gelten folgende Grundsätze: (vor Laparotomien) etwa nötige Hungerperiode ist tunlichst ab kürzen, allzu scharfes Abführen ist zu vermeiden. Es ist zu e fehlen, zwei Tage vor der Operation eine KH.-reiche Kost, möglic ausschließlich Haferflocken in irgendeiner Form, zu geben; am Ab vor der Operation ist besonders in Fällen von Pylorusstenose bei bestehender Azidose ein Tröpfcheneinlauf unter Zusatz von Natrium bicarbonicum zu verabfolgen. Grundsätzlich ist vor je Operation Insulin zu geben. Es sind, wenn durch bloße Diät v Zucker- und Azetonfreiheit erzielt war, allemal kurz vor der O ration 20—30 Insulineinheiten, dazu 20 g Traubenzucker zu ver reichen. Besteht schwere Azidose, so sind während der Vor reitungskur zwecks Beseitigung der Alkaliverarmung Alkalien an zeigt. Vor dringlichen Operationen sind je nach der Schwere Falles etwa 40 Insulineinheiten zugleich mit 20 g Traubenzucker geben. Der Eingriff kann nach vier Stunden beginnen. Zwei Stun nach vollendeter Operation sind nochmals 20—30 Insulineinhei angezeigt. Besteht vor der Operation Koma oder sind die Anzeic des Präkoma vorhanden, dann ist ein energisches Vorgehen gebot Es werden bei reichlicher Flüssigkeitszufuhr 50 Insulineinheiten int venös und zugleich die gleiche Dosis subkutan und dazu 20 Traubenzucker intravenös einverleibt. Nach zwei Stunden werd die gleichen Dosen verabfolgt und in der vierten Stunde mit Operation begonnen. Herz- und Gefäßmittel sind nach Bedarf geben, daneben auch zur Beeinflussung der Azidose Alkalien. U mittelbar nach der Operation ist der Blutzuckerspiegel zu kontr lieren, um festzustellen, ob keine Hypoglykämie eingetreten Wichtig ist eine planvolle Nachbehandlung. In den ersten Tag nach der Operation ist eine Haferdiät zweckmäßig. Die Kochsa zufuhr ist einzuschränken. Nach Bauchoperationen ist die Hung periode möglichst abzukürzen. Die Insulindarreichung muß auch der Nachbehandlungsperiode selbst bei leichten Fällen zunächst fo gesetzt werden. Die operativen Indikationen können im allgemei in gleicher Weise gestellt werden wie beim Nichtdiabetiker; Beschränkung auf kleinere Operationen, insbesondere auf palliati Eingriffe bei malignen Geschwülsten, ist nicht mehr nötig. E unbedingte Indikation besteht bei gutartiger Pylorusstenose und Cholezystitis, da diese geeignet erscheinen, die Stoffwechsellage verschlimmern, erstere durch Unterernährung, letztere durch Ueb greifen der Entzündung aufs Pankreas oder durch Sekretstauung demselben. Bei Infektionen oder progredienter Gangrän ist möglic radikales Vorgehen geboten, da durch den Eiweiß- und Fettgewel zerfall sowie durch Resorption von Toxinen eine Verschlimmeru der Glykämie und Azidose droht. Bei Arteriosklerose können Gefäßveränderungen durch Insulin nicht zum Rückgang gebrac werden; es ist aber von Wichtigkeit, die Glykämie und Azidose beseitigen, um der Entwicklung einer Gangrän entgegenzuwirk Empfehlenswert sind Jod in kleinen Mengen und Papaverin bei G fäßspasmen. Tritt trockener Brand ein, so ist zunächst unter an diabetischer Behandlung Stillstand, Eintrocknung und Demarkati anzustreben. Tritt aber feuchter Brand ein, so ist schnelles oper tives Vorgehen geboten. Wichtig ist die Frage der Schmer betäubung: Für den Diabetiker ist jede Narkose gefährlich. Gefälli keitsnarkosen sind unzulässig. Als Narkotikum ist Chloroform vermeiden und Aether anzuwenden. Soweit irgend tunlich, ist örtlicher, Leitungs- oder Rückenmarksanästhesie zu operieren; Adr nalin ist aus den Anästhesiegemischen wegzulassen.

Erfahrungen mit der Abderhalden-Reaktion. Die quantitati „interferometrische Methode“ nach P. Hirsch. Durch Abderhalde Arbeiten wurde bewiesen, daß der menschliche und tierische Org nismus bei Vorhandensein körper- und blutfremder Substanzen m der Bildung von Stoffen antwortet, die gegen diese gerichtet sin und sie in ihrer Wirkung neutralisieren sollen. Diese vom Körpe zu seiner Verteidigung gebildeten Stoffe wurden Abwehrfermen genannt. Ausgearbeitet wurde das Verfahren des Nachweises dies Stoffe für die Schwangerschafts- und Karzinomdiagnose und zur E forschung endokriner Störungen. Alle Methoden der Abderhalde Reaktion sind sehr schwierig, da sie eine ausgezeichnete Techn erfordern und für den Ungeübten eine Quelle von Versuchsfehler beherbergen. Von 100 Untersuchungen des Verfassers stimmte i 74 Fällen die interferometrische Diagnose mit der klinischen übe ein; zum Teil überraschte sie durch ihre Treffsicherheit außerordent lich. 17 Fälle waren falsch diagnostiziert, neun fraglich. Bei Kachexi versagte die Abbaumethode infolge des gebrochenen Widerstande des Organismus. In bezug auf genaue Diagnostik der Lebererkran kungen ist die Methode noch unvollkommen und bedarf weitere Ausbaues. Eine Spezifität der Fermente muß angenommen werde Eine Methode, die 74% richtige Ergebnisse bringt, hält der Ver

ısser für brauchbar und möchte sie — allerdings nur als ein Glied ı der Kette der altbewährten klinischen Methoden eingereiht — nicht ıehr missen.

Chrombehandlung der Syphilis. Es fehlt in der Literatur jeder indende Beweis dafür, daß mit dem Chromverfahren nach Dr. Güntz mals eine wirkliche Heilung der Syphilis erzielt worden ist. Es ird ein durch einen „Naturheilkundigen" einer „Abortivbehandlung" nterzogener Fall von Syphilis angeführt, bei dem das Chromverhren vollkommen versagt hat. In einer Reihe von experimentellen ntersuchungen an syphilitischen Kaninchen hat sich eine Heilwirkung es Kal. bichromats nicht feststellen lassen, sondern höchstens eine ıwesentliche symptomatische Wirkung.

Strittige Punkte in der Behandlung des fieberlosen Abortes. arkose ist bei jeder manuellen Ausräumung einzuleiten. Der sponne Verlauf des Abortes ist möglichst abzuwarten evtl. durch Weheittel zu erleichtern. Die Tamponade ist zu beschränken auf starke lutungen bei geschlossener Zervix und nur einmal auszuführen. Der alskanal ist vor jeder operativen Entfernung des Eies fingerweit ı dilatieren. Die manuelle Ausräumung ist die schonendste und zurlässigste Methode der Eientfernung. Die Kurette soll nur bei Rentionen kleinster Chorinopartikel angewendet werden. Die Abortınge ist nur als Hilfsmittel beim Versagen manueller Handgriffe ızuwenden. Richtige Indikation, Beachten der Vorbedingung und ıte Technik machen ihre Anwendung gefahrlos.

Die Hauptformen der kindlichen bazillären Haut-Tuberkulose. ie Hauptformen der bazillären kindlichen Haut-Tuberkulose sind das kroful oderma und der Lupus vulgaris. Die wesentlichen Behandıngsmethoden sind neben der immer notwendigen Allgemeinbehandıng Heliotherapie, künstliche Lichtbehandlung, Röntgenbestrahlung ıd Anwendung von Aetzmitteln. Die bekannten Aetzmittel Pyrollus, Kupferpräparate und Kochsalzbrei sind durch die Einführung es Pyotropins bereichert worden. Die Erfolge in der Pyotropinehandlung, besonders des Lupus vulgaris, übertreffen nach einigen ıtoren die älteren bekannten Aetzmittel. Die Applikation ist einch, die Elektivität hervorragend, Nebenerscheinungen sind nicht beachtet, das kosmetische Resultat ist gut, evtl. Rezidive sind leicht ı beseitigen, die Gesamtbehandlungszeit wird wesentlich abgekürzt, ıs Mittel ist billig, der Nachteil der mit der Behandlung verbundenen hmerzhaftigkeit allerdings wird mit den bekannten übrigen Aetzitteln geteilt. Die geschlossene Anstaltsbehandlung bleibt für die ndliche Haut-Tuberkulose wegen der schwierigen, exakten Durchhrung und der wichtigen Ueberwachung und Behandlung der tuberılösen Allgemeinerkrankung auch für die Pyotropinkur zu fordern.

L. Gordon.

Praxis.

Nr. 1, 1927.

Nr. 2.

Die moderne Behandlung der Rachitis. Ausführliche Besprechungen der neueren Resultate der Rachitisbehandlung nach Heß, Steenbock, Rosenhayn, Webster, György, Hottinger, Windaus usw. Für den Verfasser ist das im Lebertran enthaltene antirachitische Agens identisch mit dem künstlich in der Milch, im Fett, im Cholesterin oder Ergosterin durch Ultraviolettbestrahlung hergestellte antirachitische Prinzip. Wieland empfiehlt besonders Verwendung von bestrahlter schweizerischer Trockenmilch Guigoz und bestrahltem Cholesterin resp. Ergosterin.

Die Behandlung der Verbrennungen mit Gerbsäure nach Davidson. Die Behandlung der frischen Brandwunde setzt sofort nach einer primären Morphiuminjektion ein. Man bepinselt resp. besprayt die Wunde mit einer 2,5%igen wässerigen Tanninlösung (Gerbsäure). Nach 8—24 Stunden werden die Wunden kontrolliert, eventuell nochmals gepinselt. Die Gerbsäure verursacht einen trockenen sterilen Schorf, unter welchem die Haut sich sehr schnell und schön regeneriert. Allgemein als besonders gute Therapie gelobt.

Nr. 3.

Das Anti-poliomyelitische Serum des Institut Pasteur. Der Verfasser referiert über Erfolge mit diesem Serum hauptsächlich in der ersten akuten Phase, aber auch in der zweiten Phase, besonders bei refraktären Fällen mit langsamer Restitution. Die Injektion geschieht intravenös oder intralumbal so viel als möglich. Hie und da müssen repetierte Injektionen vorgenommen werden.

Nr. 4.

Historisches über die Prostitution. An Hand des reichen Materials aus der Bibel, aus griechischem und römischem Recht, aus einer Menge von Vorschriften und Erlassen hauptsächlich französischer und englischer Regierungen wird das wechselvolle Schicksal der Prostitution gezeigt. Bald sucht man sie prüde zu unterdrücken, bald profitiert der Staat und seine Lenker selbst durch eine Art Monopol, öfter gerät sie völlig in die Hände der Polizei, selten ist sie ganz unabhängig, aber immer ist sie vorhanden. Es gibt eine niedrige und eine hohe Prostitution (Courtisane), welche erst unter Louis XV. verschmolzen werden. Reglemente stammen schon aus der griechischen Kulturzeit. Die erste sanitarische Kontrolle stammt von 1802 aus der ersten französischen Republik.

Nr. 5.

Nr. 6.

Nr. 7.

Ueber dien Schilddrüsentherapie. Ausführliche Angaben über die Indikationen der Schilddrüsentherapie: Myxoedem, (Myxoedemoid, formes frustes). Besprechung des sog. Hypothyreoidismus minius, besonders der sog. Monosymqpthomatischen Hypothyreosen (Obstipation, Alopezie, Zahnausfall, Fettleibigkeit, Morgenödeme, Bradykardie etc.). Hinweis auf Magenstörungen, Fettsucht bei chlorotischen Metrorrhagien, Schwangerschaftsnephropathien, klimakterische Oedeme, Geisteskrankheiten der Menopause und des Puerperiums, Hypothyreotische Cardiopartien, arthritische Prozesse, Dermatitiden, Anämie und Spasmophilie bei Puerperismus usw. Bei all diesen Zuständen kann es sich um eine substitutive oder exzitative ätiologische Therapie handeln. Aber auch rein symptomatisch erfolgt hie und da eine überraschend gute Wirkung bei anämisch-asthenischen Zuständen, Hautaffektionen, verzögerter Kallusbildung nach Frakturen, Infantilismus, Hodenektophie und Kryptorchismus, Entfettungskuren, Nephrosen, Avitaminosen, eventuell auch bei gewissen Strumaformen. Besonders günstig soll Thyrakrin wirken, ein durch einen bestimmten Jodtiter standardisiertes Vollprodukt aus Schilddrüsengewebe, dessen Thyreoglobulin nicht verändert ist und das pro Tablette 0,3 mgr Jod enthält.

Hottinger, Basel.

Reichsgesundheitsblatt.

2. Jahrg., Berlin, 31. August 1927, Nr. 35/36.

Kostenlose Behandlung unbemittelter Geschlechtskranker. In Deutschland ist der Personenkreis, der durch die Leistungen der Versicherung und der öffentlichen Fürsorge nicht erfaßt wird, verhältnismäßig klein. 35 Millionen genießen den Schutz der Krankenversicherung. 3 Millionen Rentenempfänger haben Anspruch auf Behandlung aus der Invalidenversicherung. 77 000 aus der Angestelltenversicherung. Das Versicherungsgesetz für Angestellte bietet außerdem die Möglichkeit den geschlechtskranken Versicherten ein Heilverfahren (§ 96) zuteil werden zu lassen. Dazu kommen noch die freiwilligen Krankenkassen. Außerdem ist jeder Arbeitslose zwangsweise gegen Krankheit versichert. Die Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. II. 1924 gebietet auch eine Heilbehandlung der

Geschlechtskranken, soweit sie in ihren Rahmen fallen. Außerdem bestehen in einzelnen Ländern noch besondere Wohlfahrtsgesetze. Hieraus ist ersichtlich, daß fast die Gesamtheit der Deutschen gesetzlich erfaßt ist. Dazu kommen noch die Polikliniken und die Beihilfen der Gesellschaft für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Durch ein internationales Abkommen ist die ärztliche Versorgung deutscher Seeleute in Auslandshäfen geregelt. Eine reichsgesetzliche Regelung der Gratisbehandlung Geschlechtskranker war deshalb unnötig. Nur in den Ausführungsbestimmungen des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (§ 2 Abs. 2) wird gefordert, daß die Behandlung Minderbemittelter aus öffentlichen Mitteln sichergestellt wird. Der Begriff des „Minderbemittelten" ist hierbei sehr weit gefaßt, so daß dieser Passus als genügend angesehen werden kann. Wichtig ist, daß aus öffentlichen Mitteln auch solche Minderbemittelte behandelt werden, denen die Behandlung auf Grund einer Versicherung wirtschaftliche Nachteile bringen kann; wie es bei kleineren Krankenkassen trotz des Schweigeverbotes möglich sein dürfte. Gesundheitsfürsorgerische Arbeitsgenossenschaften zwischen den Trägern der sozialen Versicherungen, den Kommunen und der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege sowie den Gesundheitsbehörden sind notwendig.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

Zeitschrift für Medizinalbeamte und Krankenhausärzte.

Nr. 17, 1. September 1927, Jahrg. 40—49.

Handel im Umherziehen mit Arzneimitteln. Lemke.
Zurücknahme des Hebammenprüfungszeugnisses und Kreishebammenstelle. Boege.
* Ein Wort für die Rohmilch. Buschmann.

Ein Wort für die Rohmilch. Buschmann verwirft die dauererhitzte und die gekochte Milch als vollwertig. Es muß deshalb wieder alle Sorgfalt und Aufsicht auf die Stelle der Milchgewinnung verwendet werden, das echte Naturerzeugnis muß ebenso unschädlich und einladend sein, wie Obst oder Gemüse, das wir roh essen; die Milch muß unverändert und unverfälscht zu erhalten sein. Kropfvorbeugung könnte am sichersten durch Genuß jodhaltiger Rohmilch, indem nämlich die Kühe mit Jodsalz gefüttert werden, erzielt werden. Also: Nicht milchige Flüssigkeit, sondern reine, edle Naturmilch sei die Forderung.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

Deutsche Zeitschrift für öffentliche Gesundheitspflege.

Heft 5/6. 1927.

* Sind Hochgebirgskuren bei der Behandlung der Tuberkulose erforderlich? Bericht über den 2. Ausspracheabend des Hauptgesundheitsamts der Stadt Berlin im Februar 1927.

Ulrici, Sommerfeld: Für die Allgemeinbehandlung Tuberkulöser sind die Voraussetzungen in den Heilstätten des Tieflandes im großen ganzen ausreichend. Es ist nicht notwendig, aus Gründen der Allgemeinbehandlung das Hochgebirge heranzuziehen. Doch ist nicht zu bestreiten, daß das Hochgebirgsklima als Reizklima wirkt und daß diese Wirkung zur Behandlung der Tuberkulose ausgenutzt werden kann. Die Hochgebirgskur ist die wirksamste Form der Allgemeinreizbehandlung, doch leisten die Herdreizmethoden (vor allem die Tuberkulinbehandlung) bei einem anderen Angriffspunkt ebenso gutes. Die Frage, für welche Kranke die Hochgebirgskur zur Erreichung der Genesung schlechthin unentbehrlich ist, ist nicht so leicht zu beantworten. Sie wird fast nie unbedingt bejaht werden können. Anträge auf Hochgebirgskuren sollten daher den Heilstättenärzten vorbehalten bleiben auf Grund einer Beobachtung in einer deutschen Heilstätte.

Peters, Davos: Die Basis jeder Tuberkulosenbehandlung ist und bleibt die Allgemeinbehandlung, deshalb soll die Reizwirkung des Hochgebirgsklimas weitgehend herangezogen werden. Die besseren Erfolge des Hochgebirges bestehen darin, daß die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit des Patienten nicht nur schneller, sondern vor allem dauerhafter erfolgt als bei Kuren im Mittelgebirge oder Flachland. Die Frage, welche Fälle einer Hochgebirgsbehandlung unbedingt bedürfen, ist nicht strikt bisher zu beantworten. Es kommen zwei Gruppen in Betracht. Die eine sind solche Kranke, die nach einer ersten, anscheinend erfolgreichen Kur schon innerhalb der ersten zwei Jahre rückfällig werden. Hier sollte ein Versuch im Hochgebirge gemacht werden. Die andere sind Kranke, die im Flachland nach einer Dreimonatskur keinerlei Fortschritte gemacht haben. Um solche Kuren auch bei weniger Bemittelten durchzuführen, ist es notwendig, daß die Versicherungsträger Kurbeihilfen ebenso gewähren für Kuren in der Schweiz, wie für solche in Deutschland.

Kisch, Berlin, berichtet über seine Erfolge in Hohenlychen auf dem Exerzierplatz Eberswalder Straße.

E. Klemperer hält die Ueberlegenheit des Hochgebir prinzipiell für entschieden.

Ballin, Spandau, gibt zwei Indikationen an, bei denen unv züglich Hochgebirgskuren eingeleitet werden sollen: Doppelseit offene Spitzenprozesse mit und ohne Kavernen und doppelseitige seminierte offene Oberlappenprozesse mit und ohne Kavernen.

Unverricht, Berlin, hält auf Grund eigener Erfahrungen umstimmende Wirkung des Hochgebirgsklimas besonders bei p duktiven Tuberkulosen für erwiesen.

Behrend, Kolberg, empfiehlt das Reizklima der Ostsee Behandlung.

Sauerbruch, München. Der Einfluß des Hochgebirges die Tuberkuloseheilung wurde eine Zeitlang überschätzt, jetzt w er unterschätzt. Es ist ein Reizklima, das zweifelsohne günstig wi Für die weitaus meisten Kranken genügt jedoch eine Kur im Mit gebirge.

Paula Heymann, Berlin

Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmediz

1927, Heft 5.

Osteomyelitis und Trauma. (Fortsetzung.) P. J. Bruine Ploos van Amstel.
Ueber Verletzung und Tod nach Sprengwirkung. (Fortsetzung.) O. F. Meerb
* Eitrige Angina — Unfallfolge? Vulpius.
* Gliom und Trauma. R. Ganz.
Richtlinien für die Tätigkeit der Durchgangsärzte. E. Joseph.

Eitrige Angina-Unfallfolge. Es handelt sich um die Frage, ob einem Desinfektor, der an den Folgen einer eitrigen Angina storben war, der Tod als Unfallfolge anzusehen ist. Die Unfa anzeige gab an, daß der Mann als Desinfektor viel mit infektiös Material umgehen mußte, und daß die hierbei reichlich vorhanden Streptokokken Veranlassung zu der Angina hospitalis gegeben hab Das Gutachten der Universitätsklinik bejahte die Dienstbeschädigu und glaubte, daß hier ein plötzliches körperschädigendes Ereig vorlag und nicht eine Berufskrankheit. Demgegenüber verweist V fasser zunächst darauf hin, daß bei einer eitrigen Mandelentzündu zwar die direkte sogenannte Tröpfcheninfektion als gelegentlich aber keineswegs als häufiges Vorkommnis angesehen werden müs daß aber die Möglichkeit der Uebertragung auf weitere Streck und durch dritte Personen oder Gegenstände als völlig unbewies und höchst unwahrscheinlich abzulehnen sei. In vorliegendem F fehle der Nachweis einer zeitlich eng begrenzten Betriebsschädigur welche die Angina ihres Charakters einer Krankheit des alltäglich Lebens zu entkleiden vermöchte. Daher könne er weder die Angi noch die schwere Folgekrankheit als Unfallfolge auffassen. Beru genossenschaft, Oberversicherungsamt und Reichsversicherungsa lehnten den Entschädigungsanspruch ab. Vulpius hält die Angi auch nicht für eine Berufskrankheit des Desinfektors. Wohl wä ein gewisser Zusammenhang denkbar. Der Desinfektor sei oft d besonders die Schleimhäute reizenden Formalingasen ausgesetz durch diese seien auch die Mandeln in einen chronischen E zündungszustand versetzt worden, der ihre Widerstandskraft geg Eiterkokken herabsetzte.

Gliom und Trauma. Die traumatische Genese von Geschwülst spielt, wie uns auch die Kriegserfahrungen gezeigt haben, eine se geringe Rolle. Indessen mehren sich doch in neuerer Zeit d Angaben, daß gerade den Gliomen des Gehirns eine Sonderstellu eingeräumt werden muß. Ganz beschreibt einen Unfall, bei de einem Arbeiter eine 7 kg schwere Platte aus einer Höhe von 50 c auf den Kopf fiel. Kleine Wunde an der linken Schläfe, keine B wußtlosigkeit, kein Erbrechen, starke Schmerzen aber keine Unte brechung der Arbeit. 6 Tage nach dem Unfall vorübergehe (½ Stude) Sprachverlust. Nach weiteren 12 Tagen Gedächtni schwäche, Erschwerung der psychomotorischen Funktionen, se sorische Aphasie. Liquordruck 450 mm Wasser im Sitzen. Nac 2 Monaten Operation, Tumor wurde nicht gefunden. 4 Tage dara Exitus an Pneumonie. Die Sektion ergab einen hühnereigroße Tumor an der Grenze von Okzipital-, Parietal- und hinterem Temp rallappen; histologisch: Gliosarkom. Diesen faßt G. als Unfallfolg auf; er glaubt, daß der Tumor in den fraglichen Zeitintervallen - 3 Wochen bis zum Ausbruch der ersten klinischen Erscheinunge 16 Wochen bis zum Tod — die angegebene Größe erreichen konnt Die halbstündige motorische Aphasie und der hohe Liqourdruc 3 Wochen nach der Gewalteinwirkung sprechen zwar zunächst geg diese Annahme, sie lassen sich aber auch erklären.

Walter Lustig, Berlin.

[Ze]itschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene.

H. 8, 1927.

H. 9, 1927.

Ueber den Einfluß des Arbeitsmarkts auf den Gesundheitszustand [ju]endlicher Arbeiter in der Schwerindustrie. Die Untersuchungen [er]strecken sich auf Oberhausen im Rheinland. 92% aller steuer[pfl]ichtigen Einwohner sind Lohn- und Gehaltsempfänger. Von diesen [sind] etwa ⅓ in der Schwerindustrie, ⅓ im Bergbau beschäftigt. Von [de]m restlichen Drittel sind 10% Fabrikarbeiter und nur 7% im [Han]dwerk und 5% im Handel beschäftigt. Für den weiblichen Teil [der] Bevölkerung besteht fast keine Erwerbsmöglichkeit außer in [hä]uslichen Diensten und als Verkäuferin. Die Folgen einer solchen [Glie]derung des Arbeitsmarktes sind: 1. Geringe Beschäftigungs[mö]glichkeit für jugendliche Arbeiter unter 18 Jahren und noch [we]niger in Lehrstellen. 2. Dieser Arbeitsmarkt erfordert eine große [Z]ahl kräftiger Arbeiter jenseits des 20. Jahres. 3. Es besteht fast [ga]r keine Erwerbsmöglichkeit für die weibliche Jugend. Die Be[ruf]sauslese ist sehr stark, irgendwie schwächliche Jugendliche [blei]ben arbeitslos. Man könnte meinen, daß eine solche Schonzeit [fü]r die Jugendlichen angebracht wäre. Verf. konnte das Gegenteil [na]chweisen, indem er die Schüler bei der Entlassung aus der Volks[sch]ule und aus der Berufsschule verglich; außerdem bei der Ent[lass]ung aus der Berufsschule die erwerbslosen Jugendlichen mit den [arb]eitenden. Die Arbeitslosen waren den Lehrlingen bei der Ent[lass]ung aus der Fortbildungsschule in der körperlichen Entwicklung [sta]rk unterlegen. Es fehlt den Jugendlichen infolge ihrer Be[sch]äftigungslosigkeit der wachstumsfördernde Reiz körperlicher Be[tät]igung, außerdem infolge ihrer Erwerbslosigkeit meist eine aus[rei]chende Ernährung. 1925 wurden 1140 Erwerbslose jenseits des [18.] Lebensjahrs auf ihre Verwendungsfähigkei für Schwerarbeit [un]tersucht, nicht ganz ein Drittel wurde brauchbar gefunden. Zur [Ab]hilfe macht Verf. folgende Vorschläge: 1. Es müssen in der [Sch]werindustrie solche Fabrikationszweige angesiedelt werden, die [Fac]harbeiter beschäftigen, also Lehrstellen haben. 2. Der Bergmann [mu]ß wieder eine reguläre Berufsausbildung bekommen, die nach [so]rgfältiger Berufsauswahl in der Beschäftigung über Tag bis zum [1]6. Jahr, in Arbeitsanleitung unter Tag bis zum 18. Jahr besteht. [Es] muß versucht werden, möglichst viele dieser schwächlicheren [Jug]endlichen auswärts in landwirtschaftlichen Kleinbetrieben unter[zub]ringen. Von dort können sie gekräftigt jenseits des 18. Jahres [in] das Industriegebiet zurückkehren und werden dann der dortigen [Sch]werarbeit gewachsen sein.

Die Ferienfrage. Eine Neuordnung der Schulferien ist sehr er[wü]nscht. Verf. schlägt vor, vor allem eine Verlängerung der Sommer[feri]en auf 6 Wochen ab 15. Juli vorzunehmen. Noch zweckmäßiger [wär]e es, den Beginn des Schuljahres auf den 1. X. festzulegen, und [vo]m 10. VII. bis 1. X. cr. Ferien zu machen. Dies würde es er[mö]glichen, sämtliche Erholungskuren serienweise in die Ferien zu [leg]en, es würde außerdem die Ueberfüllung der Kurorte in den 4 bis [6 W]ochen im Juli beseitigen. Allerdings sind für die sogenannten [ne]rvösen Schulkinder häufigere Ferien von etwa 2 Wochen not[wen]dig. Paula Heyman, Berlin.

Die Volksernährung.

2. Jahrg., Heft 16, 20. August 1927.

Das Wasser als Getränk. Das Wasser ist Baumaterial des [Kör]pers, insofern die Quellung der Zelleiweißmassen, die zum Lebensprozeß erforderlich ist, durch das Wasser ermöglicht wird. Das Wasser gehört aber auch zu den Betriebsstoffen des Körpers, insofern sich alle chemischen Reaktionen im Körper, aus denen sich der Stoff- und Kraftwechsel zusammensetzt, im wässerigen Medium der Substanzen abspielen und insofern das Wasser die mit der Nahrung und Atmung zugeführten Stoffe an die Stellen der chemischen Umsetzungen bringt und die Produkte der Umsetzungen den Ausscheidungsorganen zuführt. Ein Organismus, der ohne Wassergabe ernährt wird, geht in kurzer Zeit unter den Erscheinungen des Verdurstens zugrunde. Der Körper versucht daher mit Zähigkeit seinen Wasserbestand aufrechtzuerhalten. Alle Getränke enthalten ja schließlich Wasser, die alkoholischen Getränke, die alkoholfreien Limonaden, die Aufgüsse von Kaffee, Tee, Kakao, Malzkaffee und dergl., Milch, Bouillon und Suppen. — In dem Durstgefühl verfügt der Mensch über den feinsten Gradmesser für den Stand seines Wasserhaushaltes. Alte Gewohnheit läßt uns das erforderliche tägliche Wasserquantum zugleich mit den Mahlzeiten einnehmen.

Vom Kaffeetrinken und vom Malzkaffee. Nicht das Koffein ist es, das den Kaffeetrinker in Wirklichkeit in erster Linie lockt, sondern es sind die Kaffeearomastoffe. Die Frage, ob das Trinken von Bohnenkaffee schädlich oder unschädlich ist, ist sehr umstritten, jedenfalls ist die Verträglichkeit und Bekömmlichkeit des Bohnenkaffees individuell sehr verschieden. — Von den Kaffee-Ersatzgetränken hat sich wohl keines so sehr den Markt und den Geschmack des Publikums erobert wie der Malzkaffee, und zwar vor allen Kathreiner's Malzkaffee. Derselbe ist über den Begriff des „Ersatzes" hinausgewachsen und ein selbständiges, originelles Getränk geworden. Die Vorteile des Malzkaffees vor dem Bohnenkaffee bestehen darin, daß der Malzkaffee ein unschädliches Aufgußgetränk ist, das den Vorzug des Gehaltes an Röstbitter — und Aromastoffen (akzessorischen Genußstoffen) und deren günstige physiologische Wirkung vollauf besitzt, ohne die schädliche Koffeinwirkung zu haben; er besitzt ferner nicht, wie der Bohnenkaffee, die diuretische Wirkung auf die Nierensekretion, man vermag weit größere Mengen Flüssigkeit ohne Schaden aufzunehmen. Ein weiterer erheblicher Vorteil ist sein billiger Preis (eine Tasse Bohnenkaffee kostet etwa 10 Pfg., Malzkaffee etwa 2 Pfg). — Ein wichtiges Moment ist auch, daß der Malzkaffee als Zusatz zur Kindermilch die Milch für die Kinder bekömmlicher und auch im Sommer gern trinkbar macht. — In den Qualitäten des Malzkaffees bestehen ebenso große Unterschiede wie in denjenigen des Bohnenkaffees. Rudolf Katz, Berlin.

Blätter für Volksgesundheitspflege.

27. Jahrg., Heft 8, August 1927.

Einige Gedanken über Tabakrauchen und menschliche Kultur. Verf. äußerte sich auf dem 5. Internationalen Tabakgegnerkongreß in Prag dahin, daß schon die Tatsache hoher geistiger Leistungsfähigkeit bei Rauchenthaltung beweist, wie wenig der Rauchgenuß eine allgemeine Vorbedingung für maximale geistige Arbeit darstellt. Er hält es für notwendig, daß im Interesse der allgemeinen wie der individuellen Kultur gewisse Schutzmaßnahmen durch Verbote und Beschränkungen ergriffen werden müssen. Doch nicht auf dem Wege der Gewalt und des Zwanges wird seiner Ueberzeugung nach das Ziel der „Befreiung der Menschheit von der Rauchleidenschaft" erreicht werden.

Wohnungsfürsorge. Verf. empfiehlt die Wohnungsfürsorge schon aus Sparsamkeitsgründen. Die staatlichen Aufwendungen für die Wohnbauförderung sind nicht totgelegtes Kapital, sie sind nicht der Wirtschaft entzogen, vielmehr sind sie die besten Investitionen, die man sich überhaupt vorstellen kann: Investitionen in menschliche Gesundheit und Arbeitskraft.

Was sagt der Arzt zur Wohnungfrage? Wenn man die notwendige Forderung anerkennt, daß die Wohnung jedem Menschen die Möglichkeit geben muß, sich täglich im Freien körperlich zu betätigen, so wird man auch Mittel und Wege finden, ihnen in der Wirklichkeit Geltung zu verschaffen. Durch Anlagen von schmalen Wohnstraßen, durch Reform des Bodenrechts, durch Umstellung des Menschen auf gesunde Wohnungs- und Lebensbedürfnisse, wird sich das Ziel erreichen lassen, wird sich in Deutschland wieder eine gesunde Wohnkultur ausbilden und wird in dieser gesunden Wohnkultur wieder ein gesundes Geschlecht heranwachsen.

Rudolf Katz, Berlin.

Zeitschrift für Kreislaufforschung.

19., 16. Heft, 15. August 1927.

Ueber primäre Endarteriitis pulmonalis. Der offene Duktus Botelli wird im allgemeinen als eine ziemlich harmlose Anomalie des Herzens angesehen, die keine Lebensverkürzung bedingt. Verf. berichtet über einen Fall, bei dem sich unter dem Bilde einer Sepsis lenta schwere sekundäre Veränderungen entwickelten, die zum Tode führten. Aus der Beschreibung ist allerdings die ätiologische Bedeutung des offenen Duktus für den schweren Verlauf der Erkrankung nicht recht ersichtlich.

Lanke, Eigelsdorf.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

66., Heft 5.

Was liegt den Ringschatten im Lungenröntgenbild zugrunde? In einer mit Röntgenbildern reich ausgestatteten Abhandlung vertritt Verf. den Standpunkt, daß röntgenologisch festgestellte Ringschatten fast ausschließlich durch Kavernen hervorgerufen werden. Es werden die Hilfsmittel genannt — Anamnese, klinisches Bild, Röntgentiefenbestimmung vor dem Schirm, die Anlage eines diagnostischen Pneumothorax — welche in zweifelhaften Fällen zur Diagnose führen. Dem Ringschatten darf nur dann ein andres Gebilde als die Kaverne zugrundegelegt werden, wenn dies bewiesen werden kann, nicht aber, wenn das Fehlen einer Kaverne aus dem Mangel irgendwelcher klinischer Symptome oder dem Verschwinden des Ringschattens nur vermutet ist.

Erfahrungen mit dem Friedmannschen Mittel. Die Verff. sahen vom Friedmannschen Mittel weder eine so wesentliche Verbesserung noch Verschlechterung der behandelten Fälle, daß eine Stellungnahme für oder gegen das Mittel ausreichend begründet wäre. Serodiagnostik der Tuberkulose mittels Komplementbindung nach Besredka, Matefyreaktion und der Bestimmung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit durch Anlegung von Titerkurven. Nach den ausgiebigen Untersuchungen der Verff. ist die Globulinfällungsreaktion nach Matefy diejenige Reaktion, welche am wenigsten zuverlässige Ergebnisse liefert. (Dasselbe hat Ref. schon 1924 festgestellt.) Das sonst Wesentliche der vorliegenden Arbeit gipfelt in der Feststellung, daß die Reaktion nach Besredka nicht mehr leistet als die technisch viel einfachere Blutsenkungsreaktion, daß diese also als Tuberkulosediagnostikum der Besredkareaktion zum mindesten ebenbürtig ist.

Ueber Solganalbehandlung der Lungentuberkulose. Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit dem neuen Goldpräparat Solganal, Fabrikname für Sulfoxylat. Nach den experimentellen Untersuc[hungen] Feldts ist das Präparat zehnmal weniger toxisch als da[s] solgan. Die klinischen Erfahrungen des Verf. mit Solgan[al] günstig, das Präparat ist gut verträglich. Von 49 offenen [Tuber]kulösen waren am Schluß der Behandlung 18 geschlossen, [...] bezeichnet Verf. sein mit Gold behandeltes Krankenmaterial a[ls] schwer. Die zu beachtenden Kontraindikationen sind dieselb[en wie] bei jeder anderen Goldbehandlung auch.

Zwerg, Dre[sden]

Die Tuberkulose.

Nr. 9, 1927.

Säureinhalation bei Lungentuberkulose. Es handelt sich u[m] Nachprüfung des Säureinhalationsverfahrens nach Prof. v. Ka[pff an] mehr als 100 Lungenkranken. Das Verfahren von v. Kapff ba[ut] auf der Erfahrungstatsache auf, daß alle Personen, die beruflic[h dem] Einfluß von Säuregas ausgesetzt sind, sei es durch Einatmen, [durch] äußere Wirkung auf die Haut oder durch innere infolge [Ver]schluckens geringer Säuremengen sich einer günstigen Gesu[ndheit] erfreuen und daß Erkrankungen der Atmungsorgane bei ihne[n] seltener vorkommen. Die Art der Säure scheint keine auss[chlag]gebende Rolle zu spielen. v. Kapff nimmt an, daß die Heilwi[rkung] der Säureinhalation auf der langandauernden Ansäuerung [der] Schleimhäute und der dadurch verhinderten Entwicklung der K[rank]heitserreger beruht. Hinzu kommt eine hyperämisierende und [sekre]tionsfördernde Wirkung. — Verf. verwandte als Inhalationsfl[üssig]keiten für geschlossene Tuberkulosen K I (Ameisensäure mit [...] Essigsäure) und K II (ätherische Oele mit reinem Alkohol), f[ür] offenen Tuberkulosen T I (verdünnte Salzsäure) und T II (die[selben] Bestandteile wie K II mit geringem Kreosotzusatz). Die Kr[anken] sind der Schwere ihres Prozesses nach in 3 Gruppen eingeteilt[. Von] den geschlossenen Tuberkulosen werden 70 bis 75%, von den o[ffenen] etwa 45% als „wesentlich gebessert" bezeichnet. Von 44 o[ffenen] Tuberkulosen wurden durch die Säureinhalationsbehandlung 3 bazillenfrei. Schädliche Nebenwirkungen ernsterer Art w[urden] nicht beobachtet. (Ob die Behandlung mit Säureinhalationen [mehr] leistet als die übliche hygienisch-diätetische Anstaltsbehan[dlung] bleibt nach dem Bericht Glatzels durchaus zweifelhaft. Ref.)

Zwerg, Dresd[en]

Strahlentherapie.

26., Heft I.

Wieviel R-Einheiten entspricht die HED.? Die Verwendung [des] Küstnerschen Eichstandgeräts hat sich in der Praxis als eine zuverlässige Dosierungsmethode erwiesen, daß es an der Zeit sch[ien,] durch eine Umfrage an die verschiedenen Institute den Betrag [der] HED in R-Einheiten zu ermitteln. Als Fehlerquellen sind d[abei] von vornherein verschiedene Momente zu berücksichtigen.

chätzung der HED nach Erythem und Pigment ist ein subves Verfahren, das selbst unter Beobachtung des gesamten tionsablaufs Differenzen bis zu 20% involviert. Auch die sub- verschiedene Empfindlichkeit der Patienten stellt sich der egung eng umschriebener Beziehungen zwischen physikalischer biologischer Dosis entgegen. Die Einzeldosen sind Schwanen unterworfen durch Ungleichmäßigkeiten im städtischen Netz, nungsverlust, Schwankungen des Quecksilberunterbrechers, ngen in der Angabe des Milliampèremeters. Die Bestrahlungsrichtung kann insofern von Einfluß sein, als bei Geräten, die nur offene Bleiglashaube geschützt sind, der Betrag der Streuung sich zu der eigentlichen Bestrahlung hinzuaddiert. Auch er Ablesung des Eichstandgeräts kann die Stielstrahlung der e beziehungsweise die Streustrahlung der Umhüllung einen r bedingen. Schließlich ist die Art der Verordnung von großer utung. Um in dieser Beziehung größere Verschiedenheiten zu eiden, wurden die von Wintz festgelegten Bedingungen für HED hinsichtlich Strahlenhärte bzw. Filterung, Feldgröße und shautabstand durchgängig zugrunde gelegt. Das Ergebnis der rage ist in mancher Hinsicht von allgemeinem Interesse. Es ervorgehoben, daß mehrere Untersucher die Feststellung des ents als völlig belanglos für die Ermittlung der HED benen. (Mit Recht! Der Ref.) Als Durchschnittswert für die bei harter, mindestens durch 0,5 mm Zn oder Cu gefilterter lung ergibt sich der Betrag von 550 R. Die Grenzen, zwischen sich die Einzelbeobachtungen bewegen, liegen 15 bzw. 8% und unter dem Mittelwert, je nachdem man die einzelnen An- bewertet. Für die Grenzzahlen, zwischen denen stets die erreicht wird, ergeben sich die Werte von 496 R + 20% bzw. R + 9%. Es ergab sich für die Gefahr einer Verbrennung rades 605 R (110% HED), II. Grades 660 R (120% HED), rades 715 R (310% HED). Die für die HED angegebenen hlen lassen im Bereich der Tiefentherapie in keiner Weise inen Anstieg mit der Härte der Röntgenstrahlen schließen. die Hauttherapie lauten die Angaben verschieden.

st die „Grenzstrahlentherapie" nach Bucky vollkommen ungech? Verf. unterziehen die verschiedenen Veröffentlichungen ys über die Grenzstrahlen einer Kritik und berichten über eigenen physikalischen und klinischen Untersuchungen. Sie nen zu einer völligen Ablehnung der Grenzstrahlentherapie. Berechtigung, die überweichen Röntgenstrahlen entsprechend Scheitelspannung von 6 bis 9 KV. als besondere Strahleng von den Röntgenstrahlen abzugrenzen, besteht nicht. Es elt sich nicht, wie Bucky behauptet, um eine „tatsächliche flächentherapie", bei der die Strahlenwirkung nur die oberen hten der Epidermis einbezieht, sondern es gelangen beträcht- Strahlenmengen auch in die Cutis und namentlich in das lächliche Gefäßnetz derselben. Die Therapie ist also keines- ungefährlich, im Gegenteil ist mit größter Wahrscheinlichkeit zu rechnen, daß bei intensiveren Bestrahlungen Spätschädien entstehen. Verf. halten sich für berechtigt, vor der Weichlentherapie zu warnen, um so mehr, als sie völlig entbehrlich in scheint.

Kirschmann.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

80., Heft 3/5.

Ueber den therapeutischen Wert der Malariaimpfung, Milchinjektionen und der spezifischen Behandlung bei progressiver Paralyse. Der Verf. hat an der psychiatrischen Klinik in Budapest 100 Paralytiker mit Malaria tertiana, 100 mit Milchinjektionen (10 bis 12 je 10 ccm alle 4 bis 6 Tage) 100 kombiniert spezifisch behandelt und 100 Paralytiker unbehandelt gelassen. Das Resultat war bei den unbehandelten Fällen am ungünstigsten; nur 5% remittierten spontan vollständig, 9% unvollständig, die anderen blieben unverändert, verschlimmerten sich oder starben. Nur um geringes besser waren die Erfolge der spezifischen Behandlung, bei der 7% vollständig und 10% nicht vollständig remittierten.

Wesentlich besser waren die Resultate der Malaria- und Milchinjektionsbehandlung, die sich untereinander fast völlig gleichen. Es remittierten vollständig 18 bzw. 20%, unvollständig 18 bzw. 20%, es blieben unverändert 23 bzw. 24%, verschlimmert 15 bzw. 13%, es starben 26 bzw. 23%. Die Zahl der Remissionen hat sich gegenüber den nicht- oder spezifisch behandelten Fällen verdoppelt. Aus der Gleichheit der Resultate der Milchinjektions- und Malariabehandlung folgt aber auch, daß man der Malaria bei der Heilung der Paralyse keine spezifische Bedeutung beimessen kann. Verf. meint, daß das Fieber die entscheidende Wirkung ausübe. Bei der Paralyse gehen ektodermale Prozesse (die einfache fortschreitende Demenz) und mesodermale Prozesse (klinisch als akute Exazerbationen, delirante Zustände etc. auftretend) nebeneinander her. Die Remissionen durch die Fiebertherapie dehnen sich im wesentlichen nur auf die Erscheinungen mesodermalen Ursprungs aus, die ektodermalen Prozesse (Demenz) werden nicht beeinflußt.

Serologische Beiträge zur Malariabehandlung der Paralyse. Schwankungen im serologischen Befund im Verlaufe und nach Behandlung von Paralysen gehen weder mit der Schwere des psychischen Bildes parallel, noch sind sie ein Maßstab für die Gründlichkeit der Therapie, noch bieten sich prognostische Handhaben. Sanierung des Liquors braucht weder Remission noch Besserung zu bedeuten. Sogar Verschlimmerung des Liquorbefundes kann neben völliger klinischer Remission bestehen. Die Serologie ist nur ein diagnostisches Hilfsmittel zum Erkennen luetischer Erkrankungen. Therapeutisch und prognostisch bietet sie im Einzelfalle keine Handnaben.

Die Abwehrreflexe und ihre Bedeutung. In der sehr ausführlichen Arbeit wird auf die Wichtigkeit der bei der neurologischen Untersuchung jetzt etwas vernachlässigten Abwehrreflexe aufmerksam gemacht. — Der Reflex wird ausgelöst durch unangenehme (Stechen, Kneifen) oder schädigende Reize von der einen Zehe aus, die über die Fußsohle hinaufgeht und je nach Sitz und Grad der Erkrankung bis zu den unteren Rumpfpartien heraufreicht. Es stellt sich dar in einer sehr schnellen (natürlich unwillkürlichen) „Verkürzung" des Beines, der Hüft- und Kniebeugung, Dorsalflexion des Fußes und der Zehen, namentlich häufig der Großzehe (wie beim Babinskischen Reflex) und nachfolgender, langsamer Erschlaffung der reflektorisch kontrahierten Muskulatur. Er darf nicht verwechselt werden mit den Abwehrbewegungen bei entsprechenden Reizen, die auch bei Gesunden auftreten und die nicht rein reflexbedingt sind. In der oben geschilderten Form ist der Abwehrreflex unbedingt als pathologisch zu werten. Er tritt auf bei spinalen und zerebralen Affektionen, bei denen die Pyramidenbahnen alteriert sind. Er steht an klinischer Bedeutung dem Babinskischen Reflex um wenig nach und kann auftreten, wenn der Babinski noch fehlt. Er stellt ein Ueberbleibsel hochentwickelter Funktionen früher Entwicklungsstufen dar.

Experimentelle B-Avitaminose des Kaninchens. Bisher glaubte man, daß ein der B-Avitaminose des Menschen (Beri-Beri-Polyneurotis) entsprechendes Krankheitsbild bei Kaninchen nicht zu erzeugen sei. Experimente des Verf. haben jedoch gezeigt, daß bei vitamin-B-freier Ernährung von Kaninchen (Gerstengraupe) zwar keine Polyneuritis (Beri-Beri), wohl aber eine andere, auch als B-Avitaminose zu bezeichnende Erkrankung auftrat. Die Tiere magern in bestimmtem Körpergewichtsabfall ab, werden apathisch, schlaff, die Haare fallen aus. Prämortal bildet sich ein 1 bis 2 Stunden anhaltender Opisthotonus, und es tritt der Tod unter Zuckungen ein. Histologisch findet sich Schwellung der Nervenzellen des Ammonshorns und der tieferen Schichten der Rinde, Schädigung des Parkingesystems im Kleinhirn. Der Prozeß ist rein ektodermotrop.

Zur Klinik der hirnsyphilitischen Psychosen. Der Arbeit liegt zugrunde ein Material von 79 nichtparalytischen Luespsychosen. Es werden unterschieden: 1. Die einfache demente Form mit dem „organischen" Symptomenkomplex als Hauptsymptom. Sie ist am häufigsten, serologisch charakterisiert durch positive WaR. in Blut

und Liquor, Luesform der Goldsolkurve. Der Verlauf ist chroisch, zuweilen remittierend, sie sprechen gut auf spezifische Behandlung an, können praktisch geheilt werden. Ihnen stehen die amnestischen (Korsakoff-ähnlichen) Zustandsbilder nahe. 2. Die halluzinatorisch-paranoiden Zustandsbilder lassen oft an eine gewisse Disposition der Betroffenen zu paranoiden Mechanismen denken. Die Hirnlues ist vielleicht oft nur provozierend. Die WaR. pflegt im Blut zwar positiv, im Liquor jedoch negativ zu sein. Dagegen sind die Eiweißreaktionen im Liquor meist positiv. Die therapeutischen Erfolge sind oft schlecht. 3. Depressive, zirkuläre oder katatone Formen der Luespsychosen sind selten und erwecken oft den Eindruck, als ob der Zusammenhang mit der Lues nur ein loser wäre. 4. Noch seltener ist die epileptische Form der Luespsychosen. — Die Hirnlues begünstigt, wie auch andere organische Hirnläsionen, das Auftreten von hysterischen Reaktionen.

Schwere progressiave anankastische Entwicklung bei einem Falle von genuiner Epilepsie. Die Erkrankung beginnt in diesem Falle mit epileptischen Anfällen, die später mehr zurücktreten. Dagegen entwickelt sich — wie Verf. annimmt — auf der Grundlage der epileptischen Charakterveränderung ein schweres Zustandsbild mit das ganze Handeln beherrschenden Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen meist religiös-sakrilegischen Charakters. Es bestand außerdem eine psychopathisch-anankastische Erbanalyse, für deren Manifestierung beim Patienten erst die Epilepsie den Boden schuf.

Zur pathologischen Anatomie der epidemischen Metenzephalitis im Kindesalter. Pathologisch-anatomische Untersuchungen des Zentralnervensystems von kindlichen Metenzephalitikern sind bisher sehr selten. Ein 7jähriges Mädchen erkrankt an typischer Enzephalitis und bekommt eine ganz ungewöhnlich schwere metenzephalitische Wesensveränderung. Nach vierjährigem Krankheitsverlauf stirbt es interkorrent an einer Pneumonie. — Es fanden sich vor allem Veränderungen im Zwischen-, Mittel- und Nachhirn. Der striopallidäre Apparat erwies sich als ungestört. Die schwersten Veränderungen saßen im Höhlengrau des dritten Ventrikels und Aquaedukts, besonders von der Höhe des Corpus mamillare an kaudalwärts, im ventralen und medialen Gebiete des hinteren Thelamus und im Nucleus amygdalae. Schwächer gestört zeigten sich das Corpus Luys, der mediale Teil der Substantia nigra und der Nucleus campi Foreli, das Corpus mamillare, im Nachhirn der Boden der Rautengrube und die Olive. Es handelte sich um zellige und bindegewebige Hyperplasie der Gefäßwand und Ganglienzellausfälle mit nachfolgender gliöser Reparation. Entzündliche Infiltrate fehlten völlig. Die Glianarben hatten vielfach perivaskulären Charakter. Großhirnrindenbeteiligung war unbedeutend, kann also nicht für das klinische Bild verantwortlich gemacht werden. Lokalisationsversuchen stehen noch große Schwierigkeiten gegenüber. Panse, Berlin.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 38, 17. September 1927.

Aeußere Wendung in Richtung des kleinsten Widerstands am Ende der Schwangerschaft. Wird bei einer Schwangeren, die in den letzten Wochen vor der zu erwartenden Geburt zur Untersuchung kommt, eine Steißlage festgestellt, so gelingt es häufig noch, dieselbe durch äußere Wendung in eine Schädellage zu verwandeln. Dabei sind folgende Regeln zu beobachten: In horizontaler Rückenlage der Frau wird der Kopf des Kindes von außen durch die Bauchdecke gefaßt und langsam und vorsichtig nach dem Bauch des Kindes hingedrückt, während gleichzeitig die andere Hand den Steiß bzw. Knie und Füße dorsalvorwärts, d. h. nach der Stelle, wo der Rücken des Kindes festgestellt war, geschoben wird. Sehr bald reagiert nach den Beobachtungen des Verf. das Kind reflektorisch auf das „Ducken" des Kopfes mit einem „Aufmucken", also einer aktiven Streckbewegung und macht gleichzeitig Abwehrbewegungen mit den Beinen die dazu beitragen, den Steiß vom Beckeneingang zu entfernen, während sich der Kopf mit einer tiefen Verbeugung nach unten zum Beckeneingang hinbewegt. Gewöhnlich geht so die Wendung, selbst bei Erstgebährenden, unter einer Art aktiver Mithilfe des Kindes, leicht vonstatten, während sie beim Wendungsversuch in dorsaler Richtung infolge der Gegenwehr-Bewegungen des Kindes auf größten Widerstand stößt. Mit Vorteil kann manchen Fällen die Seitenlage der Frau beim Wendungsversu wenden, die Patientin legt sich dann am besten auf die Se dem Rücken des Kindes entspricht. Verf. illustriert an Fällen, wie manchmal der Erfolg der Wendung nicht dauernd und das Kind sich spontan wieder in Steißlage einstellt, so Wendung oft mehrfach wiederholt werden muß. In einem Fall fand sich wenig Fruchtwasser und ein birnenförmiger an dem die äußere Wendung in der geschilderten Art beim Versuch nicht gelang. Auch der 2. Versuch blieb erfolglos, w nach einer weiteren Woche die äußere Wendung nicht allzu gelang. Dann blieb die Schädellage bis zur glatt erfolgten kunft. Umgekehrt läßt sich bei künstlicher Frühgeburt oft folg eine äußere Wendung auf den Steiß machen. Richtig und zeitig ausgeführt, vermag die äußere Wendung die Schwang manchen Beschwerden zu bewahren, der Kreißenden manche rativen Eingriff zu ersparen und in vielen Fällen das Kind zu

Fahrlässigkeit oder Unfähigkeit? Angeregt durch di führungen Sellheims über dasselbe Thema äußert sich Ve zu dem Kapitel: Unglücksfall, Fahrlässigkeit und Unfähigk geburtshilflichem Gebiet. Strengste Beurteilung stehe unve licher Milde gegenüber, weil die Begriffe: Unglücksfall, Fah keit und Unfähigkeit nur schwer definieren und von einand zugrenzen seien. Er weist ferner darauf hin, daß nur die gewiesene Fahrlässigkeit strafbar ist, nicht aber die technisc fähigkeit der Aerzte bei Ausübung der Geburtshilfe. Auch d griff: Kunstfehler kennt das Strafgesetzbuch nicht. Verf. trit ein, daß die technische Unfähigkeit des Arztes künftig als befreiendes Moment ausgeschaltet werden müsse und daß zu besserung der Ausbildung in der praktischen Geburtshilfe me nach dem Staatsexamen imVerlauf des praktischen Jahrs ange werden müsse. Da es eine ganze Reihe von Aerzten gibt, d mals Geburtshilfe ausüben wollen, schlägt Verf. vor, die Appro in Geburtshilfe von der allgemeinen ärztlichen Approbati trennen und nur jenen Aerzten gesondert zu erteilen, die si genügend lange Zeit ausschließlich der Geburtshilfe mit Erf widmet haben. Diese Maßnahme würde eine Erleichterung werdenden Aerzte und eine Entlastung für die zur praktische bildung vorhandenen Kliniken bedeuten. Die bemerkenswerte führungen des Verf. gipfeln in der berechtigten Forderung: U keit muß strafbar werden! Schwab, Hamb

Folia Oto-Laryngologica.

15., Heft 3/4.

Subokzipitalpunktion oder Lumbalpunktion in der Otorhino Die Subokzipitalpunktion ist angezeigt, wo wir mit der Lu punktion nicht zum Ziele kommen, so bei der sogenannten Pi sicca oder bei Anomalien der Wirbelsäule, Verknöcherungen Bandapparates usw. Trotz ihrer Vorzüge (bessere Verträglic seltenere Blutbeimengungen zum Liquor, näheres Herankomm den Entzündungsherd bei otogener und rhinogener Meningitis die Subokzipitalpunktion jedoch nicht geeignet, die Lumbalpun zu verdrängen wegen der damit verbundenen großen Gefa Verletzung der Medulla oblongata, lebensgefährliche Blutun

…rtzung eines Gefäßes, was trotz vorschriftsmäßiger Technik …lich ist.

…egionäre Gefäßreaktionen am Kopfe auf Haut- und Schleim-…eize usw. Die Reize waren thermischer (sowohl Kälte als auch …ne) oder mechanischer Art. Bei Applikation im vorderen Hals-…k stärkere Reaktion als bei Applikation im Nacken. Starke … ergeben primäre Verengerung, schwache primäre Erweiterung. …ückkehr zur Norm geht meist über eine negative Phase von …elnder Dauer. Das Gefrieren im vorderen Halsdreieck löste …ärksten Reaktionen aus. Es ergibt sich aus diesen Versuchen …e Klinik eine reflektorische Gefäßverengerung bei Operationen …biete des Kopfes als blutstillender Faktor.

…ie Ozaena als Folgekrankheit des Sekundärstadiums der …kulose. Auf das häufige Vorkommen der Ozaena bei Lungen-…kulose ist schon vielfach hingewiesen worden. Verfasser ver-…die Ansicht: Die Tuberkulosegifte im Sekundärstadium der …kulose üben einen ständigen Reiz auf die Schleimhäute der …aus. Es kommt so anfangs zur Hypertrophie, später zur …hie der Schleimhaut und somit ist der Boden für die Ozaena …reitet. V. sieht eine Stütze dieser seiner Ansicht in der …gen Einwirkung von Tuberkulinkuren bei 5 Ozaenakranken …uberkulin-Ueberempfindlichkeit. Man muß allerdings bedenken, …uch bei Injektion von Ozaenasan (Diphtheriebazillen-Toxin — …xin-Gemisch) günstige Erfolge zu erzielen sind, daß also viel-… lediglich eine Proteinkörpertherapie hier in Frage kommt …Referent).

…adiumbestrahlung der Kehlkopftuberkulose. Verf. berichtet …40 Fälle. Bei 16 trat Heilung der Larynx-Tuberkulose, bei 10 …rung ein. 14 blieben ungebessert. Am besten reagierten die …riebenen Infiltrate der Hinterwand und die infiltrierten Stimm-…r. Ulzerationen sprechen viel schwerer an, können aber doch …er Reihe von Fällen zur Heilung gebracht werden. Die Be-…ung geschieht endolaryngeal. Als zweckmäßig hat sich folgende …de erwiesen: Für die 1. Bestrahlung etwa 50 mg/Std., nun …Pause von vier Wochen; je nach der aufgetretenen Reaktion. …trahlung mit 25—50 mg/Std. Nach einem weiteren Monat zum …n Male. Dann Pause von mindestens zwei Monaten und dann …Bedarf noch einige Bestrahlungen in Pausen von mindestens …Monat. Veränderungen, die mit 5—6 Bestrahlungen nicht zu …lussen sind, bleiben auch weiterhin refraktär.

15., Heft 5/6.

…ur Balneotherapie der Erkrankungen der oberen Luftwege. Die …dere Art der Therapie für die Luftwege ist die Inhalation. Nach …her ist hierbei zu unterscheiden: die Nebelmenge, die Nebel-… und der Zerstäubungsgrad. Am Wiesbadener Thermalwasser …e die Gefrierpunktserniedrigung mit — 0,510°, die des gleichen, …r zur Inhalation vernebelten Thermalwassers mit —0,550° be-…t, woraus sich eine stärkere Konzentration der vernebelten …sigkeit ergibt. Es wird ferner auf die Wahrscheinlichkeit hin-…sen, daß das Kalzium mit seiner entzündungswidrigen Wirkung …tzündete Gewebe beim Inhalieren passiert und so therapeutisch …lußt. Es ließ sich in einzelnen Fällen nach Inhalation eine …unerhebliche Erhöhung des Kalziumspiegels feststellen. Es ist …g zu erwähnen, daß nur bei flächenhaften, nicht in die Tiefe …den Entzündungen von diesen Inhalationen Erfolge erwartet …en können.

…rfahrungen mit der Elektrokoagulations-Behandlung von rhino-…ologischem Lupus vulgaris während 6 Jahren. Die Technik ist …de: Die Nase wird mitetls Alsoldermophil-Tampons von Schorfen …eigt. Die Behandlung ohne Lokalanästhesie, nur bei sehr empfind-…n Personen kurzer Chloräthylrausch. Indifferente Bleielektrode …gefeuchtet um den rechten Arm, kleine 1—5 mm große Neu-…elektrode auf die Schleimhaut. Zunächst Koagulationsreihe im …den um den Krankheitsherd herum, dann Elektro-Koagulation …tzteren. Der Larynx selbst wurde nicht mit Elektrokoagulation behandelt (Gefahr der Perichondritis!), bei Behandlung des Gaumens Vorsicht wegen Gefahr der Perforation. Von 459 Patienten sind 283 = 61,5% klinisch geheilt bei einer Beobachtungszeit von durchschnittlich 12,8 Monaten (Beobachtungszeit von 1—84 Monaten). Bei Patienten, die sich 1 Jahr und darüber klinisch geheilt erwiesen, sinkt der Prozentsatz auf 30,2, und nehmen wir nur solche Patienten von länger als 2 Jahren Beobachtungszeit, so haben wir nur noch 16,1% klinische Heilungen.

Hesse, Berlin.

Dermatologische Wochenschrift.

85., Nr. 38, 17. September 1927.

Zwei Fälle von klimatischen Bubonen (Lymphogranulomatosis inguinalis). Die in Deutschland im allgemeinen, abgesehen von eingeschleppten Fällen, sehr wenig bekannte Krankheit kommt häufig in den südlichen Ländern (Italien und Spanien) und in Frankreich, besonders aber in tropischen Ländern vor. Die Krankheit schließt sich an beim Geschlechtsverkehr erworbene erosive Prozesse an, verläuft mit Schwellungen der Leistendrüsen, die unter Umständen zu umfangreichen fistelnden Vereiterungen und Zerstörungen führen und bisweilen mit schweren Störungen des Allgemeinbefindens verbunden sind. Bakteriologische Untersuchungen auf den Erreger blieben in dem einen Falle, in dem sie vorgenommen werden konnten, ergebnislos. Therapeutisch war die Beeinflussung durch Röntgen und Brechweinstein mäßig, die Ausspritzung der eröffneten Erweichungshöhle mit destilliertem Wasser und nachfolgende Tamponade mit Jodoformglyzerin schien günstig zu wirken.

Zur Biologie der Sexualhormone. Das neben dem Halse der Gebärmutter auf dem hinteren Scheidengewölbe liegende Frankenhäusersche Ganglion, das ein echter sympathischer Ganglienknoten ist, besteht aus multipolaren Ganglienzellen und einer Anzahl Adrenalin produzierender Zellen, die durch die Reaktion ihres Zellkörpers auf Chromlösungen nachweisbar sind. Diese chromaffinen, chrombraunen Zellen sind in jedem Ganglion des Uterus der weißen Maus in einem Verhältnis von etwa 2 bis 6% enthalten, und zwar läßt sich bei der Menge ein proportionales Verhältnis zu der Ergiebigkeit einer Hormonquelle im Ovarium des Tieres nachweisen. Im Verlaufe der Schwangerschaft tritt eine Vermehrung bis auf 15 bis 16% zur Zeit des Wurfes ein, während der Laktation geht sie wieder zur Norm zurück. Kastrierte Tiere zeigten einen Wert von 1% und darunter, wobei außerdem eine deutliche Degeneration der Nissl-Schollen im Sinne der Chromolyse festzustellen war. Werden einer kastrierten Maus Sexualhormone injiziert, so kann man innerhalb von 4 Tagen die chrombraunen Zellen bis auf 10 bis 12% anreichern, und es tritt auch eine Regeneration des Nissl-Apparates ein. Eine erfolgreiche Therapie der Sexualstörungen hängt davon ab, daß die Hormone in genau analysierten Heilmitteln zur Verfügung stehen. Zu diesem Zwecke sind die vorliegenden Versuche von Bedeutung und auch die Tatsache, daß durch den Chromtest aus Kartoffeln, Rüben, Kirschen, Hefe extrahierbare Stoffe (Tokokinine) als den Sexualhormonen ähnlich wirkend nachgewiesen werden konnten, läßt auf die Darstellung von Heilmitteln hoffen, die über die Hormonquellen tierischen Ursprungs hinausgehen.

Ernst Levin, Berlin.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft.

14., 5.-H. August 1927.

Hypertrichosis beim weiblichen Geschlechte und ihre Beziehung zu Konstitutionsanormalien. Nach einer Uebersicht über die einschlägige Literatur kommt der Verfasser zu dem Ergebnis, daß unter konstitutionell gestörten Hypertrichotikerinnen am häufigsten Hypoplastikerinnen und Intersexe zu finden sind: „Es sind dies jene Typen mit knabenhaften Gesichtszügen, Viragines und tiefer Stimme oder männlichen Neigungen, die sich als Schriftstellerinnen, Künstlerinnen, Politikerinnen, heute auch oft als Chauffeurinnen im praktischen

Leben betätigen.“ Verfasser berichtet über seine eigenen Beobachtungen über das Auftreten von Hypertrichosis. Er sagt zusammenfassend: „Ungewöhnliche Behaarung bei Frauen ist verbreiteter als man für gewöhnlich annehmen möchte, obwohl in diesen Fällen keine pathologische Hypertrichosis zu konstatieren ist. Partielle Ueberhaarung ist bei vielen Frauentypen als etwas völlig Normales anzusprechen. Solche partielle Hypertrichosen trifft man häufig als leichtes Flaumbärtchen auf der Oberlippe oder auf den Wangen. Auch eine stärkere Behaarung der Unterarme und Ober- und Unterschenkel findet man des öfteren bei konstitutionell völlig gesunden Frauen und Mädchen. In manchen Familien scheint die Vererbung solcher partieller Ueberbehaarung ohne Konstitutionsstörung etwas völlig Normales zu sein. Nur die pathologischen Formen der Hypertrichosis mit männlicher Schambehaarung, Lippen-Kinnbart, Behaarung der Brust und Warzenhöfe, des Dammes und Afters, der Arme und Beine zeigen sehr häufig Konstitutionsanormalien und Störungen der Sexualfunktion. Unter diesen konstitutionell gestörten Hypertrichotikerinnen finden wir meist die dysplastischen Spezialtypen, Infantilie, Intersexe, Asthenikerinnen, aber es können auch konstitutionell normale Frauen Hypertrichosis zeigen, wo eine Störung der inneren Sekretion nicht unbedingt bereits vorhanden sein muß. M. Kantorowicz.

Zahnärztliche Rundschau.

Nr. 36, 4. September 1927.

Nr. 37, 11. September 1927.

L. Gordon.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift.

Nr. 17, 26. August 1927.

Nr. 18, 9. September 1927.

L. Gordon.

Schweizerische Zeitschrift für Unfallkunde.

Nr. 4. 1927.

Ueber den Einfluß des körperlichen Status quo ante auf den Unfall. Askanazy, Genf: Vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus führt Askanazy an, wie der prätraumatische pathologische Zustand gelegentlich die Tragweite eines Unfalls herabsetzen kann, wie er sie aber in der Regel steigert.

Reinbold, Lausanne, beleuchtet das Thema vom chirurg Gesichtspunkt aus und spricht speziell über die Verhältniss Luestuberkulose, Hämophilie, Zirkulationsstörungen und Tumore Trauma.

Siegrist, Bern, spricht über die Verletzungen der Aug prätraumatischen Zustand derselben. Er unterscheidet zwei Gr Die erste Gruppe umfaßt Skrophulose, Tuberkulose, Lues, A sklerose und Hämophilie. Die Zweite: angeborene oder fa Mißbildungen oder krankhafte Zustände, die lokalisiert am Aug treten und im Zusammenhang mit Traumen kompliziertere V nisse schaffen als bei einer Verletzung des gesunden Auges.

Bing, Basel, bespricht sieben Thesen, die er für die u neurologische Bedeutung des prätraumatischen Gesundheitszust von Wichtigkeit hält. Er unterscheidet folgende Punkte: 1. zu trennen ist zwischen Krankheitsbereitschaft Krankheit. 2. Bereitschaft ist die konstituionelle end Anlage, die angeborene Disposition. 3. Die Frage nach Vorliegen einer Disposition sollte dem Arzt solche vorgelegt werden und die Bemessung der Entschäd d. h. die damit zusammenhängende Verantwortung für das Finanzielle den juristischen Instanzen überlassen werden. 4 vorbestehender Krankheit verhält es sich gerade umgekehrt kann der Arzt die theoretische Arbeitsfähigkeit seines Pat genauer taxieren. 5. Bei besonderen Verhältnissen ist die z mäßige Taxierung einer durch den Unfall bedingten zeitlicher schleunigung des Krankheitsprozesses rationeller, als einn pr tuale Schätzung der auf das Trauma fallenden Kausalitäts 6. Die Frage nach der Progression eines Nervenleidens durc Trauma ist mit größter Kritik zu prüfen. Vor allem kommt e ein adäquates Trauma an, dann muß die Progression schub-ruckartig erfolgen und zeitlich unmittelbar oder sehr kurz schließend stattfinden. 7. Nach ähnlichen Gesichtspunkten so urteilt werden, wenn es sich darum handelt, das Ausbrechen Krankheit auf dem Boden einer Heredität zu beurteilen. Dab besonders auf das Reziprizitätsverhältnis zwischen (großer) h tärer Belastung und (kleinem) Trauma zu achten.

Grundsätzliche Entscheidung des Eidgenössischen Versicher gerichts. Militärversicherung: Kohlenoxydvergi Fall eines Arbeiters, der bewußtlos in einem Minengang gef wurde und kurz nachher starb, ohne daß die Todesursache gen erklärt worden ist. Es wurde angenommen, daß es sich um K oxydvergiftung gehandelt hat, da eine Reihe von als siche wertenden Anzeichen dafür sprachen: Also Unfall.

Widerruf einer Verfügung, der MV.: Unwirksamkeit eines W rufs der nicht gehörig fundiert ist. Nichtrückwirkung einer Verfügung, durch die eine in einer früheren Verfügung a sprochene Anerkennung widerrufen wird.

Die bloße Schaffung oder Verstärkung einer Krankheitsa (Disposition) durch den Militärdienst oder eine dienstliche krankung, genügt im allgemeinen noch nicht, um eine Haftung MV. zu begründen. Hottinger, Ba

---

Schweizerische Zeitschrift für Gesundheitspflege.

Nr. 6, 1927.

Die Säuglingssterblichkeit in Basel von 1870 bis 1925. In d sehr ausführlichen und gründlichen, mit Material und tistiken reichlichst versehenen Arbeit wird einer Anregung Prof. Wieland, dem Basler Ordinarius für Pädiatrie, der auch Vorwort geschrieben hat, Folge geleistet. Die Säuglingssterbli d. h. die Anzahl der Todesfälle im ersten Lebensjahr, bezogen 100 lebende Kinder, hat in den untersuchten Dezennien einige v tige und bis in ihre kleinsten Einzelheiten für Basel erklär Schwankungen und Veränderungen erlitten. Die Säuglingssterb keit der Schweiz betrug z. B. von 1871—75 19,8 %, von 1 22 %, 1901—1905 für die ganze Schweiz 13,4 %, für Basel 13 1921—24 für die ganze Schweiz 6,7 % und 5,2 % für Basel. gesehen von dieser Verminderung der Sterbeziffern, die in z zeitigen Etappen vor sich geht, findet sich seit 1907 für Basel, von jeher eine große Sterblichkeit in den Sommermonaten auf keinen Sommergipfel mehr, d. h. nicht nur die absolute Zahl Todesfälle ist erheblich vermindert, sondern auch die haupts lichsten Todesursachen sind andere geworden. So ergibt sich be genaueren Analyse, daß die Mortalität an Verdauungs- und nährungsstörungen unter die Mortalitätsquote der im ersten Leb monat erfolgten Sterbefälle zu liegen kommt.

Die genauere Analyse lehrt also, daß die Abnahme der S lichkeit in erster Linie durch das Verschwinden der Verdau störung bedingt ist. Die Todesfälle nach Infektionskrankheiten h nur wenig abgenommen, Geburtsschädigungen und Mißbildunge

lesursache sind sich gleich geblieben, ebenso die Fälle von bensschwäche".

Verfolgt man zeitlich die Kurve der Mortalität an Hand der trebungen zum Ausbau der allgemeinen und sozialen Hygiene, onders auf dem Gebiete des Säuglingsschutzes, so erklärt sich etappenweise Absinken der Säuglingssterblichkeit in Basel ganz ɩu: Die Existenz des Basler Kinderspitals mit ihrem Lehrstuhl Kinderheilkunde, der zu einer Zeit schon existierte, da in den sten französischen und deutschen Universitätsstädten die Kinderunde noch nicht vertreten war, die Gründung der Kinderkrippen em Marbeau, die Beschaffung vollwertiger Kindermilch, die Einung des Fabrikgesetzes betreffend eine 8wöchige Karenzzeit für wangere und Wöchnerinnen haben das ihrige dazu getan, daß er ersten Etappe des Absinkens der Mortalität von 1870—1900 recht gleichmäßige Abnahme der Todesfälle erfolgte.

Seit 1900 aber setzen noch viel speziellere Bestrebungen auf dem iete des Säuglingsschutzes ein, welche eine zweite steil ablnde Etappe des Sinkens der Säuglingssterblichkeit einleiten: ie systematische Propaganda für das Selbststillen der Mütter, ie Gründung des Vereins für Säuglingsfürsorge, 3. die Organin des Kinderpflegewesens.

Ganz neu und fruchtbar wirken naturgemäß die Einführung der tlichen Krankenkassen und die Errichtung der unentgeltlichen erberatungsstunden.

Durch diesen planmäßigen Ausbau der Säuglingsfürsorge, der asel ermöglicht, daß gut ⅘ der jährlich neugeborenen Kinder fachärztlicher Seiter erfaßt und kontrolliert werden, macht, daß Säuglingssterblichkeit erniedrigt wurde bis auf 4 % Mini-ı 1923.

Das Prinzip der „offenen Säuglingsfürsorge", d. h. das Ueberhen, nicht das Behandeln möglichst vieler Säuglinge hat also asel konsequent durchgeführt, zu einem äußerst befriedigenden ltat geführt. Hottinger, Basel.

Wiener medizinische Wochenschrift.

77., Heft Nr. 24, 11. Juni 1927.

Ueber Behebung und Linderung des Einstichschmerzes. Durch pfen der Mundschleimhaut mit Mucosidwatte erzielt man in ab-l ungefährlicher Weise eine derart starke Oberflächenanästhesie, der Einstichschmerz bei Durchführung der Injektionsanästhesie Munde ganz behoben oder mindestens stark herabgesetzt wird. osidwatte läßt sich mit Erfolg auch ohne Anwendung eines ren Anästhesierungsmittels verwenden: 1. bei Extraktion lockerer hzähne, 2. bei Entfernung von kleinen Alveolarsequestern, 3. bei Extraktion stark gelockerter alveolarpyorrhoischer Zähne, 4. bei Entfernung sehr kleiner Tumoren, z. B. von Zahnfleischpapillomen. osidwatte ist eine mit Psikain, einem synthetisch dargestellten inpräparat, getränkte Watte. Psikain erwies sich bei der pharlogischen Prüfung doppelt so stark wirksam und nur halb so wie das Blätterkokain.

Zur Aetiologie der Uterusperforationen bei Abortausräumung. Ursachen für die häufigen schweren Verletzungen der Gebärer bei Abortausräumung sind: 1. Infolge Unterlassung einer inierten Untersuchung haben viele keine richtige Vorstellung der Beschaffenheit, Größe und Lage des Uterus. Die Gefährleit des Eingriffes wird vielfach unterschätzt. 2. Ungenügende eiterung des Gebärmutterhalses bei intrauterinen Manipulationen. starke Kraftanwendung bei Echochleationen puerperaler Uteri. ie Beschaffenheit mancher Instrumente. Schwere, massige Innente verleiten Ungeübte zur Anwendung von Kraft, scharfe tten sollten in puerperalen Fällen verpönt sein. 5. Die Anwenzangenartiger Instrumente wie Korn- und Abortuszange. Zur rnung des gelösten Eies aus dem Uteruskavum genügt in der rzahl der Fälle ein einfacher kombinierter Druck vom hinteren lidengewölbe und den Bauchdecken auf das Corpus uteri; wenn r Griff nicht zum Ziele führt, gelingt meist die Ausräumung mit er 2 Fingern; sollte auch das nicht gelingen, kann der vom Verf. gebene, stumpfe volle Löffel zur Anwendung kommen. 6. Nicht gender Zug mit der Kugelzange an der gefaßten Portio zur Aushung der Knickung des graviden Uterus. 7. Mangelhaftes Senken Griffe der eingeführten Instrumente und das Nichthinaufschieben elben bis an den Fundus zu Beginn der Ausräumung. 8. Es kann Perforation kommen, wenn der Operateur die Kugelzange, die Uterus fixiert, der assistierenden Person übergibt und sich so Gefühls beraubt, das von der rechten Hand vermittels der intrauterinen Instrumente und der Kugelzange der linken Hand übermittelt wird. 9. Bei der Methode während der Ausräumung mit zangenartigen Instrumenten den Uterus behufs besserer Kontrolle von außen von den Bauchdecken her entgegenzudrücken, können Perforationen zustande kommen. 10. Außerachtlassung des Umstandes, daß bei Einführung von starren Instrumenten eine Gestalt- und Größenveränderung des puerperalen Uterus eintreten kann. 11. Unzweckmäßige Lagerung der Patientin. 12. Es wird häufig keine Rücksicht genommen auf die Dauer der Gravidität und zur Ausräumung geschritten, bei Schwangerschaften von 2, 3 und mehr Monaten, und zwar in einer Sitzung. Maslowsky.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 34, 25. August 1927.

Ueber die sogenannten Rezidiven nach Gallenoperationen. Statistisch werden bis 20% Rezidiven nach Gallenoperationen gefunden. In einem Teil der Fälle ist daran eine unzweckmäßige operative Technik schuld (übersehene Steine im großen Gallengang oder künstliche Stenosierung des letzteren. Manchmal kann wegen des Anstandes des Patienten nicht radikal operiert werden, was die Ursache von Rezidiven sein kann. Dies kommt besonders bei zu lange verschleppter interner Behandlung vor. In den meisten Fällen handelt es sich nicht um wirkliche Rezidiven, sondern um Spasmen des Sphinkter Oddi, die zu periodischen Gallenstauungen führen. Nach Drainage nach außen oder instrumentelle Sphinkterdehnung kann das Auftreten dieser Zustände vermieden werden. Echte Adhäsionsbeschwerden sind selten und beruhen auf Verzerrung des Duodenum gegen das Wundbett der Gallenblase. Andere Ursachen für das Auftreten von Beschwerden nach Gallenoperationen (aber nicht nur nach diesen) sind: Postoperative Bauchwandbrüche, Narbenlücken, evtl. mit Inkarzeration von Netzzipfeln; chronische Pankreatitis. Auch Erkrankungen ganz anderer Organe können Rezidivbeschwerden vortäuschen, z. B. Appendizitis, Ulcus ventriculi et duodeni, gynäkologische Erkrankungen.

Ernst Pick, Wien.

Hygiea.

89., Heft 16.

S. Kalischer.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben.

Nr. 9, September 1927.

Neue Richtungen in der Behandlung der Geisteskranken. Gjessing teilt hier seine Beobachtungen und Erfahrungen mit einer Studienreise durch die New Jersey Staats-Hospitäler und insbesondere über die Behandlungsmethoden der Geisteskranken in Trenton, dem ältesten Stadt-Asyl. Hier wurde der körperlichen Behandlung der Geisteskranken wie der Entgiftung (Detoxikation) besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Zähne, Tonsillen, Magen, Darm wurden gründlich untersucht und chirurgisch behandelt. Zahn-, Tonsillenoperationen, Kolektomien wurden vorgenommen, die toxischen vermeintlichen Keime zu suchen. Auch Probe-Laparotomien wurden zu diesem Zwecke vorgenommen und die entsprechenden Kliniken und

Laboratorien errichtet. Dann wurde der aktiven Therapie bei den Geisteskranken viel Aufmerksamkeit geschenkt, so der Helio-, Hydro-Elektrotherapie. Besonders bei den funktionellen Figuren hatte die Detoxikationstherapie gute Erfolge.

S. Kalischer.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 35, 1. September 1927.

Atypische larvierte Enzephalitis. Zu den chronischen Fällen von Enzephalitis ist besonders charakteristisch eine schwache Vermehrung der Zellen der Spinalflüssigkeit vorhanden mit einer geringen Eiweißvermehrung. Selten wurde stärkere Vermehrung des Total-Eiweißes über 20 gefunden. Auch die Globulinmenge ist selten vermehrt. Die Untersuchung der Spinalflüssigkeit ist in atypischen und zweifelhaften Fällen von großer Wichtigkeit. Die Symptomatologie und Prognose sind von dem Befunde der Spinalflüssigkeit nicht abhängig. Auch bei funktionellen Nervenleiden, Hysterie, Neurasthenie, Depressionszuständen können sich jedoch Abweichungen von dem normalen Eiweißgehalt der Spinalflüssigkeit finden. Die systematische Untersuchungen der Gehirne von Nervenkranken, Enzephalitiskranken und andern Personen zeigte, daß nicht wenige Individuen mit latenter Enzephalitis-Infektion behaftet sind und daß diese Krankheit durch die verschiedensten Ursachen wie Traumen, Ueberanstrengung, Erkältungen und besonders durch klimatische Einflüsse jederzeit manifest werden kann.

S. Kalischer.

Orvosképzés.

17., Heft 3, 25. Juni 1927.

Therapie der blutbildenden Organe. Ein paar Winke für den praktizierenden Arzt. Das Eisen: die überwiegende Mehrheit derjenigen, denen Eisenpräparate verordnet werden, ist nicht blutarm; welche dagegen derselben wirklich bedürfen, nehmen sie meistens in einer solchen Form zu sich, daß sie keinen Nutzen davontragen. Zur Vermeidung ersteren Irrtums kann eine äußerst einfache Methode dienen: wir stechen mit einer Stecknadel den Finger des Kranken, dann den eigenen und lassen je einen Tropfen des Blutes auf weißes Fließpapier fallen. Wenn die Blutfarbe des Kranken nicht lichter ist als die unsere, bedarf er ebensowenig des Eisens wie wir selber. Was die verschiedenen Eisenpräparate anbetrifft: falls wir dem Kranken 5—10 mal täglich eine Dose von 0,20 g des Ferrum hydrogenio reductums verabfolgen und danach sofort etwas essen lassen, werden die Dosen gut vertragen und haben eine schnelle, ausgesprochene Wirkung. Bedenken wir, daß 270 g des Fersans, 1420 g des Hämatogens, 2500 g des Sanquin und 2850 g des Hämoglobins mit einem Gramm Ferrum reductum gleichwertig ist! Die Mineralwässer enthalten auch nur homöopathische Mengen des Eisens. Die Wirkung des Alpinklimas ist von keiner Dauer, währt nur so lange, bis der Kranke daselbst weilt. — Arsen. Das wirkliche Terrain desselben bildet die Anaemia perniciosa. Zweck der Behandlung ist die Beeinflussung der blutbildenden Organe, des Nervensystems, des Stoffwechsels und der überwuchernden Zellen. Zur Erreichung der einfachen Arsenwirkung gibt es kein besseres Mittel als die Fowlersche Lösung, das Natrium- und Acidum arsenicosum. Auch hier sind die teuren Spezialitäten vollkommen überflüssig; die Injektionen bezeichnet Autor als einen argen „Schönheitsfehler" der Arsentherapie. — Anaemie perniciosa. Ihre Diagnose ist auch ohne eingehende hämatologische Untersuchung für den praktizierenden Arzt zugänglich. Nebst den bekannten klinis[chen] Symptomen kann uns zur Diagnose auch folgendes Verfahren e[inen] Schritt näher bringen: es werden auf ein Uhrglas ein paar Tro[pfen] des Blutes aufgefangen zur Beobachtung, ob das ausgeschie[dene] Serum goldgelb ist, was die Diagnose unterstützt. Nicht zu [ver]nachlässigen ist die Tatsache, daß in der großen Zahl der Kra[nken] ausnahmsweise einige heilbar sein können, so die Bothryokepha[lus-], Syphilis-, Magenkarzinom-Anämien; nur die wirkliche, krypto[gene] Form ist tödlich, aber auch bei dieser können mit Arsen, [Blut]transfusion, Milzexstirpation lange Remissionen erzielt werden. Leukämie. Ein schwerer Fehler ist die Exstirpation der Milz, [da] der Sitz der Krankheit sich weit über die Milz auf den ganzen [blut]bildenden Apparat erstreckt. Auch die Wirkung der Arsenther[apie] ist eine unsichere, einen bedeutenden Fortschritt bedeutete dag[egen] die Röntgen-, Thorium-, Radium-Therapie. Ein langsameres, [aber] auch intensiv wirkendes Mittel ist das Benzol in kleinen Dose[n] 2—3 mal täglich 0,5 g —, nur muß sein Einfluß mit einer gewis[sen]haften systematischen Blutuntersuchung kontrolliert werden. [Die] Benzoltherapie ist bei einer pünktlichen Durchführung nicht [ge]fährlicher als die Röntgenbestrahlung und ohne Zweifel berech[tigt,] falls letzteres uns im Stich läßt. — Das Benzol ist eines derjen[igen] Arzneimitteln, bei deren Anwendung die entgegengesetzte Wirk[ung] der kleinen und großen Dosen am auffallendsten zum Vorschein [kommt.] Kleine Dose bildet einen mächtigen Reiz der Blutbildung, große [da]gegen — 4—5 g täglich — hat eine Verminderung der Zahl der r[oten] Blutkörperchen zur Folge. Auf Grund dessen wurde sie zur [Be]handlung der Polyzytämie empfohlen. Auch hier ist eine häm[ato]logische regelmäßige Kontrolle nicht zu entbehren.

Therapie der syphilogenen Nerven- und Gehirnerkrankun[gen]. Wir unterscheiden eine spezifische und aspezifische, Fieber her[vor]rufende Therapie. Die Mittel der ersten sind das Quecksilber, [Wis]muth, Salvarsan und Jod; zur letzteren gehören 1. solche Fieber [er]regende Stoffe, welche nicht bakteriellen Ursprungs sind, wie M[ilch,] Phlogetan, 2. bakterielle Produkte, z. B. Tuberkulin, Vakzi[ne,] Vakzinourin, Neosaprovitan B, 3. die Erheber infektiöser [Er]krankungen: Malaria tertiana, Rekurrens. Bei Lues cer[ebri] ist die volle, kombinierte Inanspruchnahme der spezifis[chen] Mittel empfehlenswert: wir beginnen mit einer Inunkti[ons]kur — insgesamt 120 g Unq. cinereum — dann folgt Neosalva[rsan] — zusammen 4,5 g — oder irgend ein lösliches Quecksil[ber]präparat — in erster Reihe Hydrargyrum salicylicum — nac[h] 10—20 Wismutinjektionen und zum Schluß innerlich Jod tä[glich] zwei Gramm, vorübergehend auch 4—5 g. Achtung auf H[yper]thyreose! — Gutmütige, oligosymptomatische Formen des T[abes] dorsalis dürfen keiner intensiven Behandlung unterworfen wer[den,] da dieser Reiz ein Aufflammen des Krankheitsvorgangs zur F[olge] haben kann. Falls die Krankheit eine Aktivität an den Tag [legt,] greifen wir mit mäßigen Dosen des Neosalvarsans und Wis[mut] ein; manchmal hat auch eine Insulinkur gute Resultate. — Bei [der] progressiven Paralyse sind die Fieber erregenden Eingriffe an [Ort] und Stelle. Im Falle guten allgemeinen Kraftzustandes kann [die] Malaria herangezogen werden; im entgegengestezten Falle sind [die] Heteroproteine vorzuziehen. Autor sah von intravenöser Saprovi[tan-]Behandlung lange Remissionen.

Oros[z.]

Magyar Orvosi Archivum.

28., Nr. 3.

Experimentelle Untersuchungen der Befruchtung. Als Versuc[hs]objekte dienten Arbazia- und Asteriaseier, an denen man mit [der] Mikrodissektionsmethode folgendes beobachten konnte: das Sp[er]mium wird nicht durch chemische Energie an das Ei gezogen, [die] Eihülle zieht das Spermium nicht an sich heran, dem aus der Ei[zelle] isolierten Kern weicht dasselbe sogar aus. Falls das Ei zentrifug[iert] wird, zeigt es vier Schichten, die Lipoide sammeln sich am obe[ren]

...l an, wohin fast ausnahmslos auch die Spermien gelangen; es ...heint, daß hauptsächlich die Lipoide die Spermien an sich ziehen.

Die Chemotherapie der septischen Endophthalmitis. Auf Grund ...tischer Betrachtung der gegen die septische Endophthalmitis ge...hteten therapeutischen Maßnahmen hält Verf. die Chemotherapie ... das schonendste und wirksamste Verfahren. Autor infizierte den ...skörper von Kaninchen mit Bakterien verschiedener Art und ...nge, dann wurde Trypaflavin, Rivanol und Urotropin intravenös ...ziert und am Ende des Versuches eine histologische Untersuchung ...genommen. Die Zahl der Versuche ist zu gering, um das Indi...tionsgebiet für die Chemotherapie der septischen Endophthalmitis ...h annähernd umschreiben zu können, es läßt sich jedoch soviel ...tstellen, daß die genannten Mittel, besonders das Rivanol einen ...h entwickelnden septischen Vorgang günstig beeinflussen, manch...l sogar überwinden können.

Maximale Hypoglykämie ohne Insulinanwendung. Vorher auf ...ben-Heufutter gehaltene Kaninchen zeigen nach zweitägigem ...nger mit Krämpfen und Hypothermie einhergehende bedeutende ...poglykämien. Diese Symptome können durch Traubenzucker ...w. Adrenalininjektion prompt behoben werden. Die hypo...kämischen Erscheinungen treten nur an splanchnikotomierten ...ren auf, da bei normalen diese Wirkung durch das regulatorische ...ngreifen der Nebennieren kompensiert wird. Die regulatorische ...bennierenfunktion kann auch so gestört und das Zustandekommen ... Hypoglykämie ermöglicht werden, daß man die linke Neben...re entnerft, die rechte bei intaktem Splanchnikus exstirpiert.

Orosz.

Magyar Röntgen Közlöny.

1., Nr. 11.

Die Ursachen des Kaskadenmagens. Auf Grund zahlreicher ...ener Beobachtungen gelangt Verfasser mit den Erfahrungen ...derer Autoren übereinstimmend zur Ueberzeugung, daß der ...dersche Kaskadenmagen eigentlich eine regionäre Form des ...genspasmus darstellt. Die Entstehung desselben ist durch einen ...höhten Tonus des Magenvagus, ferner durch raumverengernde ...dominale Prozesse — meist in der Form einer Aufblähung des ...lons — bedingt. Der Meteorismus spielt aber nicht nur als ein ...chanisches Moment eine Rolle, sondern übt laut den Unter...chungen des Verfassers auch eine steigernde Wirkung auf den ...asmus aus. Beim experimentellen Meteorismus wird auf der ...oßen Kurvatur des Magens oft eine typische Zackung beobachtet, ...s im Sinne des Reizzustandes der Muscularis mucosae gedeutet ...rden darf. Der Magenspasmus scheint keine besonderen Schmerzen ...szulösen. Bei der Kaskadenform erwies sich der Pylorus oft als ...llkommen insuffizient, was die diesbezüglichen Angaben Klees ... eine Ausschaltung des Sympathikus — unterstützt.

Was die organische Form des Kaskadenmagens anbelangt, ...heinen die Verwachsungen nur insofern eine Rolle zu spielen, in...dem sie, ähnlich anderen Baucherkrankungen, einen erhöhten Vago...tonus ziehen.

Orosz.

The Lancet.

213, Nr. 7, 13. August 1927.

Die Beziehungen zwischen niedrigem Cholesteringehalt des Blutes ...d epileptischen Anfällen. Epileptische Anfälle nehmen im Hunger...zustand, bei sehr fettreicher Diät und während der Schwangerschaft ...n Häufigkeit ab, mehren sich andererseits bei epileptischen Frauen ...und um die Menstruationszeit. In den ersten drei Fällen ist der ...olesteringehalt des Blutes über der Norm, während derselbe ...hrend der Menstruationszeit erheblich verringert ist. Unter...suchungen der Verff. über die Höhe des Blut-Cholesterins bei Epileptikern zu verschiedenen Zeiten im Verhältnis zu den Anfällen ergaben die Tatsache, daß in der Zeit vor den Anfällen das Cholesterin sowohl im Blute wie im Plasma sinkt, und daß die Anfälle einsetzen, wenn die Cholesterinkurve fast den niedrigsten Punkt erreicht hat. Die Herabsetzung des Cholesteringehalts im Blute kann daher nicht die Folge der Anfälle sein. Weitere Folgerungen ziehen Verff. aus diesen Untersuchungen noch nicht.

Zur Behandlung der Sarkomatose der Haut und der Mykosis fungoides mit Röntgenstrahlen. Fall 1: Bei einem 46jährigen Arzt entwickelte sich im Anschluß an ein Trauma der Brust ein kleines Rundzellen-Hautsarkom, dem bald gleichartige Tumoren am ganzen Körper, zuerst in längeren Intervallen, später etwa wöchentlich ein neuer Tumor folgten. Auf eine volle Pastillendosis des primären Tumors verschwand derselbe rasch und weitere volle Dosen wurden über den ganzen Körper in geziemendem Zeitabstand verteilt. Vollkommene Heilung der Sarkomatose für die nächsten fünf Jahre, es folgte ein Rezidiv während des Krieges, und das weitere Schicksal des Kranken blieb unbekannt. Fall 2: Klassisches Beispiel einer weitverbreiteten Mykosis fungoides bei einer 60jährigen Frau. Trotz weit vorgeschrittenen Stadiums energische Bestrahlung: fünf volle Pastillendosen über Kopf, Gesicht und obere Schulterpartien, nach einer Woche weitere fünf volle Dosen über Nacken, obere und untere Schlüsselbeingegend. Eine Woche später war die Kranke im moribunden Zustand. Während die zuerst behandelten Körperteile Besserung zeigten, waren die noch nicht behandelten im Zustand starker Schwellung und Entzündung. Sie erholte sich, und allmählich innerhalb von zwei Monaten verschwanden alle Geschwülste an behandelten und unbehandelten Körperteilen. Nicht lange darauf erkrankte sie an Dementia und starb etwa neun Monate später, frei von allen Hautsymptomen im Irrenhaus. Die lebhafte Reaktion in den unbehandelten Teilen legt die Vermutung nahe, daß zytolytische Produkte aus den bestrahlten Partien auf dem Blutwege in die unbestrahlten gelangen und dort ihre Wirkung entfalten. Es wird daher empfehlenswert sein, nur die ältesten Partien mit den größtmöglichen Dosen zu behandeln und dann die Späterfolge am andern Körper abzuwarten.

Ein Fall von toxischer Labyrinthentzündung nach Einleitung der Geburt durch Chinin. Ohrensausen und Schwindel sind nach großen Chinindosen häufig, aber sie verschwinden wieder nach Aussetzen der Droge. Verf. berichtet über einen Fall, in welchem die Symptome seit mehreren Jahren andauern und sich fortschreitend verstärken. Die Frau erhielt zwecks Einleitung der Geburt dreimal in einwöchentlichen Intervallen Chinin und Rizinusöl, erst der dritte Versuch war von Erfolg gekrönt. Nach den beiden ersten Dosen litt sie 24 Stunden lang an heftigem Ohrensausen und Schwindel. Nach der dritten erfolgreichen Dosis verschwanden die Symptome nicht mehr und dauern seit drei Jahren mit wechselnder Stärke an; sie verschlimmern sich in den Zeiten ihrer regelmäßigen Menstruation und werden oft unerträglich. Die Untersuchung des Ohrs, der Eustachischen Tuben, der Nase und des Nasenrachenraums gibt normale Befunde, sie hört gut. Die einzige funktionelle Abnormität ist eine leichte Verkürzung der Knochenleitung beiderseits. Das Krankheitsbild muß als eine toxische Neurolabyrinthitis durch Chinin aufgefaßt werden.

Rontal.

Paris medical.

Nr. 27, 2. Juli 1927.

Aortitis abdominalis. Am einfachsten ist die kompliziertere Form zu erkennen. Die schwerste Komplikation ist die Ruptur nach einem ulzerösen, aneurysmatischen oder einfach sklerotischen Prozeß. Die Ruptur selbst stellt einen richtigen Anfall von Angina abdominalis major dar, der rasch von einem tötlichen Kollaps gefolgt ist. Der Schmerz vorher kann sehr heftig, gering und gleich Null sein. Dann die Thrombose. Am Stamm der Aorta ist sie schmerzlos, aber distal kann sie an den unteren Gliedmaßen ein Schmerz- und Brandsyndrom hervorrufen, selbst eine komplete Paraplegie. Die Thrombose ihrer Zweige läßt zunächst überhaupt nicht an die Aorta denken. Es kommt zu heftigen Schmerzen in dem viszeralen Gebiete, zu dem die betreffende Arterie gehört und erst die intestinale Blutung lenkt die Aufmerksamkeit auf die Zirkulation. Das Symptom der Ischämie bei der Thrombose der Zweige läßt einen eindeutigen Schluß auf die Existenz einer Aortitis abdominalis nicht zu, denn einmal hat diese Form ihre eigene Autonomie und dann kann das Syn-

drom der viszeralen und peripheren Ischämie durch eine höher, etwa im Thoraxsegment hervorgerufene Thrombose entstehen. Man hat also dabei im wesentlichen 2 Symptomgruppen: den Schmerz lokaler Natur und die Fernstörung peripherer oder viszeraler Natur; sie haben aber nur relativen Wert, weil der lokale Schmerz das ganze Bild beherrschen kann oder völlig fehlt, weil die Fernstörungen auch anderswoher als durch die Aorta bedingt sein können.

Die reine Aortitis abdominalis ist charakterisiert durch die direkten Zeichen der Potain'schen Trias: Schmerzen, Vergrößerungen und Mobilität mit Verkrümmung der Aorta. Der Schmerz kann spontan sein der Natur der Angina, ein Krampf unter dem Einfluß von Anstrengungen, der Verdauung, der Lage, ausstrahlend längs des Gefäßes und seiner Zweige. Er ist aber auch bei der Aortitis acuta ein trügerisches Zeichen, denn es gibt keinen akuten abdominalen Zustand, der nicht einen analogen Anfall auslösen könnte. Also man muß bei solch einem Anfall lediglich auch an die Aorta denken, und nach weiteren Symptomen forschen. Dann der provozierte Schmerz. Er spricht noch weniger für die Aorta, denn er ist ein ganz banales Symptom, wobei man nicht vergessen darf, daß vor der Aorta der Plexus solaris liegt. Man kann also eine richtige lokalisierte Schmerzzone haben mit Muskelwiderstand und die Aorta kann trotzdem völlig gesund sein. Die Vergrößerung der Aorta abdominalis ist radiographisch nicht darzustellen, man muß sich auch hüten, eine pulsierende Aorta für eine vergrößerte zu nehmen. Diese Pseudovergrößerung kann namentlich bei jungen Leuten rein funktionell sein.

Man darf aber nie vergessen, daß die Vergrößerung durch eine Gefäßveränderung bedingt sein muß. Und das vergrößerte Gefäß krümmt sich und wird dann fühlbar. Aber man findet das auch bei jungen, abgemagerten Dyspeptikern und Atonikern mit viszeraler Ptose. Keines der drei Zeichen allein hat also diagnostischen Wert, wohl aber alle drei zusammen. Das Aortengeräusch ist nur bei einem Aneurysma von Bedeutung, sonst ist es irreführend.

Von indirekten Zeichen sind zu erwähnen die chronischen Veränderungen der Aorta abdominalis, die zu Funktionsstörungen und namentlich zu Reflexerscheinungen davon im peripheren System führen. Dazu gehört die Blutdruckerhöhung in der Dorsalis pedis im Vergleich zur Radialis; aber neuere Forschungen haben ergeben, daß dies normal ist. Auch die Präzedenz des Femoralpulses gegenüber dem Radialpuls ist nichts Charakteristisches, sie deutet gleichermaßen auf eine verminderte Ausdehnungsfähigkeit der Aorta thoracalis, wie abdominalis. Auch Röntgen gibt hier keine sicheren Aufschlüsse.

Nr. 28, 9. Juli 1927.

Typhlokolitis. Die Kenntnis der Typhlokolitis ist untrennbar von der der Infektion, was dann die ganze Symptomatologie erklärt: Vorübergehendes oder dauerndes Fieber, Paroxysmen die in die Hüfte, die Schenkel, die Lende ausstrahlen, oft mit défense musculaire. Durch Virulenzsteigerung der intestinalen Mikroben, meist durch eine interkurrente Infektion, wie Grippe, Tonsillitis, Sinusitis. Infektionsmodus: sowohl auf dem Blutwege, wie durch Verschlucken. Dabei spielen verschiedene Faktoren eine Rolle: das dauernde Hinabgleiten zahlreicher Bakterien in den Magen, z. B. bei Sinusitis, der schädliche Einfluß einer Stase im Magen oder im Duodenum, die Verdauung bzw. die regelrechte Absonderung der Verdauungssäfte und die Güte der Nahrungsmittel eine wichtige Rolle. Dabei besonders bei der Blutinfektion steigert sich die Entwicklung der Darmbakterien, besonders der Kolibazillen und ihre Virulenz, so z. B. bei Cholera und Typhus. Dies kann zu anaphylaktischen Zuständen führen. Saranelli sieht auch in der akuten Appendizitis einen anaphylaktoiden Zustand und man kann damit das beim Militär beobachtete Auftreten von akuten intestinalen Manifestationen und Appendizitiden erklären nach Typhusimpfungen. Unter diesen Umständen kommt es als Anaphylaxiefolge zu einer Abstoßung des Epitheliums besonders im Darm, aber auf allen Schleimhäuten auch. Ein Vakzin per os ist nun um so wirksamer, als es an Exo- und Endotoxinen reicher ist; es müssen dabei allerdings auch die anderen Mikroben außer Coli, also Strepto-, Stiphylokokken, Pneumokokkus, Proteus berücksichtigt werden. Man muß aber den Kampf gegen die Bakterien unterstützen, indem man die Absonderung der Galle durch Verabreichung von 10% Magnesiumsulfat evtl. mit Pepton begünstigt. Die Erfolge sind, wenn auch das Verfahren noch im Anfang besteht, sehr günstige. v. Schnizer.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 67, 20. August 1927.

Zur Pathogenese und pathologischen Physiologie des Her[pes] zoster. In der vorliegenden Arbeit werden die früheren Erfahrun[gen] der Verff. aufs neue bestätigt: Es gibt keinen symptomatisch[en] Herpes zoster. Alle sogenannten idiopathischen und symp[to]matischen Erkrankungen beruhen auf demselben Virus, dessen E[in]dringen in den menschlichen Organismus nur bei bestimmter E[mp]fänglichkeit stattfindet, wie Ueberimpfungsversuche beim Mensch[en] ergaben. Die Eintrittspforte der Infektion ist die Haut; sie v[er]breitet sich durch die Nervenendigungen als aufsteigende Neur[itis] über Nerv, Ganglion, Wurzeln bis zum Mark. Die Haut- u[nd] Schleimhauteruptionen sind ebenfalls Wirkungen des Virus in [der] beteiligten Region und nicht trophische Störungen. Histologi[sch] findet sich ein entzündlicher Prozeß des Ganglions, der Wurz[eln] und evtl. des Marks. In den Nervenbündeln ist die Infiltrat[ion] gering, die Wege der Infektion sind vermutlich die perikapsulär[en] Lymphräume bis zum Inneren des Ganglions.

Nr. 68, 24. August 1927.

Nr. 69, 27. August 1927.

Die antitoxische Rhino-Vakzination. Die Immunität, die a[uf] nasalem Wege erzielt wird, ist keine lokale, sondern ist in jeder [Be]ziehung identisch mit der auf subkutanem Wege erzielten. Sie [er]scheint langsam bei den empfänglichen Personen, schnell bei den [be]reits immunisierten. Sie ist definiert: 1. durch die Anwesenheit v[on] spezifischem Antitoxin im Blutserum, 2. durch die Fähigkeit, die Menge Antitoxin rasch zu vermehren. Toxische und allergische Im[pf]reaktionen sind nicht beobachtet. Der Nachteil der Methode beste[ht] in der technischen Ungenauigkeit der Dosierung, da nicht genau [zu] bestimmen ist, wieviel Anatoxin als Toxin mit der nasalen Schlei[m]haut in Kontakt bleibt.

Die thyreotoxischen nicht palpablen Adenome. Das toxisc[he] Adenom der Schilddrüse kann ohne merkbare Läsion bestehen, [die] Kranken können das terminale Stadium der Affektion erreichen, oh[ne] daß die Palpation der Drüse etwas anormales böte. Beständige U[n]ruhe, Abmagerung, blasse, subikterische Hautfarbe und Erhöhung d[es] Grundumsatzes sichern die Diagnose, während die klinischen [Er]scheinungen des Basedow unbedeutend sind. Die drei beobachtet[en] Fälle sind operativ geheilt.

Neuere Arbeiten über die wissenschaftlichen Grundlagen d[er] Ovartherapie. Die Arbeit stützt sich im wesentlichen auf die Erge[b]nisse der deutschen Autoren, namentlich Zondeks, der aus den F[ol]likeln der Kuh das Follikulin hergestellt hat und zwar aus den reife[n] etwa kirschgroßen Follikeln, die besonders reich an Hormonen sin[d]. Es ist eine wasserlösliche, lipoidfreie, neutrale Substanz, die auf d[en] Brunstzyklus der Nagetiere ebenso einwirkt wie auf den Genita[l]traktus. Menorrhagien ovarieller Ursache bessern sich, ebenso d[ie] subjektiven Beschwerden der Menopause; ferner akzentuieren si[ch] die sekundären Geschlechtsmerkmale bei Infantilen. Der dur[ch] Kastration verminderte Grundumsatz hebt sich wieder. Bei 3 steril[en] Frauen traten Schwangerschaften auf. Histologisch fand sich ei[ne] Proliferation des Epithels mit Zellreaktion und Glykogenbildung, i[m] Gegensatz zu dem Zustand der Repression und Ruhe, den d[ie] Schleimhaut vor der Behandlung bot. Nach Zondek bilden vi[er] Mäuse-Einheiten die therapeutische Einheit; die Dosierung erfol[gt] je nach dem Zustand des Ovariums, am schwächsten unmittelb[ar] nach der Periode, steigend im Intervall bis zur Höchstdosis kurz v[or] der Menstruation. Haber.

Journal des Praticiens.

Nr. 34, 20. August 1927.

Physikalische Therapie bei Pruritus. Die physikalische B[e]handlungsweise richtet sich: a) gegen die pruriginöse Hautbedeckun[g] direkt, b) indirekt auf Nervenzentren bzw. Ganglien oder sonstig[e]

rgane. In bezug auf lokale Wirkung steht die Strahlenbehandlung [R]öntgen oder Radium) obenan, nur darf keinem anderen als einem [st]rahlentherapeutisch sehr geschulten Arzt überlassen werden. [B]esonders angebracht ist sie 1. bei Pruritus vuvi etani, 2. bei um[sc]hriebenen Neurodermatitiden mit oder ohne Lichenifikation; hier [ist] eine Kombination mit Hochfrequenz empfehlenswert. Letztere [B]ehandlung wiederum eignet sich hervorragend für Fixuren am [A]nus und für Hämorrhoiden, weniger für Pruritus auf ekzematöser [Ba]sis. Leichte Kauterisation mit Kohlensäureschnee wirkt günstig [be]i lichenifiziertem Pruritus. Sedativ wirken bei erosiven oder [ve]sikulösen Formen Blaulichtbestrahlungen, die man täglich ver[a]folgen und bis auf 45 Minuten ausdehnen kann. Daß rote und [ult]rarote Strahlen nicht die gleichen guten Resultate zeitigen, ist [nic]ht erstaunlich, da Pruritus bekanntlich schlecht auf Wärme [re]agiert.

Nr. 35, 27. August 1927.

[A]rtikuläre Affektionen bei Serumkrankheit. F. Bezançon.
[S]ynovitis chronica der Medianusscheide. Hartmann.
[S]yphilitische und parasyphilitische Magen- und Darmulzera. H. Gougerot.
[E]in geheilter Fall von Septikämie mit hämolytischen Streptokokken. Maurice Champeaux.

Gelenkaffektionen bei der Serumkrankheit. Gelenkphänomene [na]ch Seruminjektionen sind vor allem durch Schmerzhaftigkeit ge[ke]nnzeichnet; Schwellung und Erguß sind nur ausnahmsweise vor[ha]nden. Betroffen werden vorzugsweise kleine Gelenke, wie Hand[ge]lenk, Wirbelsäule, Temporo-Maxillargelenk; die Erkrankung hat [di]e Neigung, von einem Gelenk auf das andere überzuspringen; oft [sin]d die Erscheinungen nur leicht und vorübergehender Natur, sie [kö]nnen aber auch 10 bis 15 Tage anhalten und mit unerträglichen [Sc]hmerzen verbunden sein. Anscheinend sind die Serumreaktionen [sei]t dem Kriege viel häufiger geworden; Erwachsene sind ihnen in [stä]rkerem Maße ausgesetzt als Kinder; die Beteiligung der Gelenke [fin]det man nur bei bestimmten Individuen. Asthmatiker, Epileptiker, [Gi]chtiker sind gegen Sera besonders empfindlich. Die Behandlung [ist] im wesentlichen palliativ; nützlich ist die antianaphylaktische [M]ethode von Besredka. Subkutane Adrenalininjektionen sind in [ma]nchen Fällen ein souveränes Mittel, zu intravenösen Injektionen [ist] man nur bei schweren Attacken berechtigt. Auch Pilocarpin und [Ca]lc. chloratum erweisen sich als brauchbare Medikationen.

Held.

Biologie Médicale.

Vol. 17, 25. Jahrg., Nr. 6.

[H]ämodynamik und Sphygmomanometrie. Ph. Fabre.
[D]as Stovarsol in der Syphilisbehandlung. F. W. Gregor und F. M. Gastineau.

Das Stovarsol in der Syphilisbehandlung. Die Autoren gaben in [F]lianopolis das Stovarsol sowohl frischen wie älteren Fällen [pe]r os. Die ersten Kranken blieben während der Behandlung im [K]rankenhause. Die Gesamtdosis war so, daß 0,25 auf jedes Kilo [Kö]rpergewicht kamen. Sie wendeten sowohl eine intermittierende ([dis]kontinuierliche) wie eine kontinuierliche Methode an. 15 Kranken[ge]schichten werden wiedergegeben. Das rasche Verschwinden der [sy]philitischen Makulae der Sekundärperiode gelang stets. Alle [K]ranken fühlten sich durch die roborierende Wirkung des oralen [Ar]senpräparats sehr wohl, Gewichtszunahmen, stimulierende Wir[ku]ng machte sich besonders bei den schwereren Fällen (Rupia) [ge]ltend. Von Reaktionen wurden vorübergehender Kopfschmerz, [le]ichte Temperatursteigerung und metallischer Geschmack im [M]unde geklagt, doch ging alles sofort vorüber. Resistent war ein [Fa]ll von Rupia. Die Primärfälle sind möglicherweise abortiv geheilt [wo]rden. Die Tertiärfälle reagierten alle gut, die serologischen [Re]aktionen wurden sehr abgeschwächt. Am Ende einer Woche [wu]rden 3 Tage Pause gemacht zur Ausscheidung. Wurde die inter[mi]ttierende Behandlung gewählt, dann war der Zyklus: 4 Tage [Th]erapie, 3 Tage Pause. Das Urteil über die perorale Stovarsol[wi]rkung lautet: Stovarsol ist ein mächtiges Antisyphilitikum. Nach [de]r Kur ist eine intramuskuläre Hg.- oder Wismutkur nützlich. [St]ovarsol wird jetzt von den Autoren in einer neuen Krankenserie [zu]r Behandlung der Neurosyphilis herangezogen werden. Dabei [wi]rd eine Kur mit Stovarsoltabletten vorausgeschickt, dann Malaria [in]okuliert, dann wieder mit Stovarsol weiterbehandelt. Die gute [Ve]rträglichkeit des Mittels zusammen mit seiner starken sympto[ma]tischen Wirkung geben ihm einen sicheren Platz in der Syphilis[be]kämpfung.

Kurt Heymann (Berlin).

Gynécologie et Obstétrique.

16., Nr. 1, Juli 1927.

[E]dmond Rouffart (1855—1927). A. Couvelaire.
[U]eber die funktionelle Rolle des Eierstocksfollikels und seiner inneren Sekretion. (Kritische Studie.) Prof. Serdukoff.
* Die Behandlung der Placenta praevia. A. Ramos und J. Basan.
* Diagnose der Hämatozele durch die Reaktion der Blutsedimentation. Sigalas.
Herz und Schwangerschaft. J. Hartemann.
Darmverletzung bei Abortausräumung. V. Jonescu und C. Hristu.
Beitrag zum Studium des Krebses der Beckenorgane bei der schwangeren Frau. Péretti.

Die Behandlung der Placenta praevia. Man sollte versuchen, alle Fälle von Placenta praevia in ein Krankenhaus oder in eine Klinik zu schicken, in denen jeder notwendige chirurgische Eingriff sofort ausgeführt werden kann. Dem praktischen Arzt sowie der Hebamme sollte man einschärfen, sich jeglicher inneren Untersuchung bei allen schwangeren Frauen zu enthalten, die in den letzten Monaten der Schwangerschaft Blutungen haben, weil 90% derartiger Blutungen durch eine tiefsitzende Plazenta verursacht werden. Bei der Therapie wird man stets das Verfahren einschlagen, das die günstigsten Aussichten sowohl für das Leben der Mutter als auch des Kindes bietet. Diese Forderung wird am besten bei Ausführung des Kaiserschnittes erfüllt, es wird daher hauptsächlich dieser Eingriff in Frage kommen.

Diagnose der Hämatozele durch die Reaktion der Blutsedimentation. Bei zweifelhafter Diagnose eines Tumors im Becken kann die Reaktion der Blutsedimentation wertvolle Anhaltspunkte geben. Wenn der Grad der Reaktion niedrig ist (schnelle Sedimentation) und keine für Infektion sprechenden Symptome vorhanden sind, ist man berechtigt, an Hämatozele infolge Ruptur einer Extrauteringravidität zu denken und sofort zu operieren.

Rudolf Katz, Berlin.

Revue française de Pédiatrie.

2., Nr. 6.

* Der Sympathikus des Kindes. J. Midet, Le Marc'Hadour und Piquet.
* Untersuchungen über die Pathogenese der primären infantilen Azidose. C. Torres Umana.
* Beitrag zum Studium des Novasurol bei Kindern. R. Baranski und M. Bussel.
* Ueber die Schätzung der Milchsekretion einer stillenden Mutter. T. Abramson.
* Ueber einige seltene Typhuskomplikationen. Vl. Mikulowski.
Die Krankheiten des kardiovaskulären Apparates beim Kinde nach den neuesten Forschungsergebnissen. E. Lesné und G. Dreyfus-Sée.
Société de pédiatrie de Paris.
Réunion pédiatrique de Strasbourg.

Der Sympathikus des Kindes. Untersuchungen über Vago- und Sympathiko-Tonus an Kindern mit Hilfe des Aschnerschen Reflexes (Refléxe oculo-cardiaque) und des Sonnengeflechtreflexes bei Druck auf das Epigastrium (Refléxe solaire), welche in einigen Fällen durch pharmakodynamische Untersuchungen mit Atropin ergänzt wurden. Der R. O. C. (Refléxe oculo-cardiaque) war in 64% aller Kinder positiv, in 16 Fällen fand sich eine umgekehrte Reaktion (Beschleunigung des Pulses bei Druck auf die Augen). Der R. S. (Refléxe solaire) ergab in der Hälfte der Fälle eine starke Verminderung des oszillometrischen Index. Ein Antagonismus zwischen beiden Reflexen scheint sehr selten zu sein. Meistens sind beide abgeschwächt oder beide verstärkt. Die Untersuchung dieser beiden Reflexe allein wäre ungenügend für die Erforschung des Tonus im vegetativen Nervensystem. Auch bei scheinbarer Uebereinstimmung beider Reflexe kann der Atropinversuch zeigen, daß es sich nicht um „Amphotonie", sondern um reine „Vagotonie" handelt.

Untersuchungen über die Pathogenese der primären infantilen Azidose. In der Hochebene von Bogotà gibt es eine Krankheit, die hauptsächlich Kinder unter 2 Jahren befällt und klinisch durch einen Symptomenkomplex charakterisiert ist, in welchem Erbrechen und allgemeine Depression vorherrschen, und als deren Folge häufig der Tod eintritt. Urin und Speichelreaktion, ebenso andere Körperflüssigkeiten sind dabei eindeutig sauer. Ammoniak und Aminosäuren werden in erhöhtem Maße ausgeschieden, die Alkalireserve des Blutes ist stark vermindert und die alveoläre Kohlensäurespannung erniedrigt. Ketokörper und vielleicht auch andere — von einer akuten hepato-pankreatitischen Insuffizienz stammende — Säuren und saure Produkte bringen diese Intoxikation hervor. Mit anderen Worten: Akuter Diabetes. Die primäre Ursache ist nicht klar. Vielleicht handelt es sich um einen infektiösen Prozeß.

Beitrag zum Studium des Novasurol bei Kindern. Untersuchungen über die renale Wasserausscheidung bei normalen Kindern während normaler Kost, im Schulalter, bei Belastung mit Wasser, mit oder ohne Novasurol: Die Untersucher geben zu, daß dieser Novasurolversuch keinen praktischen Wert habe. Die diuretische Reaktion ist relativ selten, besonders fehlt sie bei gleichzeitiger Belastung mit Wasser. Tritt einmal eine diuretische Wirkung ein, so kommt sie in den 6 Stunden nach der Injektion von 0,3 bis 1,0 ccm 10prozentiger Lösung. Die Diurese kommt zustande auf Kosten der extrarenalen Wasserausscheidung.

Ueber die Schätzung der Milchsekretion einer stillenden Mutter. In Zweifelsfällen über die Leistung der Brust sollte man die Messung der Temperatur obligatorisch vornehmen. Ist zwischen axillarer Temperatur und der Temperatur unter der Brust während des Stillaktes eine Differenz von + 0,3 und mehr, so genügt die Leistung sicher. Bei kleinerer Differenz als 0 ist die Mutter nicht fähig, ihr Kind zu stillen. Eine Differenz von 0 bis + 0,2 trifft man hie und da auch bei Müttern, welche genügend Brust haben, meistens aber doch bei mangelhafter Sekretion.

Ueber einige seltene Typhuskomplikationen. Beschreibung von zwei lavierten Typhusfällen, die während einer Epidemie zur Beobachtung kamen: 1. Ein dreijähriges Kind mit Oedem, Oligurie, zerebralen Symptomen, Krämpfen, 40° Fieber, Hämaturie, Zylindrurie und Erbrechen zeigt eine starke Purpura mit symptomatischer Thrombopenie. Erst am 32. Tag ist die Agglutination positiv, 1 : 500. 2. Ein vierjähriges Kind mit 38° Fieber weist alle Zeichen einer Pyelozystitis auf. Nach einer Woche hören diese Symptome auf, die Temperatur oszilliert zwischen 37,2 und 38,5°. Nach 14 Tagen Vidal 1 : 100 positiv, nach 3 Wochen 1 : 200 positiv. Alle Geschwister haben Typhus. Im Urin werden Typhusbazillen kulturell nachgewiesen. Beide Fälle sind geheilt. Hottinger, Basel.

Revue Française de Dermatologie et de Venéréologie.

3. Jahrg., Nr. 6, 1927.

Die Photosensibilisierung. E. und H. Bianci.
Das Woodsche Licht und seine medizinischen Applikationen. Jean Meyer und Saidman.
Ueber die indirekte Röntgentherapie in der Dermatologie. P. Cottenot.
* Mikrobieller Biotropismus durch physikalische Agentien. G. Milian.

Mikrobieller Biotropismus durch physikalische Agentien. Unter Tropismus verstand Ehrlich die Fähigkeit der chemischen Substanzen (Medikamente), sich mit den lebenden Substanzen zu verbinden, und zwar waren dies entweder die lebenden Zellen des Organismus (Organotropismus) oder die lebenden Parasiten im Organismus (Parasitotropismus). Der Chemotherapeut hat das Ziel, möglichst hohe Parasitotropie bei möglichst geringer Organotropie. Diese Unterscheidung erwies sich als ungenügend, denn es gibt auch Substanzen, die imstande sind, die Lebensäußerungen der Mikroorganismen im Körper zu stimulieren, ihre Virulenz zu erhöhen. Deshalb unterscheidet Milian schon seit Jahren: Biotropismus und Nekrotropismus, und zwar Biotropismus, der die Virulenz erhöht, Nekrotropismus, der sie tötet. Manche Substanzen wirken in kleinen Dosen biotropisch, in großen nekrotropisch. Sind nun die chemischen Substanzen imstande, einen im Organismus schlummernden Keim zu erwecken, so sind andere Faktoren dazu nicht minder fähig, zum Beispiel können verschiedene physikalische Agentien, Kälte, Licht, X-Strahlen die gleichen Wirkungen ausüben. Die Kälte als Ursache des Ausbruchs von Krankheiten ist altbekannt, hierher gehören die Pneumonien, Paralysen, Paraplegien usw. a frigore. Aber streng genommen kann die Kälte allein nicht die Pneumonie hervorrufen, dazu gehört die Anwesenheit — und sei es auch latente — von Pneumokokken in der Lunge, aktiviert durch die Kälte. Natürlich spielen hier auch noch andere Vorgänge mit hinein: Lähmung der Vasodilatatoren usw., so daß die Kälte wohl nicht einzig allein durch Biotropismus wirkt. Das Licht vermag auch ausnahmsweise biotropisch zu wirken: Ein Beispiel ist hier der Ausbruch von Varizellen nach Ultraviolettbestrahlung. Für eine biotropische Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Spirochäten führt Autor 2 Beispiele aus eigener Beobachtung an: Riesige Lymphdrüsenschwellungen, die für tuberkulös gehalten worden waren, wurden mit Röntgenstrahlen behandelt. Nach der ersten Sitzung nahmen die bisher indolenten und torpiden Drüsenpakete einen entzündlichen Charakter an, öffneten sich und ulzerierten progressiv, weshalb der Kranke dem Autor überwiesen wurde. Jetzt wurde die Affektion als typische Gummenbildung erkannt. Das Ganze hatte den Charakter eines virulenten, akut fortschreitenden erythematösen und ödematösen Syphilids. Zweifellos ein akuter Ausbruch einer Drüsensyphilis, die bisher torpid gewesen war, nach Röntgenbestrahlung. Bei einem zweiten Fall führte die Röntgenbestrahlung eines Unterschenkelulkus auch zu erythematöser, ödematöser Schwellung; die Affektion war vom ersten Arzt für tuberkulös gehalten, vom Autor als syphilitisch erkannt. Auch hier also Aktivierung eines bisher mehr torpiden Prozesses der Syphilis durch Röntgenstrahlen, was sich nur durch biotropische Wirkung auf die Spirochäten erklären läßt. Seitdem die Röntgentiefentherapie in die Praxis eingetreten ist, sehen die Röntgenologen häufig Fälle, die innerhalb kurzer Zeit nach der Bestrahlung ad exitum kommen. Man erklärte diese Fälle mit Schockwirkung oder Freiwerden von Toxinen durch Zellverfall. Milian glaubt auch hier, daß es sich um biotropische Phänomene handelt: Ausbruch einer Septikämie als Folge der Bestrahlung, die bisher auf der Oberfläche der Wunden und Tumoren lebenden Mikroben werden virulent u[nd] erlangen die Fähigkeit, den Tod herbeizuführen. Daraufhin hat m[an] stets vor Beginn der Bestrahlung eine Desinfektion der Oberfläc[he] vorgenommen und seitdem ist die Mortalität durch Röntgenthera[pie] auf Null gefallen. Kurt Heymann (Berlin).

Annales de la societé scientifique de Bruxelles.

47., Serie C, 23. Juli 1927.

Bericht der Sitzung vom 25. April 1927 in Brüssel: Carcinoma duplex. M. Jaqumin.
Die Kernteilungserscheinungen in der kernhaltigen Erythrozyten und den Eryth[ro]blasten. M. P. Lambin.
Experimentelle Erzeugung von „Ferrata"-Zellen. M. P. Lambin.
Einfluß von Eryotamintantrat auf die Glykämie. J. P. Bouckaert und J. Scha[...]
* Lokale Anästhesie mit Tutokain. M. P. Guns.
* Die essentielle Thrombopenie und ihre Behandlung durch die Ligatur der Art[eria] splenica. M. F. van Goidsenhoven.
Kritische Uebersicht: Die experimentelle Diagnostik der Variola. M. L. v. Boeck[...]

Lokale Anästhesie mit Tutokain. Tutokain wird im allgemein[en] gut vertragen; eine 0,2½-Lösung schafft eine völlige Anästhes[ie]. Dagegen erweist sich zur Anästhesierung der Schleimhaut in Fo[rm] von Pinselung Kokain sichtlich besser.

Die Behandlung der essentiellen Thrombopenie durch die Ligat[ur] der Arteria splenica. Bei akuter essentieller Thrombopenie ist [die] Exstirpation der Milz kontraindiziert, die bisher operierten Fä[lle] zeigen eine sehr hohe Mortalität. Hierbei ist die von Stubenrau[ch] erstmalig angegebene Ligatur der Arteria splenica. Es empfiehlt si[ch] der Operation eine kleine Bluttransfusion vorangehen zu lassen. B[ei] der chronischen Thrombopenie scheint die Ligatur, wenn der Erfo[lg] auch langsamer manifest wird, das gleiche zu leisten wie die Sple[n]ektomie. Bei beiden Verfahren steigt die Zahl der Blutplättche[n] bald, jedoch bleibt die Irretraktibilität des Blutgerinnsels tro[tz] klinischer Besserung lange Zeit unverändert.

Dr. Fritz Müller.

Bruxelles Médical.

Nr. 43, 21. August 1927.

* Variationen in der Permeabilität der Gefäße. B. Dujardin.
Gesundheitsdienst in belgischen Gefängnissen. F. Heger-Gilbert.

Schwankungen der Gefäßdurchlässigkeit. Durch Entzündung[s]vorgänge entstehen starke Schwankungen der Gefäßdurchlässigkei[t]. Dieselben sind für Pathogenie und Therapie zahlreicher Affektione[n] durchaus nicht bedeutungslos, besonders da nicht, wo am Orte d[er] Erkrankung Kongestionen stattfinden. Wir können den Bewe[is] dafür durch ein klinisches Experiment antreten: Nach einer Lumba[l]punktion injizieren wir 2 bis 10 ccm Aq. dest. unter den üblich[en] Kautelen; die am nächsten Tage vorgenommene erneute Lumba[l]punktion gibt uns Aufschluß über die Veränderungen, die der Liqu[or] inzwischen erlitten hat. Wir haben nämlich eine aseptische Meni[n]gitis erzeugt und finden nun im Liquor zahlreiche Blutelemente, d[ie] im Normalzustand nicht darin enthalten sind, sondern unter de[m] Einfluß der Entzündung hineingelangt sind.

Nr. 44, 28. August 1927.

Follikelsaft und innere Sekretion des Ovars. L. Brouha und H. Simonnet.
Die Hyperchlorhydrie und ihre Bewertung. A. Govaerts und M. Cornil.

Held.

Il Policlinico, Sez. prat.

34., Nr. 35, 29. August 1927.

Ueber einen Fall von Colitis unter dem Symptomenbilde einer Erkrankung d[er] Harnwege. D. Taddei.
Ueber einen Fall von zystischem Epitheliom des Pankreas. A. Caratozzolo.
* Unbeständigkeit der Eosinophilie bei Echinokokkenerkrankung. V. della Casa.

Unbeständigkeit der Eosinophilie bei Echinokokkenerkrankung. Unter 9 sicheren Fällen von Leber- und Lungenechinokokkus, di[e] zur Operation kamen, wurde nur dreimal mäßige Eosinophilie festgestellt. Weder trifft man stets Eosinophilie beim Echinokokkus, noch ist ihr Fehlen ein Zeichen für den Tod des Parasiten.

34., Nr. 36, 5. Sektember 1927.

* Die Dosierung bei der Autovakzinotherapie. G. Petragnini.
* Das therapeutische Pneumoperitoneum bei der tuberkulösen, exsudativen Peritonitis. T. Lucherini.

Die Dosierung bei der Antovakzinotherapie. Die Mittel der Titrirung des toxischen und Impfwerts einer Vakzine am Tiere und am Menschen fehlen dort, wo es sich um eine Antovakzine handelt. Die Schwierigkeiten der Antovakzinotherapie rühren von der Unmöglichkeit her, mit Sicherheit zuvor die auf die Injektion folgende Reaktion abschätzen zu können. Die Kenntnis der Quantität der Keime in 1 ccm der Vakzine und der toxische Wert an Versuchstieren sind, ganz abgesehen von dem Zeitverlust, von geringem Wert, und die Wirkung der Antovakzine muß am Kranken selbst ausprobiert werden. Es empfiehlt sich zu dem Zweck die Behandlung mit einschleichenden Dosen, die von 6 zu 6 Stunden verstärkt werden: Beginn mit $^1/_{10}$ ccm intrakutan, bei ausbleibender Reaktion nach 6 Stunden eine zweite Injektion von 0,1—0,2 ccm subkutan, in gleichen Abständen, wenn nötig, 0,3—0,4 ccm subkutan, ½ bis 1 ccm intramuskulär. Meistens wird die Reaktion sich schon nach der 2. bis 3. Injektion einstellen. Folgt sie auch nach der 3. und 4. Injektion nicht, was Verf. nie erlebte, so beginne man mit minimalen intravenösen Dosen. Es handelt sich darum, die geringste Dosis ausfindig zu machen, die für einen Reiz zur Abwehr-Allergie notwendig ist. Zur Herstellung der Antovakzine fand Verf. am geeignetsten die Homogenisierung der Bakterienkörper mit NaOH und die nachträgliche Neutralisierung durch HCl.

Das therapeutische Pneumoperitoneum bei der tuberkulösen, exsudativen Peritonitis. Verf. behandelte 19 Fälle von tuberkulöser, exsudativer Peritonitis sehr erfolgreich mit dem künstlichen Pneumoperitoneum; er benutzte zur Einblasung atmosphärische nichtfiltrierte Luft und zwar in einem Volumen, das der Hälfte der aspirierten Flüssigkeit entsprach. In allen Fällen trat klinische Heilung ein, die auch nach 9—10monatlicher Beobachtung noch andauerte. Nur zweimal war eine wiederholte Einblasung notwendig. In 5 Fällen erzielte er nicht nur eine Besserung der peritonealen Symptome, sondern auch in der relativ kurzen Zeit von weniger als 20 Tagen ein Verschwinden des gleichzeitigen pleuritischen Exsudats. In einem Falle von tuberkulösem Prozeß in Peritoneum, Pleura und Perikard wurde dreimal in das Peritoneum und fünfmal in das Perikard mit sehr guten Erfolgen für die allgemeinen und lokalen Störungen Luft eingeblasen. Die günstige Wirkung ist die Folge von Veränderungen des abdomischen Blutkreislaufs und der Hyperämisierung des Peritoneum, wie sich Verf. durch Meerschweinchenversuche überzeugte. Dazu kommen Veränderungen lokaler (Leukozyteninfiltration) und allgemeiner Natur (Leukozytose), wie Leukozytenzählungen ergaben. Auf diese Weise kommt ein günstiger Reiz zur fibrösen Umwandlung der Tuberkel zustande. Eine vollkommene Heilung in anatomischem Sinne läßt sich nicht mit Sicherheit beweisen. Bei peritonealem Erguß infolge Lebercirrhose gibt die Lufteinblasung niemals die geringste Besserung.

Rontal.

La Pediatria.

Jahrg. 35, Heft 17, 1. September 1927.

Untersuchungen über den Phosphorgehalt des Blutes bei verschiedenen Erkrankungen im Kindesalter. Bei 25 gesunden Kindern im Alter von 5 bis 16 Jahren beträgt der Mittelwert des anorganischen Phosphors im Blut nach der Methode von Greenwald bestimmt 3,84 mgr%. Bei 25 Kindern mit adenoiden Vegetationen im Alter von 4½ bis 11 Jahren beträgt der Mittelwert nur 3,19 mgr%. Der Phosphorgehalt des Blutes ist bei Mongolismus (3 Fälle), Myödem (Fälle), Myatonia congenita (1 Fall) deutlich herabgesetzt, beträgt 2 bis 3,3 mgr%, während bei graziden, aber sonst gesunden Kindern die Werte normal sind.

Klinische Beiträge zur Behandlung des Erysipels im Kindesalter. In 15 Fällen wurde therapeutisch jeden Tag in der Mehrzahl der Fälle entweder intravenös oder intramuskulär eine polyvalente Autovakzine injiziert. Die Injektionen bedingen eine Allgemein-, eine Herd- und im Falle intramuskulärer Injektion auch eine Lokalreaktion. Die intravenöse Injektion bietet keine Vorteile den intramuskulären gegenüber. Die Dosen sind bei intravenösen Injektionen 0,2 bis 0,5 ccm pro dosi, bei intramuskulären 0,2 bis 1 ccm im allgemeinen das dreifache der intravenösen Dosen (mit 2—5 Milliarden Keimen pro Kubikzentimeter), sie sind abhängig von der Reaktion des Organismus. Die Injektionen werden bis zur Entfieberung fortgesetzt. Die Reaktion ist auf die erste Injektion am heftigsten, nach wiederholten Injektionen erfolgt eine Desensibilisation, indem die lokale und Herdreaktion schwächer wird und schwindet. Die Desensibilisation und Heilung kann nach einer oder mehreren Injektionen erfolgen.

Beiträge zur Kenntnis der Resistenz der roten Blutkörperchen bei den Anämien im Kindesalter. Autor untersucht die maximale Resistenz (die Kochsalzkonzentration, bei der die Hämolyse komplett ist) die minimale Resistenz (die Konzentration, bei der die Hämolyse eben beginnt) und die mittlere Resistenz nach der Methode von Viola. Bei den regenerativen Anämien ist die maximale und mittlere Resistenz deutlich erhöht, bei den aregenerativen dagegen vermindert. Bei den ersteren beträgt die maximale Resistenz = R_1 = 0,20—0,26, bei letzteren 0,30—0,34 gegenüber 0,30—0,32 der Norm. Die minimale Resistenz verhält sich ziemlich normal. Mit Besserung der Anämie nähern sich die Resistenzwerte wieder zu normalen Werten. Bei der Bantischen Krankheit sind alle drei Resistenzen erhöht, bei dem hämolytischen Ikterus erheblich vermindert, besonders die minimale Resistenz (R_3), die 0,62—0,66 gegenüber 0,48 bis 0,50% beträgt. Bei Lymphadenosen und Myelosarkomatosen sind alle drei Resistenzarten mäßig vermindert, bei Rachitis leicht vermehrt, besonders R_1. In zwei Fällen von Malariaanämie sind die Werte ziemlich normal, in drei Fällen von Leishmaniosis auch nicht eindeutig und wesentlich verändert. Die Resistenzverhältnisse sind weiter bei Tuberkulose normal. Unter Einwirkung von Kohlensäure sinkt die Resistenz in allen drei Arten ziemlich gleichmäßig, wenn auch die Resistenzkurven vor und nach Kohlensäureeinwirkung nicht ganz parallel verlaufen. Autor hält die Hämolyse in hypotonischen Kochsalzlösungen nicht für einen einfachen osmotischen Prozeß, sondern glaubt sie bedingt auch durch kolloidchemische Gesetzmäßigkeiten und verschiedene physikalische Eigenschaften (Oberflächenspannung, Lipoide der roten Blutkörperchen).

Ueber ein Riesenharnröhrenblasenstein bei einem Kinde. Bei einem 11 Jahre alten Knaben, dem im Alter von 5 Jahren bereits operativ ein 6 g schwerer Phosphatstein aus der Blase entfernt wurde, erkrankt an Miktionsbeschwerden. Sowohl die Sondierung, als die rektale und Röntgenuntersuchung ergibt bereits in der Pars prostatica urethrae einen großen Stein. Durch operativen Eingriff wird ein 8 cm langer, 2½ cm dicker, 60 g schwerer Phosphatstein entfernt, der teilweise in der Blase, teilweise in der Pars prostatica urethrae gelagert war.

Eugen Stransky (Wien).

Rivista di clinica pediatrica.

Jahrg. 25, Heft 8, August 1927.

Der Einfluß des Adrenalins auf das Blutbild gesunder, lymphatischer und skrophulöser Kinder. Untersuchungen über Adrenalinbeeinflussung des Blutbildes bei 10 normalen Kindern im Alter von 1—18 Monaten, 12 exsudativ-lymphatischen Kindern im selben Alter und 10 skrophulösen Kindern im Alter von 6—12 Jahren ergeben, daß mit Ausnahme von zwei Fällen nach der Injektion eine Leukozytose erfolgt, die meistens eine halbe, seltener eine Stunde nach der Injektion ihren Höhepunkt erreicht. Autor unterscheidet drei Reaktionstypen. 1. Vermehrung der Polynukleären, 2. eine biphasische Reaktion mit anfänglicher Vermehrung der Mononukleären und nachfolgender Polynukleose, 3. eine ausschließliche Mononukleärenvermehrung. Bei gesunden Kindern ist die polynukleäre Reaktion mit der Tendenz zur biphasischen Reaktion das Normale. Bei den Lymphatikern beobachtet man stets eine ausgesprochene, meistens reine Mononukleärenvermehrung, mitunter eine biphasische Reaktion. Bei Skrophulösen ist die Reaktion meisten biphasisch mit ausgesprochener Polynukleose oder eine ausschließliche polynukleäre Reaktion. Immerhin sind die Differenzen zwischen den einzelnen Gruppen nicht so markant, daß man die hämatologische Adrenalinreaktion zur Unterscheidung besprochener Anomalien verwenden könnte.

Ueber Erblues im Findelhaus und einige Bemerkungen über die Behandlung derselben. Ein Großteil der Säuglinge luetischer infizierter Mütter weist in den drei ersten Lebensjahren keine klinischen Erscheinungen von Lues auf, die Wa.R. bleibt auch negativ, wenn die Mütter rechtzeitig und genügend antiluetisch behandelt wurden. Ein Fall im Säuglingsalter wird erörtert, bei dem es nach schwerer Coryza trotz Therapie zu einer Zerstörung der Nasenscheidewand und Einsinken der Nase kam; das Kind blieb am Leben. Als Therapie

empfiehlt Autor zuerst 20—25 Tage lang eine täglich fortgesetzte Schmierkur von 1—3 gr (je nach dem Alter) grauer Salbe. Nach einer Pause von einer Woche injiziert man intramuskulär alle 5—6 Tage ein Arsenobenzolpräparat mit kleinen Dosen (0,02—0,03 g) beginnend und progressiv auf die Maximaldose (0,03 g pro kg Körpergewicht) steigend. Nach 9—10 Injektionen schaltet man eine Pause von zwei Wochen ein und injiziert dann intramuskulär alle 5—6 Tage 8—10 mal ein Wismutpräparat, das pro dosi 5—10 Centigramm metallischen Wismut enthält. Nach Beendigung der Kur erfolgt eine Pause von nur 2—3 Wochen, dann wiederhole man die ganze Quecksilber-Neosalvarsan-Wismuttherapie in derselben Reihenfolge und Dauer von neuem. Nach Beendigung des ersten Lebensjahres hängt die weitere Behandlung vom Zustand des Kranken und dem Ausfall der Wa.R. ab; jedenfalls ist die Kur mit größeren Intervallen zu wiederholen. Im dritten und vierten Lebensjahr wiederholt man die Kuren mit einem Intervall von 3—4 Monaten und überwacht den Kranken auch in den späteren Lebensjahren, um eventuell die Behandlung zu wiederholen.

Die Triphenyltherapie in der Kinderheilkunde. Autor empfiehlt bei akuten Erkrankungen im Kindesalter die tägliche intramuskuläre Injektion von Triphenyl, als unspezifischer Proteinkörpertherapie. Das Triphenyl, ist eine sinthetische Verbindung von Nuyleinen und Phenolderivaten; es bedingt eine Leukozytose ein rasches Fallen des Fiebers und wirkt diuretisch. (Nähere Daten über die Wirkung und Indikation fehlen. Ref.).

Eugen Stransky, Wien.

The Journal of the American Medical Association.

89., Nr. 5, 30. Juli 1927.

Antirachitische Eigenschaften von bestrahltem Cholesterin, Ergosterin und verwandten Substanzen. Von bestrahlten Nahrungsmittel eignet sich für Kinder am besten getrocknete Milch; sie wurde anfangs ½ Stunde in 30 cm Entfernung bestrahlt, aber dadurch in ihrem Geschmack und Geruch (nach Fischen) verändert. Bestrahlung von 2 Minuten in einer Entfernung von 25—30 cm genügte, die Milch antirachitisch zu machen, ohne ihren Geschmack zu verändern. Es bestehen keine direkten Beziehungen zwischen Intensität der Bestrahlung und der Erwerbung antirachitischer Eigenschaften. Kurze Bestrahlung der Milch hat zudem den Vorzug, die Zerstörung der fettlöslichen und Antiskorbut-Vitamine, die sehr empfindlich gegen Oxydation sind, zu vermeiden. Durch Bestrahlung von 2 Minuten in 30 cm Entfernung kann auch Cholesterin antirachitische Eigenschaften erwerben. Es genügt eine 1½% Emulsion in Olivenöl teelöffelweise dreimal täglich zur Heilung der Rachitis. Bestrahltes Cholesterin als Zusatz des Lebertrans erhöht dessen antirachitischen Titer wesentlich, während Bestrahlung des Lebertrans selbst eher seine antirachtische Wirkung herabsetzt. Ein guter Ersatz des Cholesterin selbst war die Fütterung mit bestrahltem, getrocknetem und gepulvertem Gehirn, das sehr cholesterinhaltig ist und seine Wirkung wenigstens 5 Monate lang behält; in 10 mg-Dosen täglich heilte es rachitische Ratten, in 1 g-Dosen täglich sehr rasch rachitische Kinder. Schmelzpunkt, optische Drehung und chemische Zusammensetzung des Cholesterin blieben nach der Bestrahlung unverändert, dagegen nicht die spektrale Absorption. Die neuesten Untersuchungen ergaben, daß nicht Cholesterin selbst aktiviert wird, sondern wahrscheinlich eine eng mit ihm verbundene Sterinverbindung; vollkommen gereinigtes Cholesterin ließ sich nicht mehr aktivieren. Von einer großen Anzahl von Sterinen, die Windaus und Heß bestrahlten, veränderte sich nur spezifisch (durch die spektrale Absorptionsprobe geprüft) das aus der Hefe hergestellte Ergosterin. 0,002 mg ½ Stunde in 30 cm Entfernung bestrahltes Ergosterin heilte die Knochen rachitisch Ratten, wozu 1 mg bestrahltes Cholesterin nötig war, Ergosterin wies sich also als 500 mal wirksamer wie Cholesterin. In dersell Weise in dünner Lage bestrahlte, getrocknete Hefe brachte in 10 25 mg-Dosen täglich rasche Verkalkung der Epiphysen bei Rat und heilte in täglichen Dosen von 0,5—1,0 (in Milch) rachitis Kinder. Es ist möglich, daß aktiviertes Ergosterin das antirachitis Vitamin ist, wahrscheinlich ist es nur ein Glied in dieser Grup und es werden noch andere ungesättigte Sterine gefunden werd die sich durch Bestrahlung aktivieren lassen.

Die innere Behandlung von Duodenalgeschwüren. Im Gegens zu den häufigen Mißerfolgen der chirurgischen Behandlung hal sich in den letzten Jahren die Resultate einer sorgfältig dur geführten inneren Behandlung in erstaunlicher Weise gebessert. Ulkus in dem ersten Abschnitt des Duodenums ist viel häufiger im Magen und häufig unkompliziert durch Adhäsionen oder krankungen von Appendix und Gallenblase. Spontane Heilung kommen sicher vor. Fast jeder unkomplizierte Fall ist durch inn Behandlung heilbar. Wenn in Wirklichkeit nur 50 % dauernd geh werden, so liegt das an der mangelnden Ausdauer vieler Krank die Vorschriften auch nach Beseitigung der Beschwerden genau o lange genug durchzuführen. Ein Kranker, der nicht innerhalb ei Woche von seinen Symptomen befreit ist, hat kein unkomplizier Ulkus. Die wichtigste Maßnahme ist die Häufigkeit der Mahlzeit Bei akuten Schmerzen und starkem Pylorospasmus ist die ide Ernährung: je 60 g Sahne und süße Milch mit 0,65 g Natriumzit allstündlich von 7 Uhr morgens bis 9 Uhr abends. Durchschnittl genügen 6 Mahlzeiten, aber der Kranke darf niemals über 3 Stun ohne Nahrung bleiben. Zwischen den Mahlzeiten ein Glas süße Mi oder Sahnenkäse mit Zwieback und Butter. Ausgenommen bei aku Fällen und Blutungen soll der Kranke eine reichliche und allgeme Diät erhalten. Verboten sind nur alle Säuren, rohes Obst, Supp und Fleischextrakte, Gewürze, sehr süße Nahrungsmittel (Ho u. a.), sehr harte Nahrung (Nüsse u. a.) und Alkohol in jeder For Dagegen sind Fette (Sahne, Butter, Oel) und Eiweiß (alle Arten kochten Fleisches) empfehlenswert. Nützlich ist Atropin oder Bel donna (Tinktur 3 mal täglich 10 Tropfen vor den Hauptmahlzeit und Bismuth. subcarbon. (1 Teelöffel 3 mal täglich nach den Ma zeiten). Die Behandlung muß regelmäßig Tag für Tag und andauer 2 Jahre lang fortgesetzt werden. Die Zahl der Heilungen steht direktem Verhältnis zur Intelligenz der Kranken und der sorgfältig ärztlichen Belehrung. Alle 6 Monate röntgenographische Kontrol Etwaige chronische Infektionsherde (Tonsillen, Sinus, Zähne, ch nische Appendizitis und Cholezystitis) müssen, am besten vorh entfernt werden. Verf. sah in langen Jahren niemals bei dieser handlung einen Fall von Blutung oder Perforation.

Zahninfektionen mit Organerkrankungen und bakteriologisch Beobachtungen. In 200 Fällen wurden bei Zahnerkrankungen Ba terien gefunden, bei weitem am häufigsten der Streptococcus vi dans, weiter der Str. salivarius und faecalis, seltener eine Rei anderer Bakterien. In allen diesen Fällen lagen Organerkrankung vor, so unter 19 Fällen von Str. faecalis, 17 mal Magendar störungen. In allen Fällen ergab die Röntgenuntersuchung deutlic Veränderungen an und um die Wurzelspitzen. Die Zahnerkranku ging stets der Organerkrankung voraus. Nicht notwendigerwei müssen die erkrankten Zähne entfernt werden, viele Herdinfe tionen lassen sich durch Wurzelbehandlung ausheilen. Eine Röntge untersuchung der Zähne und Nasennebenhöhlen gehört bei dem g ringsten Verdacht auf das Bestehen einer Herdinfektion zu den n wendigen Untersuchungsmethoden.

Klinische Bedeutung des Os tibiale externum oder des akzesso schen Os skaphoideum. Ein überzähliges Os skaphoideum ist nic selten und läßt sich leicht und allein mit Sicherheit durch ei Röntgenuntersuchung nachweisen, die stets doppelseitig sein m Sein Nachweis ist für die Unfallversicherung von großer Bedeutur da es nach Traumen irrtümlich für eine Fraktur gehalten werd kann. Gewöhnlich besteht starke Pronation und Schwäche d Fußes, eine Vorwölbung des Ossa skaphoidea. Die Störung ka schmerzlos verlaufen, sehr oft wird über lebhafte Schmerzen g klagt. Da die Fußstellung jeder korrigierenden Behandlung einen e heblichen Widerstand entgegensetzt, muß die Behandlung radik sein: Arthrodese zwischen Talus und Skaphoideum, Entfernung d überzähligen Knochens auch bei Verschmelzung mit dem Skapho deum und Verkürzung der Sehne des Tibialis posticus. 10 Röntge bilder verschiedenartigster Formen des akzessorischen Os skapho deum sind beigefügt.

Gutartige Tumoren des Magens vom röntgenologischen Stan punkt aus. 41 eigene Fälle aus der Mayo-Klinik und 52 aus d Literatur gesammelte Fälle liegen der Arbeit zugrunde. Es hand sich um Tumoren der verschiedensten Art, am häufigsten sind P

…en, Adenome, Papillome, Fibrome und Hämangiome. Von den 52 …artigen Tumoren der Literatur waren 47, von den 41 eigenen 39 …erhalb des Magens gelegen (davon 12 multipel). Von den … Fällen der Literatur und den ersten 23 der Mayo-Klinik wurden … sehr wenige röntgenologisch diagnostiziert. Von den letzten … Fällen blieb nur einer röntgenologisch unerkannt. Die außerhalb … Magens gelegenen Tumoren verursachen meistens durch Druck …r Zug Deformitäten des Schattens, die nur schwer von Krebs …r Ulkus zu unterscheiden sind, die innerhalb des Magens ge…enen geben deutliche Röntgenzeichen, jedoch ist eine Annäherung … Magenwände durch manuellen Druck unter dem Röntgenschirm …wendig, um die Konturen scharf herauszubringen. Die meisten … gestielt. Gewöhnlich ist der Füllungsdefekt zentral gelegen und …arf umschrieben. Die den Tumor umgebenden Rugae haben, aus…ommen bei Polyposis, ein normales Aussehen, die Peristaltik …d nicht beeinträchtigt, der Pylorus funktioniert normal, falls der …nor nicht im Antrum sitzt. Eines der Hauptzeichen benigner Tu…ren ist das Fehlen von Spasmus. Immerhin sind alle diese Zeichen …ht absolut für Gutartigkeit pathognomonisch, da auch gestielte …noren primär oder sekundär maligne sein können.

Intrauterine Radiumbehandlung ohne Erzeugung von Sterilität … Bericht über 25 Fälle. Intrauterine Radiumbehandlung ist spezi…h für gutartige Blutungen in der Menopanse. Auf die gewöhn…en Bestrahlungen vor der Menopause folgt dauernde Sterilität. … kurzen Bestrahlungen werden wegen der Möglichkeit einer …rilisierenden Wirkung gefürchtet. Von 38 mit weniger als 1000 …rchschnittlich 526) mc-Stunden behandelten Frauen im kon…tionsfähigen Alter blieben 25 mehrere Jahre in Beobachtung. Zur …nutzung kam Radon bei 0,5 mm Ag, 1,5 mm Messing und 2 mm …utschuk. 15 bekamen eine regelmäßige Menstruation, 18 eine …ebliche Verringerung der Menstruationsblutungen, 3 wurden …wanger und gebaren reife Kinder. Vier Mißerfolge. Sterilität …olgte nur einmal. Die Gefahren einer solchen Behandlung sind …ht übermäßig groß. Rontal.

The Boston Medical and Surgical Journal.

Nr. 22, 2. Juni 1927.

Nr. 23, 9. Juni 1927.

Nr. 24, 16. Juni 1927.

Nr. 25, 23. Juni 1927.

Akute Corpora cavernositis. Ein 33jähriger Arbeiter hatte eine …were Erkältung mit Husten und bei den Hustenanfällen Schmerzen …n Perineum. 12 Tage später erwachte er nachts mit schmerzhaftem …iapismus, der auf die üblichen Mittel, Eis, Brom, Morphium nicht …ickging. Auch im Spital nicht. 4 Tage später: Aethernarkose bis …die Sicherheitsgrenze. Keine Besserung, deshalb keine Uretro…kopie und Zystoskopie möglich. Rektal-Abdominaluntersuchung …ativ. Ein dünner Katheter ging durch und förderte klaren Urin. …urologisch nichts Krankhaftes. 14 Tage nach dem Priapismus …ter Aetheranästhesie in Lithotomiestellung Freilegung der Corpora …avernosa und Längsinzision: dunkles teerähnliches Blut, der …iapismus schwand. Das erektile Gewebe war zerstört und durch …lutgerinnsel ersetzt, an einer Seite. Heilung, Erektionen normal, …exuelle Betätigung befriedigend. Ursache: allgemeine Thrombose …m erektilen Gewebe durch eine schwache Infektion ausgehend vom …espirationstrakt.

Nr. 26, 20. Juni 1927.

v. Schnizer.

The American Journal of the Medical Sciences.

174., Nr. 664, Juli 1927.

Klinische und pathologische Gesichtspunkte beim Lymphosarkom. Das Lymphosarkom kann jedes lymphoide Organ im Körper für sich allein ergreifen. Es kann sehr verschiedenartige Veränderungen sowohl der lymphoiden als auch anderen Gewebe hervorrufen, kann sich in mehr oder weniger scharf umrissenen Grenzen halten und kann endlich die lymphatischen und anderen Gewebe in weiter Ausdehnung befallen. Das Lymphosarkom hat als Prädilektionsstelle den Magen- und Darmkanal, nach welchem es vorzugsweise den Thymusrest zum Ausgangspunkt der Erkrankung macht. Bei Erkrankungen des Magen- und Darmtraktus tritt es in verhältnismäßig milden Erscheinungsformen auf. Geht es jedoch von den lymphatischen Resten des Thymus aus, so kann es ganz unheilvolle Verheerungen in den Nachbargeweben hervorrufen, welche charakterisiert sind durch Miterkrankung des Perikards und des Herzens, durch Infiltration der Pleura und direktes Eindringen in die Lungen, durch Verdrängung so beweglicher Gebilde wie der Luftröhre, der Speiseröhre, der Aorta, der Arteria pulmonalis und der Vena cava, wobei diese manchmal arrodiert werden, durch Hindurchwuchern durch die Interkostalmuskulatur und das Zwerchfell, und endlich durch Erkrankung der regionären oder weit entfernten Lymphknoten, oder beides. Es ist eine äußerst erstaunliche Tatsache, daß unter diesen Umständen die erwähnten pathologischen Veränderungen sich über eine sehr lange Zeit ausdehnen können, ohne daß der Patient irgendwelche Beschwerden davon hat, und daß dann sowohl die subjektiven wie objektiven Störungen ganz plötzlich in Erscheinung treten, ohne prämonitorische Symptome, zu einer Zeit, zu welcher die anatomischen Veränderungen schon von einer solchen Ausdehnung sind, daß der Fall bereits hoffnungslos ist. Vom klinischen Standpunkt hat das Lymphosarkom eine ungemein große Aehnlichkeit mit einer großen Anzahl anderer Erkrankungsformen des lymphatischen Systems, unter diesen die chronische lymphatische Leukämie, die Pseudoleukämie, gewisse Formen der Lymphdrüsentuberkulose und die follikuläre Lymphadenopathie mit Splenomegalie, Morbus Hodgkin, womit vielleicht die weitgehendsten Aehnlichkeiten bestehen. Obwohl tatsächlich das Lymphosarkom, besonders seine gastrointestinalen Formen Veränderungen hervorbringen kann, die beim Morbus Hodgkin unbekannt sind, so ähneln doch die beiden Erkrankungen einander in den minutiösesten Details. Die Differentialdiagnose ist lediglich auf Grund einer Probeexzision mit anschließender histologischer Untersuchung des erkrankten Gewebes zu stellen. Doch selbst unter diesen Umständen ist eine Verwechslung möglich, da in beiden Fällen die initialen Veränderungen an den Lymphdrüsen als einfache diffuse Hyperplasie der lymphatischen Zellen gefunden werden, während die Lymphdrüsen beim Hodgkinschen Granulom später das komplexe histologische Bild darbieten, durch welches die vollentwickelte Erkrankung mit Sicherheit diagnostiziert werden kann.

Das stenokardische Syndrom bei perniziöser Anämie. Von 1560 Patienten mit Perniziosa, die seit 1920 beobachtet wurden, gaben 43 (2,7%) anamnestisch Angina pectoris an. Das mittlere Alter dieser Patienten war 53,5 Jahre und 56% dieser Patienten waren zwischen 50 und 60 Jahren alt. Es waren meistens doppelt so viel Männer wie Frauen. Das stenokardische Syndrom unterscheidet sich in subjektiver Hinsicht nicht wesentlich von der Angina pectoris. Ausstrahlungen der Schmerzen waren weniger häufig und die Schmerzattacken waren in den schwersten Fällen von Stenokardie kontinuierlich vorhanden. Das stenokardische Syndrom kommt meist in Fällen von langer Dauer vor. Der objektive Befund am Herzen zeigt außer Anzeichen für sekundäre Anämie kein charakteristisches Bild. Der Grad der Anämie stand in keinem direkten Verhältnis zum Vorkommen stenokardischer Anfälle. Auch das Elektrokardiogramm zeigte keine charakteristischen Abweichungen. Nur in einem autoptisch sicher gestellten Falle fand sich nur fettige Degeneration des Herzmuskels, während weder Aorten- noch Koronarsklerose vorlag. In 15 Autopsien anderer Patienten mit perniziöser Anämie war das

Durchschnittsalter 53 Jahre und nur 3 zeigten Aorten- und Koronarsklerose. Das stenokardische Syndrom bei der perniziösen Anämie muß wohl dem Sauerstoffmangel des Myokards und nicht der Koronar- oder Aortensklerose zugeschrieben werden.

Morbus Ayerza. Eine kurze Uebersicht der klinischen, Laboratoriums- und pathologischen Merkmale von einem Krankheitsbild, genannt Morbus Ayerza, wird vorgestellt, das solche Fälle von Sklerose der Arteria pulmonalis und daraus resultierender Hypertrophie des rechten Herzens umfaßt, deren ätiologischer Faktor die Syphilis ist. Die Krankheit ist so selten und kann erst durch die Autopsie festgestellt werden, so daß sich ein eingehendes Referat erübrigt.

Neuere hämatologische Gesichtspunkte über die Bedeutung der Neutrophilen bei Infektionen. Mit der Höhe der Infektion wird auch die höchste Zahl unreifer Leukozyten beobachtet. Wenn dann der Krankheitsprozeß beginnt abzuflauen und die Rekonvaleszenz einsetzt, ist ein Abfall der Stabkernigen zur normalen Quote (3—5%) zu beobachten. Bleiben aber die Prozentzahlen der Stabkernigen auf einem hohen Niveau, so bedeutet das irgendeine Komplikation. Die Krisis bei der Lungenentzündung ist sehr oft durch ein Hinaufschnellen der Stabkernigen bis zu 50% der gesamten Leukozytenzahl gekennzeichnet. Das Vorhandensein von unreifen Formen bis fast 50% in den ersten Tagen einer Pneumonie bedeutet in der Regel eine sehr schlechte Prognose. Die fortlaufende Beobachtung der Prozentzahl für die unreifen Formen ist oft wesentlich genauer als Kriterium für den Stand der Erkrankung als die Temperatur. Die Auszählung der unreifen Formen hat bei weitem mehr praktische Bedeutung als die Gesamtleukozytenzahl oder die Angabe der Prozentzahl für die Neutrophilen. Dabei ist die Methode nicht zeitraubender als die anderen. In manchen Fällen, wo zwei oder drei Zählungen täglich vorgenommen werden müssen, um den Krankheitsverlauf zu verfolgen, braucht man nicht jedesmal die Gesamtzahl auszuzählen. Dies macht der Verfasser nur einmal morgens, während er im übrigen nur Differentialzählungen vornimmt. Oft ist es nicht notwendig, die Gesamtzahl der Leukozyten mehr als einmal wöchentlich vorzunehmen. Wegen des hohen Prozentsatzes von Fehlern bei der Auszählung der Gesamtleukozytenzahl in regelmäßiger Reihenfolge, und weil der Verfasser findet, daß dies weniger praktisch ist als die Differentialzählung macht er meist nur eine Gesamtzählung und später nur Differentialzählungen.

(Dies ist — allerdings in viel weniger exakter Angabe —, was Schilling schon seit langem fordert. Auch ist das, was der Verfasser bei der Pneumonie schildert, nur eine Bestätigung der Schillingschen Phaseneinteilung: neutrophile Kampfphase, monozytäre Abwehrphase und lymphozytäre Heilphase. Dabei kann man bei Beobachtungen der Schillingschen Angaben aus der Linksverschiebung viel wichtigere Schlüsse für die regenerative oder degenerative Funktion ziehen, als der Verfasser, der doch eigentlich den auch von ihm im Literaturverzeichnis erwähnten Schilling kennen sollte, zu ahnen scheint. Hämatologische Arbeiten sollten systematisch und terminologisch gleichmäßig durchgeführt werden, wobei jeder Verfasser die persönlichen Abweichungen von der Regel besonders vermerken könnte, damit der nicht hämatologisch durchgebildete Leser nicht glaubt, daß etwas prinzipiell Neues dargelegt wird. Es ist immerhin erfreulich, daß auch der Verfasser zu dem Schlusse kommt, daß das Differentialblutbild weit mehr besagt, als die Zählung der Gesamtleukozytenzahl es zu tun scheint. Der Referent!)

Rosacea. Bei Anstellung von eingehenden Magen- und Darmuntersuchungen bei 50 Rosacea-Patienten, werden bei ⅘ aller dieser gleichmäßig gewisse funktionelle Anomalien gefunden, so daß man darin einen ätiologischen Faktor für die Erkrankung erblicken kann. Darunter fallen besonders auf: Neurotische Veranlagung, geringes Gewicht, niedriger Blutdruck, schwacher Muskeltonus, schlechte Haltung, Ptose der Eingeweide, chronische Obstipation, Spasmen des Dickdarms und Subazidität des Magens. Die Behandlung dieser Faktoren mit Lokalbehandlung verbunden gibt in den meisten Fällen überraschend schnelle Heilung.

Das Verhalten der Leukozytenzahlen und Veränderungen während der Bestrahlung. Die vorliegende Arbeit ist eine Studie über die quantitativen und qualitativen Verhältnisse der Leukozyten, die beim Gesunden und bei gewissen Krankheiten im Speichel erscheinen. Der an den Oeffnungen der Ausführungsgänge erscheinende Speichel ist praktisch frei von Leukozyten. Die weißen Zellen werden von den Schleimhäuten abgewaschen, durch die sie durchgewandert sind. Die durchschnittliche Leukozytenzahl im gemischten Speichel beim Gesunden schwankt zwischen 5 und 150 Zellen im Kubikmillimeter (selten bis 450), die Veränderungen in der Zahl sind im Verlaufe eines Tages zu beobachten, zuweilen sehr rasch. Die Zahlschwankungen der Leukozyten im Speichel gehen einher mit den Schwankungen der Leukozytenzahlen im Blute, jedoch ist dieses Verhältnis im gemeinen ein reziprokes. Wenn man eine Verdauungs-Leukoz einmal nicht im Blute beobachten kann, so tritt dieselbe oft ein starkes Ansteigen der Zellzahlen im Speichel in die Erschei Alle Arten weißer Blutkörper und wahrscheinlich auch Blutplät werden im Speichel gefunden, wobei die Zahl mit der Erkran schwankt. Auch besteht dasselbe Verhältnis im Prozentsatz polymorphnukleären Leukozyten zu den anderen Zellen im Sp wie im Blute.

Bei chronischer lymphatischer Leukämie und ähnlichen krankungen ändert sich das Verhältnis in ähnlicher Weise wi Blute. Wenn im Speichel sehr reichlich Zellen vorhanden sin die Mehrzahl lebend, wenn jedoch nur wenig darin sind, zeig großer Teil keinerlei Lebenszeichen. Es wird bei den polym nukleären Leukozyten ein Zustand, „Rigor mortis" genannt, schrieben. Bei einigen Erscheinungen dieses Zustandes ist die W scheinlichkeit vorhanden, daß eine Umkehrung des Reifungsproz der Myelozyten vorliegt. Die Zahl der Leukozyten im Speich stark erhöht bei der chronischen myeloischen Leukämie, oft meh mäßiger Gesamtzahl als bei einer sehr hohen. Nach Rön bestrahlung scheint eine große Ausschwemmung von Leukozyt den Speichel stattzufinden, wobei die Mehrzahl lebend ist. Das handensein von Myelozyten und jungen polymorphnukleären Le zyten im Speichel pro Kubikmillimeter größer als im Blute, wobe in den Blutstrom gelangen, diese auch als solche eliminiert we und nicht im peripheren Kreislauf reifen. Beim Lymphoblastom die Zahl der Zellen im Speichel stark erhöht sein. Bei der al mischen Form der lymphatischen Leukämie ist die Zahl der Le zyten im Speichel pro Kubikzentimeter größer als im Blute, wobe geringere Zahl von Zellen im Blute auf eine vermehrte Elimin zurückzuführen ist. Beim Morbus Hodgkin kann eine Ausschv mung von Lymphozyten und Eosinophilen im Speichel beoba werden. Wenn eine Leukopenie mit erhöhter Ausschwemmung Leukozyten in den Speichel verbunden ist, ist die Zellprodul aktiv, und die Röntgenbehandlung ist nicht kontraindiziert. scheint, daß eine Leukozytose sowohl von der erhöhten Produl der Leukozyten als auch von der herabgesetzten Elimination kom kann und umgekehrt eine Leukopenie von der darniederliege Produktion oder erhöhter Ausschwemmung. Die Schleimhäute Mundes und wahrscheinlich auch andere Teile des Magen-D kanals fungieren als Orte für die Elimination von Leukozyten Rahmen eines Regulationsmechanismus, welcher dazu dient, die elemente in gewissen zahlenmäßigen Grenzen zu halten.

Bedeutung der Extrasystolie. Krankheiten, bei denen pa logische Veränderungen des Myokards vorliegen, zeigen e höheren Prozentsatz ventrikulärer multifokaler Extrasystolen monofokale Extrasystolen. Außerhalb des Herzens bedingte Kr heitsvorgänge werden nicht durch multifokale ventrikuläre E systolen begleitet. Monofokale Extrasystolen kommen manch multifokale immer in Gemeinschaft mit Erkrankungen des Myok vor. Die prognostische Bedeutung der multifokalen ventrikul Extrasystolen ist viel schlechter als die der anderen. Es kann genommen werden, daß die multifokalen Extrasystolen der Ausd von Veränderungen im Myokard sind (wahrscheinlich infolge Ernährungsstörungen), die auf einer erhöhten Irritierbarkeit di Gewebes beruhen. Andererseits sind monofokale Extrasystolen r oft der Ausdruck extrakardialer Reize.

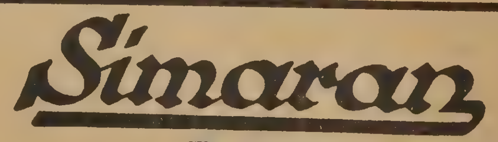
Arnold Hirsch, Berl

The journal of experimental medicine.

46., 3. 1. September 1927.

Fritz Mülle


Analgit
Patente ang. in allen Kulturstaaten.
Marke geschützt in allen Kulturstaaten.


Simaran




DUKA

The Journal of Nervous and Mental Disease.

65. Nr. 5. Mai 1927.

...eflexe bei Affen. An 23 Affen und Halbaffen wurden mit ...h neurologischer Methodik die Reflexe untersucht. Wie beim ...hen verhielten sich folgende Reflexe: direkte und indirekte ...nreaktionen, Konvergenzreaktion, Corneal- und Konjunktival-... und die Sehnen- und Periostreflexe an den unteren Extremi-... Die Reflexe der oberen Extremitäten konnten aus äußeren ...en nicht sicher kontrolliert werden. Ferner ließen sich folgende ...ionen auslösen: bei Reizung des äußeren Gehörganges eine ...ktion der Gesichtsmuskeln (Lidschluß, Bewegung der Wangen ...ortziehen des Kopfes); der Nasenlidreflex (rascher Augen-... bei Beklopfen der Nasenwurzel); Nasal- und Supraorbital-... fanden sich wie beim Menschen. In keinem Fall und auf ... Weise ließen sich Bauchdeckenreflexe nachweisen, woraus ...ossen wird, daß das Auftreten der Bauchdeckenreflexe beim ...hen mit der aufrechten Körperhaltung zusammenhängt. Dem-...echend war auch der Reflex médio-pubien nur partiell vor-...: auf Beklopfen der Symphyse fehlte die Kontraktion der ...nuskulatur, und nur die Reaktion der unteren Extremitäten ...tion der Oberschenkel) war vorhanden. Auch der Cremaster-... fehlte bei den untersuchten Makaben (die übrigen Affen waren ...ch), da bei ihnen das Skrotum nicht völlig entwickelt und ohne ...lfasern war. Besonderes Interesse verdient das Verhalten ...ußsohlenreflexes: mechanische Reizung der Fußsohlenhaut ...te eine typische Greifbewegung des Fußes (Streckung und ...ition der großen Zehe mit folgender Flexion derselben und ...rigen vier Zehen und medialer Rotation des ganzen Fußes). ... vom Menschen abweichende Reaktion wird auf die handähn-...funktion des Affenfußes zurückgeführt; beim Menschen hat ...uß nur in der frühesten Kindheit eine rudimentäre Handge-...ichkeit, und das Babinskische Phänomen stellt hier das Rudi-... einer solchen Greiffunktion des menschlichen Fußes dar. ...menschlichen Babinski ist die Halluxbewegung insofern be-...rkt, als sie nur die Anfangsbewegung (Dorsalflexion) nicht ...den Hauptteil der Greifbewegung, nämlich die Opposition der ... Zehe, darstellen kann, da ein M. opponens beim Hallux fehlt.

...barachnoidalblutungen vom gerichtsärztlichen Gesichtspunkt. ...d über neun Fälle isolierter subarachnoidaler Blutungen mit ...m Ausgang berichtet und darauf hingewiesen, wie schwierig ...htscheidung ist, ob es sich um spontane oder traumatische ...ngen handelt, da das pathologisch-anatomische Bild voll-...men gleich sein kann, wenn es sich um ziemlich schwere ...igungen oder um ganz kleine Traumen handelt. Zur Sicherung ...raumatischen Aetiologie sind zuverlässige anamnestische An-... möglichst in Verbindung mit Zeichen äußerer Verletzungen ...ndig. In den meisten Fällen ist es unmöglich den Ausgangs-...k der Blutung zu finden. In fast allen Fällen lag eine sym-...che basale Blutung vor. Auch bei sonst intaktem Schädel ... Traumen die Ursache bilden; in zwei Fällen fanden sich ...rsklerotische Veränderungen, dagegen waren Lues, Nieren-...akungen, Hämophilie usw. ätiologisch nicht vertreten. In ...ren Fällen war Alkoholismus als prädisponierender Faktor be-... sei es, daß er zu Traumen, sei es zu Blutdruckerhöhungen ...assung gab. Der Verlauf der Erkrankung ist oft der plötz-... tiefen Komas mit rasch darauf folgendem letalem Ausgang; ...nn nach kürzer oder länger dauernder Bewußtlosigkeit der ... wieder erwachen und meningitisähnliche Symptome mit Ver-...teit darbieten, um dann unter wiederholten, durch neue Hä-...rgien bedingten Exazerbationen zur Heilung oder zum Exitus ...ommen. Für die Diagnose entscheidend ist der Befund bei der ...lpunktion, die übrigens auch als therapeutische Maßnahme ...em sein kann. Die Erkrankung betraf alle Altersgruppen von ... 62 Jahren, bevorzugte jedoch das jüngere Alter.

...führende Studie des erotischen Verhaltens von Idioten. An ...lioten aus einer großen Irrenanstalt wurden Untersuchungen ...r die Prävalenz des Geschlechtstriebes sowie seine Sexual-...k und seine Ausdrucksart angestellt und Vergleiche mit der ...echtlichen und physischen Reife des Normalen gezogen. Bei ... Kranken bestanden erotische Wünsche, bei den weiblichen ...mals bei den männlichen, und zwar besonders in der Pubertät. ...d Fälle waren rein autoerotisch eingestellt, bei den übrigen ...tad neben dem Autoerotismus außerdem eine homosexuelle ...stlung auf die Genossen. Der Geschlechtstrieb äußerte sich ... Form von genitaler und prägenitaler Erotik und in perver-...te Erotik, wie Masturbation, mutueller Masturbation, Schaukel-...vegung, Sado-Masochismus, Oral- und Analerotik, Päderastie, Cunnilingus und Fellatio. Am häufigsten fand sich bei männlichen Idioten Masturbation und mutuelle Masturbation, bei den weiblichen: Schaukelbewegungen, orale Betätigung, Masochismus und Sadismus. Dadurch, daß beim Idioten die Libido sich nicht dem anderen Geschlecht zuwendet, wird seine Fortpflanzung verhindert und sein Absterben begünstigt, was im Sinne dem biologischen Gesetze vom Ueberleben der Besten entspricht.

W. Misch, Berlin.

The Urologic and Cutaneous Review.

Nr. 8, August 1927.

Zwillinge und Tylositas. Die angeborene Keratosis palmaris und plantaris wird wahrscheinlicher Weise durch Druck hervorgerufen, der durch die Haltung etc. der Frau auf die erkrankten Partien des Fötus ausgeübt wird. Bei Zwillingen wird möglicherweise dieser Druck dadurch hervorgerufen, daß der größere Fötus den kleineren zusammenpreßt.

Autovakzinbehandlung bei Infektionen der Harnwege. Ist die Infektion mit einem Verschluß der Harnwege verbunden, so wirkt die Autovakzinbehandlung außerordentlich günstig unter der Voraussetzung, daß zuvor der Verschluß beseitigt wird. Auch bei akuten gonorrhoischen Veränderungen der oberen Harnwege leistet diese Methode gutes; allerdings einen Wiederaufstieg der Gonokokken von den Genitalorganen her, kann sie nicht verhindern. In chronischen Fällen sind die Erfolge der Autovakzination umgekehrt proportional den bereits vorhandenen anatomischen Veränderungen. Bei chronischer Pyelitis muß neben der bakteriologischen Untersuchung und Behandlung eine urologische einhergehen.

Welche Organe sind bei Lepra ergriffen? Ist schon die Ansicht sehr zweifelhaft, die Haut sei die Eintrittspforte für die Leprainfektion, so ist es dagegen absolut sicher, daß die Haut weder der einzigste noch der dauerndste Herd der Bazillen ist. In sehr vielen Fällen, in denen auf der Haut sicher keine aktiven Krankheitsherde mehr zu finden sind, kann man noch Leprabazillen in den Lymphdrüsen, Milz, Leber, Nerven, Nasensekret etc. finden, so daß die Lepra nicht mit mehr Recht als etwa die Syphilis als reine Hautkrankheit anzusprechen ist.

Biologische Gonorrhoebehandlung. P. empfiehlt als biologische Behandlung zweimal täglich unter mikroskopischer Dauerkontrolle Injektionen von salpetersaurer Lösung $^{1}/_{400}$ eventuell stärker oder schwächer je nach dem Erfolge bis zum Schwinden der Gonokokken.

A Folha Medica.

8. Jahrgang. Nr. 14. 16. Juli 1924.

Fall von Pityrias rubra Gibert. 20jähriges Mädchen. Anamnestisch ist die Eruption eines Erythema nodosum vor vier Jahren hervorzuheben. Ueber dem Thorax und Abdomen sowie den oberen Partien der Arme und Beine zerstreut, mehr oder weniger runde blasrote Flecken von Grieskorn- bis zu Fünfpfennigstückgröße. Keine scharfen Konturen, ebenso keine Symmetrie der Eruption. Die Haut innerhalb der Flecke wies eine feine Runzelung und kaum merkbare Desquamation auf. Mit Ausnahme eines geringen Juckreizes waren keine subjektiven Beschwerden vorhanden. Die Behandlung bestand in Einpuderung mit Zinkoxyd. Nach zwei Monaten schwand die Eruption. Gegen Lues II sprach der Farbton, die Lokalisation, vor allem das Freibleiben der Haut des Gesichtes und der Extremitäten, Fehlen von Allgemeinsymptomen. Verf. sieht die Pityriasis rosea Gibert in Uebereinstimmung mit der französischen Schule als zyklische, den polymorphen Erythemen nahe verwandte Krankheit an.

Nr. 15, 1. August 1927.

Akute Hydropsie der Gallenblase infolge Kompression des Ganglion Mascagni. M. M. Fabiao.
Die Infektionskrankheiten des Kindesalters. João Amarante.
* Ueber einen Fall von spontaner Uterusruptur während der Schwangerschaft. Baptista Serrao.
Ueber rationelle Jodtherapie. Ernesto Masi.

Fall von spontaner Uterusruptur während der Schwangerschaft. 30jährige Farbige. Sechs vorherige Schwangerschaten, die ersten fünf Spontangeburten mit voll ausgetragenen Früchten. Puerperale Infektion nach der Graviditas V., die sechste Schwangerschaft endete mit Abortus im dritten Monat (Curretament). Seit dieser Zeit Unregelmäßigkeit der Menstruation, Bauchschmerzen von kolikartigem Charakter. Diese Schmerzen verstärkten sich in den letzten zwei Monaten, wobei noch Uebelkeiten und heftige Kopfschmerzen hinzutraten. Anläßlich einer mäßigen Anstrengung bei der Arbeit überaus heftiger Schmerz in der linken Bauchseite, Kollaps, hochgradige Dyspnoe und eine Blutung, letztere jedoch nur in geringem Maße. Die Untersuchung ergab hochgradige Prostration, Divergenz von Puls und Temperatur, weicher, nicht durchgängiger Gebärmutterhals, Kopfpol hoch und beweglich, kurze Zeit darauf Exitus. Bei der Autopsie wurde eine ausgedehnte, linksseitige Ruptur des Uterus, (gravid. mens. VII.), durch welche ein Teil des Fötus mit unversehrten Hüllen und der von der Insertion vollkommen losgelösten Plazenta in die Bauchhöhle hineinragte, festgestellt. Außerdem wurde ein interstitielles Fibromyom des Uterus und ein Fibrom des Ovars gefunden.

Nr. 16, 16. August 1927.

Organisation der Schwangerschaftsfürsorge in Rio de Janeiro. Arnaldo de Moraes.
Die Lungentuberkulose im brasilianischen Heere. Arthur Lobo.
Die Infektionskrankheiten des Kindesalters. (Fortsetzung.) João Amarante.

Ashkenasy, Wien.

The Journal of Oriental Medicine.

6., Nr. 6, Juni 1927.

Beitrag zur Hirschsprungschen Krankheit mit besonderer Berücksichtigung ihres Entstehungsmechanismus. K. Ogawa.
Ueber den Einfluß der Kälte auf den Tierkörper. III. Mitteilung: Die Veränderungen der allgemeinen physiologischen Funktionen. S. Yamaguchi.
Studien über den Morphinismus. VI. Mitteilung: Der Einweißstoffwechsel. S. Nishigishi.
* Die „Kantiros"-Behandlung des Erysipels und experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von „Kantiros" auf Erysipel-Streptokokken. J. Ogata.
Ueber einen Fall von Hodenkrebs. H. Machii.

Die „Kantiros"-Behandlung des Erysipels und experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von „Kantiros" auf Erysipel-Streptokokken. Im Hospital zu Dairen (Süd-Mandschurei) wurden in 14 Fällen von Erysipel ganz ausgezeichnete Erfolge erzielt durch Anwendung eines neuen Mittels, genannt „Kantiros". Es besteht in der Hauptsache aus Zincum benzoicum, β-Naphthol, Oleum camphoratum und Zincum oxydatum. „Kantiros" wirkt kupierend auf den Verlauf und verhindert ein Fortschreiten des Erysipels. Das Präparat wird von der Haut völlig reizlos vertragen, es hat eine beträchtliche Tiefenwirkung und ist stark bakterizid gegenüber Erysipel-Streptokokken.

7., Nr. 1, Juli 1927.

Beiträge zur Biochemie der Haare. 1.: Ueber den Kalziumgehalt der Haare. K. Ikeuchi.
Ueber die Oberflächenspannung des Blutes bei inneren Erkrankungen, besonders bei Lungentuberkulose. T. Yamaguchi.
* Ueber morphologische Beobachtungen der Nervenendigungsveränderungen durch Einspritzungen einiger Lokalanästhetika. S. Mitzui.
Statistische Beobachtungen über tuberkulöse Knochen- und Gelenkentzündung. O. Teramoto.
Studien über die Keuchhustenpneumonie. 5. Mitteilung: Nachträgliche Untersuchung an den Sektionsfällen der Keuchhustenpneumonie bei Menschen. T. Hayakawa.
Studien zur experimentellen Pathologie der Arterien. Erste Mitteilung. M. Imai.

Ueber morphologische Beobachtungen der Nervenendigungsveränderungen durch Einspritzungen einiger Lokalanästhetika. Kokain, Tropakokain und Novokain rufen an den Nervenendigungen die gleichen morphologischen Veränderungen hervor. Durch die Infiltration mit Anästhetizis dieser Gruppen treten an den Nervenendapparaten Quellungen, Unregelmäßigkeiten der argentophilen Substanz und Rauhigkeiten der Randpartien auf. Dagegen wurden Fragmentierungen oder bröckliger Zerfall der Neurofibrillen niemals beobachtet.

Walter Goldstein (Berlin).

Buchbesprechungen.

A. Buschke und E. Langer: **Lehrbuch der Go** nebst einem Anhang: Die Sterilität des Manne 570 Seiten mit 112 teils farbigen Textabbildungen. Berl Julius Springer Verlag. Preis 46.50 M., geb. 49,50 M. — D liegende Buch, dem Andenken Albert Neissers gewidm unseres Wissens in Bezug auf die Ausführlichkeit eine einz Erscheinung in der Literatur über die Gonorrhoe dar. Die geber dieses Werkes versuchten, unter Mitarbeit von nah Autoren, von denen jeder auf seinem Spezialgebiet in Weise einen aufschlußreichen Beitrag lieferte, den gegenw Stand der Lehre von der Gonorrhoe darzustellen. Auf diese entstand ein Werk, in dem die Gonorrhoe des Mannes, der F des Kindes nebst ihren Grenzgebieten unter Berücksichtig modernen Forschungen abgehandelt sind. — Einleitend h Martin Gumpert kurz, aber interessant, die Geschic Gonorrhoe. Ueber die pathologische Anatomie der Gonorr männlichen Urogenitalorgane berichten Christelle Jocoby. In diesem Teil, der über normale Anatomie, go ische Urethritis und Komplikationen der Gonorrhoe ausführ richtet, findet der Leser auch zahlreiche vorzügliche mik makroskopische Abbildungen. Nach der Darstellung der Phy des männlichen Genitales von Sklarz folgt der Abschni Bakteriologie und Biologie des Gonokokkus von Levinth berichtet der Verfasser über das mikroskopische Präpa Gonokokkenkultur, Serologie der Gonorrhoe, Infektion und kation im Tierversuch, Immunität, Vakzination. F. W. Oe spricht die Gonorrhoe der männlichen Urethra und ihre Beha In diesem wichtigen, mit zahlreichen Abbildungen ver Kapitel finden wir auch eine ausführliche Besprechung der skopie der männlichen Harnröhre. — Das nächste Kapitel, krankungen der männlichen Adnexorgane gewidmet, i A. Buschke und E. Langer verfaßt. Diese Autoren b hier über Untersuchungstechnik unter Berücksichtigun modernen Methoden (z. B. Methode von Picker usw.), sow die Therapie der Adnexerkrankungen. — Die Gonorrhoe d hat eine vorzügliche Darstellung durch Stickel gefunden. die Gonorrhoe der Kinder berichtet der viel mit dieser Fr schäftigte Erich Langer. — Es folgt dann eine ausführlic handlung von Krückmann über gonorrhoische Augenkran — Peiser beschreibt die Gonorrhoe des Rektums u gonorrhoischen Allgemeinerkrankungen. Die folgenden Kapit „Hautkrankheiten bei Gonorrhoe" von Erich Langer Chirurgie der Gonorrhoe" von A. v. Lichtenberg und „S Prostitution und Prophylaxe", ein Artikel, den viele Aer grüßen werden, dargestellt von Fischer. Dem Buche is ein Anhang beigegeben: „Ueber Impotenz (Sterilität) des und sexuelle Konstitution", der in Leopold Pulverm einen vorzüglichen Darsteller gefunden hat. Natürlich ist möglich, über dieses Werk von über 570 Seiten in einer kurz sprechung ausführlich Bericht zu erstatten. Man kann abe aus dem beigebrachten kurzen Inhaltsverzeichnis ersehen, daß Buch sozusagen eine „Enzyklopädie" der Gonorrhoe darstellt findet man in Hülle und Fülle alles, was mit dieser Erkran Zusammenhang und in Beziehung steht. Infolgedessen bie Buch nicht nur dem Spezialisten, sondern vor allem auc praktischen Arzt sehr wertvolle Hinweise in allen Frag denen er in seiner Praxis in Berührung kommt. Man kann de ausgebern für das glänzende Gelingen ihrer durchaus nicht l Aufgabe nur dankbar sein und ihrem Werke die wohlverdien breitung wünschen. E. Kontorowit

---

Oppenheim, Moritz: **Praktikum der Haut- un schlechtskrankheiten für Studierende.** Von Moritz Oppen 5. vermehrte und verbesserte Aufl. Leipzig und Wien. Brosch Franz Deuticke. 55 Textabb. — Das Praktikum ist auch in se stark vermehrten und verbesserten Auflage in erster Linie f Studenten, aber auch für den prakt. Arzt bestimmt. Es zeichn in allen seinen Kapiteln durch klare plastische Darstellung aus bunden ist diese mit wohltuender Kürze, die durch Prägna Ausdruckes, Vermeidung jeder Phrase, aller theoretischen fragen und Hypothesen hervorgebracht ist, die dagegen all den Studenten Wissenswerte und Notwendige auf diesem G bringt. Auf die wirtschaftliche Verschreibungsweise ist leid wenig Rücksicht genommen, obwohl dies — wenigstens in De land — in der Kassenpraxis die allergrößte Rolle spielt. Au kurzes Kapitel über die Therapie der hereditären Lues un gonorrhoeerkrankten Mädchen in einer der nächsten Auflage wohl bald erscheinen werden, wäre — dem Praktiker zum mi — sehr erwünscht. Dr. F

Therapeutische Mitteilungen.

Stationen der Rettungsgesellschaft der Wassersportvereine von Groß-Berlin.
tender Arzt: Dr. Rolf Friedlaender, Berlin-Charlottenburg.

zifische und unspezifische Cutantherapie.

(Lyssia-Salbe in der kleinen Chirurgie.)

icht viele Salben mit angeblich guter Granulations- und Bindesneubildung haben ihre Anhängerschaft unter den Chirurgen rmatologen nicht voll zu befriedigen vermocht. Der Gedanke ezifischen Therapie, zumal bei Staphylokokken- und Strepto- -Invasion und ähnl. durch dermotropen Virus hervorgerufene kungen hat zu sehr auf die Gemüter gewirkt, als daß sie unter nfluß ihrer recht erheblichen Mißerfolge bereits für überwunden könnte. Oedon (1) glaubt zwar, durch die Cutivakzination das greifen der Infektion verhindern zu können. Er findet den Er- r Vakzination nicht in den Antikörpern, sondern in den aller- Veränderungen der Hautzellen. In dem Filtrat von Staphylo- reptokokken-Bouillonkulturen ist ein ungiftiger thermostabiler achweisbar, welcher der Haut gegenüber ebenfalls Elektivität und auf dem Wege der Injektion oder des Umschlages schon tunden Injektionsschutz bietet. Trotz der bestechenden Theo- sich, wie gesagt, die Therapie keine grundsätzliche An- ung verschaffen können, so daß nicht nur neben ihr, sondern r die unspezifische Wund- und Ekzembehandlung steht. Dabei die Frage der Immunität, wie sie in Tierversuchen durch intra- Einspritzungen mit Strepto-Vakzinen erzielt werden konnte, ar eine nebensächliche Rolle, obschon man annahm, daß diese tät sich nach und nach auch auf die ganze Hautoberfläche er- e. Mit Recht erwähnt daher Siemens (2), daß viele auf kon- neller Ueberempfindlichkeit beruhende Hautaffektionen quanti- Schwankungen erkennen lassen.

E unterscheidet dabei zwischen dauerhaften Ueberempfindlich- auf konstitutioneller (allergischer) Basis und solche von vor- gender (nicht allergischer) Ueberempfindlichkeit Bloch (3). geht ein großer Teil von „Mißerfolgen" mit der gewöhnlichen efischen Salbenbehandlung zu Lasten dieser beiden Krankheits- nd dürfte eben der Reizfähigkeit bestimmter Hautpartien zuzu- en sein. Auch auf dieser selben Linie liegen die Gedanken es (4), wenn er von zwei Wegen der symptomatischen Ekzem- spricht. Er nennt den einen seit alters her üblichen, in der ache örtlich beschränkten, fussend auf der rein anatomischen ung vom Wesen des Ekzems, (Unna, Herba) und den zweiten, e bisher geglückte Beweisführung die „Möglichkeit inneren seins" nicht ganz ausschließen will.

erners Laboratoriumsversuche haben ja auch nach der nega- eite ergeben, daß z. B. nur aus wenigen Mineralölen ausge- n bindegewebsanregende Bestandteile isoliert werden können, rgab sich die immerhin aufschlußreiche Tatsache, daß fast he auf dem Markt befindlichen Oele mineralischen Ursprungs der zu wenig chemisch noch wirksame Bestandteile oder itig auch noch unliebsam störende enthalten." Schließlich die sogenannten Träger der Bindegewebsenergie (die unge- n Kohlenwasserstoffe) für sich isoliert oder in reiner Her- nicht das ungestörte Gewebswachstum erkennen, wie in schaft mit ihren ursprünglichen Begleitstoffen. So bleibt denn pezifische Therapie bisher wissenschaftlich und praktisch aus- sicher; Lange (5) sagt, daß die Funktion der Haut bei Immu- orgängen arg umstritten ist und gesteht, daß ein allzugroßer mus gegenüber der Antivirusbehandlung nicht angebracht ist. Überblickt man unter diesem Gesichtswinkel die moderne Lite- o wird bei Gewebsverlusten und ekzematösen Erkrankungen Kreis wirklich guter, d. h. praktisch wie theoretisch erprobter e immer enger, unter Anlehnung an alte, billige Pharmaka ist e pharmakodynamische Wirkung dort eher erkennbar als bei litteln, deren Wert in Kombinationen kühnster Art liegen soll. hmmers (6) Hinweis auf seine Erfolge mit Ratanhiasalbe und ens (7) Definition über die Aetiologie des Ekzems als auf er- e Azidität des Blutes und Gewebes beruhend, dürfte eher zur achung unseres therapeutischen Denkens beitragen und die „deutliche Ueberlegenheit einer lokalen Hautbehandlung gegenüber einer inneren" (8) beweisen. Schließlich lassen unsere Kenntnisse von der eigenen inneren Sekretion der Haut mit den Fähigkeiten der Esophylaxie Erich Hoffmanns nach dem Vorbild vom Wirkungsmechanismus der endokrinen Drüsen zur Zeit noch keine allzustarke Berücksichtigung dieser Fragen bei der Behandlung dieser Krankheitsgruppen zu. So wird die Tatsache verständlich, daß allgemein die „Salbe" wieder ein Plus an Geltung gewinnt und nur dort an zweiter Stelle rangiert, wo der wirklich erwiesene Zusammenhang der Hauttätigkeit mit dem Allgemeinstoffwechsel bessere therapeutische Aussichten zuläßt.

Für die vielen Ekzeme, Furunkulose und herpetiformen Erkrankungen, wie wir sie täglich, auch im praktischen Sportbetrieb erleben, ist eine universell verwertbare Salbe ratsam. Die Möglichkeit individualistischer Behandlung ist dort undurchführbar, wo die schnelle Hilfe seitens der Masse verlangt wird, aber auch dort, wo der einzelne oft ohne genaue Kenntnis der Aetiologie zweckmäßig arbeiten will

Die „Lyssia-Salbe" der Chemisch-Pharmazeutischen Produkte Wiesbaden erfüllt nach unseren Erfahrungen diesen Zweck als brauchbare Ekzemsalbe, aber auch als Mittel, „das Bindegewebe zu gesteigertem Wachstum anzuregen und damit den Ersatz tiefer liegender Substanzverluste mit Sicherheit zu beheben." So konnte bei einer Reihe stark sezernierender Wunden die rasche Abnahme der Sekretion beobachtet werden, ebenso wie bei infizierten Wunden der heilende Einfluß unverkennbar war.

Unter den vielen Salben hat die „Lyssia-Salbe" zweifellos den Vorteil einer breiten Anwendungsbasis, und dieser Vorteil bei gleichmäßig guter Wirksamkeit in der kleinen Chirurgie wie in der Dermatologie sollte der Salbe in der Hand des Praktikers wie im Wirkungskreis des Chirurgen, besonders im unfallärztlichen Sinne eine besondere Stellung einräumen.

Literaturverzeichnis.

1. R. Oedon: Börgogyaszati Urologai es Venerologae Szemle, Budapest, 23. 4. 1926.
2. Siemens, München: M. m. W. 1925 S. 323—325 Nr. 32.
3. Bloch: Archiv f. Dermatologie 1924, 145, 34.
4. Gustav Stümpke, Hannover: Kl. W. 1926 5. Jahrg. 42.
5. B. Lange: D. M. W. 1927 Nr. 17, S. 714 ff.
6. Goldhammer, Wien: Derm. W. Bd. 84 Nr. 16.
7. Hansen, Dorpat: Derm. W. Bd. 84 Nr. 18.
8. Touton, Wiesbaden: Knolls Mitteilungen für Aerzte Juli 1927.

Ein Beitrag zur Desinfektion von Mund- und Rachenhöhle.

Von

Dr. med. STADION, Halle an der Saale.

Es ist bekannt, daß die Eingangspforte für die meisten Infektionskrankheiten die Tonsillen darstellen neben den leicht verletzbaren Schleimhäuten der Nase und der Mundhöhle.

Hier in den Lakunen der Tonsillen können die Krankheitserreger sich meist ungestört schnell vermehren, können in die Tiefe dringen, sodann auf dem Lymphwege in die benachbarten Lymphdrüsen gelangen, von hier wiederum in die Blutbahn oder in die Organe gelangen, auf die sie es besonders abgesehen haben.

So werden die Erreger des Scharlachs, der Diphtherie, der Poliomyelitis acuta, der Masern, der Grippe und des akuten Gelenkrheumatismus von den Tonsillen zumeist in die Blutbahn gebracht, um dann die schweren Krankheitserscheinungen auszulösen.

Es dürfte daher für jeden Menschen, besonders für den Arzt, der doch oft den Gefahren einer Infektion ausgesetzt ist, eine Notwendigkeit sein, seine Rachenhöhle bequem desinfizieren zu können, so daß einerseits er selbst keinen Schaden durch die Desinfektion erleidet, daß andererseits eingedrungene Bakterien und Krankheitserreger schnell abgetötet werden.

Die viel angewandten Desinfektionsmittel des Rachens: Wasserstoffsuperoxyd, übermangansaures Kali, Borsäure etc. sind in ihrer gebräuchlichen Verdünnung m. E. kaum imstande, Bakterien abzu-

töten, sie wirken auch nur oberflächlich, abgesehen von der Umständlichkeit der Zubereitung.

Eine stark bakterizide Wirkung entwickeln die Anginos-Tabletten, die von den Temmler-Werken, Berlin-Johannisthal, hergestellt werden.

Diese Tabletten bestehen aus einer Mischung von Para-Formaldehyd, Menthol, Zucker und Geschmackskorrigentien. Ihre bakterizide Wirkung beruht hauptsächlich auf der Anwesenheit des sich leicht abspaltenden Formaldehyds. Wenn man in Erwägung zieht, wie schnell desinfizierend Formaldehyd solutum schon auf die äußere Haut wirkt, daß im Entstehen begriffene Furunkel nach mehrmaligem Abwaschen mit Formaldehydlösung eintrocknen, daß eine Furunkulose leicht verhütet werden kann, indem man die Umgebung des ersten Furunkels mit Formaldehyd solutum reinigt, bis leichtes Brennen der Haut entsteht, so wird man erkennen, daß es in die Tiefe dringt und bei den zarten Schleimhäuten der Mundhöhle eine weit stärkere Desinfektionswirkung entfalten muß.

Aus der Literatur möchte ich zunächst die Arbeit von S. Dau „Zur desinfizierenden Wirkung des Formaldehyds auf Schleimhäute" (Medizinische Klinik 1906, S. 410) erwähnen, der auf Grund von bakteriologischen Untersuchungen zu dem Schlusse kommt, daß der Mundspeichel nach Einwirkung des Formaldehyds bakterientötende Kraft habe; sodann die Arbeit von Dr. P. Jaenicke-Berlin „Zur desinfizierenden Wirkung des Formaldehyds auf Schleimhäute" (Medizinische Klinik Seite 89), der die klinischen Resultate von Daus bestätgt und erweitert.

Schließlich möchte ich noch die Arbeit von Dr. O. P. Stöger: „Ueber Halspastillen als Therapeutikum und Adjuvans" (Wochenschrift für physikal.-diätetische Heilkunde, Juni 1917) anführen, der sich wie folgt zusammenfassend äußert: „Die Anginostabletten bedeuten für die kausale Behandlung von Affektionen der oberen Luftwege, und als therapeutisches Adjuvans auch bei Larynx- und Lungentuberkulose, Bronchitiden, Asthma und verwandten Zuständen einen sehr wertvollen Behelf. Sie haben einen entscheidenden Einfluß auf die Expektoration durch Verflüssigung der zähen Sekrete, lindern und kupieren Hustenreiz und Dysphagiebeschwerden, insonderheit bei Larynx-Phthisis.

Daß die desinfizierende Wirkung der Anginostabletten eine äußerst starke und prompte ist, bestätigen meine Erfahrungen.

Zunächst möchte ich darauf hinweisen, daß ich selbst seit Anwendung der Anginostabletten von Infektionskrankheiten verschont blieb, trotzdem ich von Scharlach-, Diphtherie- und Grippekranken sogar angehustet wurde.

Auch in meiner Familie haben sich die Anginostabletten als krankheitsverhütendes Mittel vorzüglich bewährt.

Aber nicht allein als vorbeugendes Mittel, sondern auch als Heilmittel haben sich in meiner Praxis die Anginostabletten erwiesen.

In mehreren Fällen von Angina catarrhalis erzielte ich mit vier- bis fünfmal täglicher Anwendung von Anginostabletten rasche Heilung, indem die quälenden Schlingbeschwerden verschwanden und die Schwellungen der Tonsillen und Drüsen zurückgingen. Besonders gern wende ich Anginostabletten in denjenigen Fällen an, wo die Patienten teils aus Unfähigkeit, wie z. B. bei Kindern, teils aus Mangel an Zeit infolge Berufstätigkeit nicht imstande waren, zu gurgeln.

Bei Diphtherie und Skarlatina verwendete ich Anginostabletten ebenfalls aus obengenanntem Grunde als Unterstützungsmittel der sonstigen Therapie.

Schädliche Einwirkungen auf den Magen habe ich bei richtiger Anwendung nie beobachten können, doch möchte ich vor reichlichem Gebrauch warnen, um evtl. Reizerscheinungen auszuschließen.

Ich hoffe, daß meine Ausführungen dazu beitragen, daß die Anginostabletten Gemeingut aller Aerzte werden, um so mehr, als die herstellende Firma, Temmler-Werke, Berlin-Johannisthal, das Präparat neuerdings durch Schaffung einer Einheitspackung von 20 Tabletten zum Preise von 0,60 M. wesentlich verbilligt hat und keine Laienpropaganda betreibt.

Erfahrungen mit Hexal.

Von

Dr. med. Victor HERLING, Facharzt, Brünn.

Täglich erscheint eine große Anzahl neuer Medikamente Markte, um zum großen Teil nach kurzem Dasein wieder Bildfläche zu verschwinden.

Häufig ist es nur eine ausgiebige — oft nicht ganz einwand Reklame sogar in den Tageszeitungen, die manchem Präp einige Zeit Verbreitung und Verwendung verschafft.

Für den beschäftigten Arzt, insbesondere für den Praktike in allen Fällen schwer, sich zurechtzufinden, für welches Prä sich entscheiden soll, da er ja bei seiner Vielseitigkeit und Beschäftigung meist nicht Zeit hat, sich mit dem Studium der einzelner Präparate zu befassen. Er ist daher darauf ange sich auf die Resultate eingehender Prüfung zu verlassen.

Der Zweck dieser Zeilen ist es, die Kollegen bzw. die P auf ein Präparat aufmerksam zu machen, daß sich mir be langer Verwendung bestens bewährte. Es handelt sich um der Firma J. D. Riedel A.-G., Berlin-Britz, hergestellte (Sulfosalizylsaures Hexamethylentetramin).

Ich verordnete Hexal sowohl in der Privat- als auch Kassenpraxis in einer großen Zahl von infektiösen Erkrankun Harnwege, wie Urethritis bacterica und Zystitis, besonders Prostatahypertrophie hervorgerufen, und habe stets beste gesehen.

In kürzester Zeit machte sich die sedative Wirkung des geltend, die Schmerzen ließen überraschend schnell nach Harndrang hörte auf. Die starke antiseptische Wirkung des die nach der vorherrschenden Auffassung durch Forma abspaltung zustande kommt, bewirkte ein schnelles Klarwer Urins und eine deutliche Hemmung des Bakterienwachstum durch kann ein Uebergreifen der Entzündung auf Harnleit Nierenbecken fast mit Sicherheit verhütet werden. Auc instrumentellen Eingriffen wie Endoskopie, Katheterisieren Hexal ein vorzügliches Prophylaktikum gegen bakterielle Infe

Aber auch in allen Fällen von Gonorrhoe verordne ich He kann durch jahrelange Beobachtung bestätigen, daß in den Fällen eine wesentliche Abkürzung des Krankheitsprozesses wurde. Wichtig ist ein möglichst frühzeitiger Beginn d handlung in genügend hoher Dosierung von 3—5 mal täglic Tabletten Hexal zu 0,5 g. Zur Erleichterung der Resorption schleunigung der Wirkung empfiehlt es sich, die Tabletten Wasser gelöst zu nehmen.

Niemals traten bei Gebrauch von Hexal, selbst wenn es Zeit eingenommen wurde, unangenehme Nebenerscheinungen besondere zeigte sich keinerlei Kumulation. Nach meinen Erfa verdient Hexal unstreitig in erster Reihe unter den Harnanti genannt zu werden.

Aus dem Lazarett des Stadtvogteigefängnisses und Frauengefängnisses zu

Zur Behandlung von Hautkranheiten mit Dumex-Salbe.

Von

Strafanstalts-Medizinalrat Dr. med. A. F. WOKER.

Im Stadtvogteigefängnis und Frauengefängnis habe ich vergangenen Monaten bei den hier so häufig zur Beoba kommenden Hauterkrankungen die im Laboratorium Dr. Seyler, Berlin, hergestellte Dumex-Salbe angewand selbe enthält als wirksame Mittel das blutstillende und se lindernde Extrakt. hamamelidis, ferner den durch seine irrit und hyperämisierende Wirkung bekannten Camphor. japon. Desinfiziens und Antiseptikum das Acid. carbolicum, welc Stoffe an ein Salben-Konstituens gebunden sind, bestehe Adeps lanae, Vaselini americ., Ol. olivar., das auf Grund sei sammensetzung allen Anforderungen in bezug auf Resorbier und Reizlosigkeit entspricht.

Im einzelnen sind folgende Fälle zur Behandlung gek In 2 Fällen von intertriginösem, akutem, nässendem Ekzem d des Skrotums und des Dammes bei einem 26jährigen und 28j Manne, wo mir bei letzterem die Ursache: Waschungen mit

unt war, hörte bei Anwendung der Dumex-Salbe sofort das e Hautjucken auf. Die vollständige Heilung trat dann in rem Falle nach zehntägiger, im zweiten Falle nach vierzehnr Behandlung ein.

in Ekzem des rechten Zeigefingers bei einer in den Heizen tätigen Frau von 24 Jahren kam unter Dumex-Verbänden etwa 14 Tagen zur Abheilung.

in Unterschenkelekzem nach Beingeschwür bei einer 40jährigen gebrauchte 3 Wochen zur Heilung.

ei einem ausgedehnten Schweißekzem der Schulter und Brust 36jährigen Mannes, das schon hartnäckig längere Wochen beund durch den Juckreiz unerträglich war, ließ der Juckreiz Verabfolgung von Dumex-Salbe nach, und nach etwa 3 Wochen ehandlung war das Ekzem zur Heilung geführt.

ei einem jungen Manne von 26 Jahren war die Haut um die alb des Nabels bestehende Kotfistel des Querdarms (nach Opeentstanden) in Handtellergröße ekzematös verändert und teilweise vollständig bei der Aufnahme. Während unter asten-Verbänden nach dem jedesmaligen Säuberungsbade sich ingsame und geringe Besserung zeigte, trat dieselbe über Ern schnell unter der Dumex-Salbenbehandlung ein. Nach achtr Behandlung war die Umgebung der Kotfistel bis zum Fistelig überhäutet, und die Haut bleibt daselbst jetzt weiter unter Behandlung reizlos und vollständig intakt.

in fünfmarkstückgroßes und talergroßes Beingeschwür bei pfadern an den Unterschenkeln einer 47jährigen und 65jährigen kamen nach vierzehntägiger bis zehntägiger Behandlung zur häutung.

ne zweimarkstückgroße Pyodermie in der Mitte des rechten beins bei einem 28jährigen Manne heilte unter Dumexvern in 8 Tagen ab.

ünstige Einwirkungen wurden von der Dumex-Salbe ferner al bei ausgedehnten Verbrühungen ersten und zweiten Grades n Unterschenkeln zweier in der Kochküche beschäftigten n beobachtet, die nach wenigen Tagen soweit wiederhert waren, daß sie den Dienst in der Küche wieder aufnehmen en.

ndlich wurde ein stark juckender und leicht nässender Hämorlknoten bei einem 36jährigen Manne unter der Behandlung mit me-Salbe sehr bald beschwerdefrei.

allen diesen Fällen wurde von den Behandelten immer wieder ngenehm kühlend wirkende, den Juckreiz stillende und die erzen lindernde Salbe gelobt. Mir selbst aber hat hier die me-Salbe bei der Behandlung so gute Dienste geleistet und deutle/orteile gebracht, daß ich dieselbe im Bestande meines Arzneiaes nicht mehr missen mag.

icht unerwähnt möchte ich hier dann noch lassen, daß die in rtzter Zeit aufgenommenen Behandlungsversuche von Fluor smit aus der Dumex-Salbe hergestellten Vaginal-Ovalen gute ole zu versprechen scheinen.

Ueber antikonzeptionelle Schutzmittel.

Von
Dr. med. ESSER, Arzt in Baden-Baden.

ur zu oft wird der Arzt in der Sprechstunde um Mittel gefragt, ue Schwangerschaft verhüten sollen. Sicherlich hat ein großer er Fragenden keinen Grund, der zur Anwendung eines solchen te berechtigen könnte. Aber falsch wäre es, alle Fragenden mit n vornehmen Ignorieren abzutun. Es gibt eine Reihe von Krank- e bei der Frau, wo der Arzt nicht nur das Recht, sondern auch bedingte Pflicht hat, ein empfängnisverhütendes Mittel zu fehlen.

derseits sind ihm als Hausarzt die gesundheitlichen Interessen milie anvertraut. Er kann ermessen, ob eine Schwangerschaft esundheit der Frau sehr schädigen oder ob der Nachwuchs esunder sein wird, indem er den Gesundheits- und Kräftezuder Eltern, auch unter Berücksichtigung der sozialen Verhältserwägt. Andererseits hat der Arzt Verpflichtungen im Interer Allgemeinheit. Ungesunde Nachkommenschaft hat nicht nur nd Elend, sondern auch größte Gefahr für die Mitmenschen zur g. Aus allen diesen Gründen muß der Arzt über ein Mittel eifen, womit er unerwünschte und gefahrbringende Nachkommenhaft verhüten kann.

Ein Ratschlag zur sexuellen Enthaltsamkeit wird wohl in den allerwenigsten Fällen beachtet werden. In den meisten Fällen wird, um eine Schwangerschaft zu verhüten, der Coitus interruptus ausgeübt, manchmal in jahrelanger Ehe. Welche unglücklichen Folgen davon sind beobachtet worden! Abgesehen von dem Eheglück, das mehr oder weniger darunter leidet, stellen sich bei Mann und Weib die schwersten organischen und nervösen Störungen ein. Ich hatte Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, wo in einer Ehe durch jahrelang ausgeführten Coitus interruptus aus Angst vor der Uebertragung einer früher überstandenen Krankheit des Vaters auf die Nachkommenschaft, der Mann derartig hochgradig neurasthenisch und psychisch deprimiert wurde, daß er schließlich ganz zusammenbrach und seine leitende Stellung in einem Betriebe aufgeben mußte. Die Ehe wird gelöst. Bei Frauen konnte ich ebensolche nervösen Erscheinungen beobachten, die teilweise bis an das Höchste von Hysterie grenzten und abnormste Perversität zur Folge hatten. Außerdem stellten sich chronische Gebärmutterleiden, Migränen, Herzbeschwerden u. a. ein.

Wenig Günstiges sah ich von der Benutzung von Pessaren. Abgesehen davon, daß die Frauen sich diese meist selbst einführen, und diese dann selten richtig sitzen, wodurch die Sicherheit schon illusorisch ist, haben auch sie bei längerem Gebrauch für die Gesunheit der Frau die übelsten Folgen. Auch hier stellen sich dann Gebärmutterentzündungen, Erosionen, Ausfluß usw. ein. Andererseits wird auch dabei zu wenig die Hygiene beobachtet. Ich habe besonders in der Arbeiterbevölkerung Frauen gesehen, die unglaublich lange Zeit ihr Pessar trugen und es nur gelegentlich einer Untersuchung des Arztes — wo ich trotz Pessar mehrmals Gravidität feststellen konnte — herausnahmen.

Die Anwendung des Gummikondoms seitens des Mannes geschieht auch seltener und ist nicht zu empfehlen. Auf die Dauer erzeugt es dieselben Erscheinungen bei beiden Partnern wie der Coitus interruptus.

Spülungen nach dem Beischlaf mit keimtötenden Mitteln sind auch nicht sicher. In vielen Fällen hat sich die Befruchtung schon vor der Ausspülung vollzogen.

So bürgerten sich mehr und mehr Schutzmittel in Form von Tabletten ein, die von der Frau vor dem Beischlaf in die Scheide eingeführt werden. Die chemische Industrie stellte eine Reihe von derartigen Mitteln her, die aber in den wenigsten Fällen vollständig den Anforderungen, die man an sie stellte, genügten. Ich habe mehrmals eine Schwangerschaft beobachten können, wo vorher regelmäßig vor dem Verkehr Tabletten oder Suppositorien angewandt worden waren. Oft konnte ich bei Frauen Ausfluß feststellen, den ich auf die Anwendung von gewissen Tabletten zurückführe.

Viele Tabletten haben auch den Nachteil, daß sie sich zu langsam im Scheidensekret lösen und ihre Wirkung bei Ausübung des Verkehrs noch gar nicht entfaltet hatten.

Ich verordne nun seit einiger Zeit das von der Firma Horn & Co., Frankfurt a. M., hergestellte Contrapan-Homefa. Es sind dies Vaginalglobuli aus einer gallertigen Masse, die Chinin zu 1%, Hydrarg. oxycyanat. zu 0,2% und Acid. boric. zu 3% enthalten. Sie sind frei von Fett und Oel, so daß sie die Wäsche nicht beschmutzen, sowie vollständig in kürzester Zeit ganz löslich. Die wirksamen Stoffe sind in einer bei Körpertemperatur sofort schmelzenden Masse schon gelöst, so daß die Schutzwirkung sofort nach Einführen in die Vagina eintritt. Außerdem sind in dem Präparat Stoffe enthalten, denen nach Untersuchung von Kramer und Rotschild eine bakterientötende Wirkung zukommt. In allen Fällen, wo ich das Präparat anwandte, habe ich besonderes Augenmerk darauf gerichtet, wie sich bei längerem Gebrauch die Schleimhäute der Vagina verhalten. Durch mehrfache Untersuchungen konnte ich feststellen, daß sich niemals Fluor zeigte, auch waren keine Reizerscheinungen der Schleimhäute zu sehen. Das Wichtigste aber, ich habe bei eineinhalbjähriger Verordnung bisher keinen Mißerfolg mit dem Präparat gehabt. Darunter waren mehrere Fälle, die sehr empfängnisfähig waren. Bei mehreren überstandenen Schwangerschaften hatte vorher ein einmaliger Verkehr zur Befruchtung genügt. Mir wurde auch immer die Wirksamkeit und Annehmlichkeit des Mittels gelobt.

Zusammenfassend kann ich sagen, daß der Arzt in allen Fällen, wo eine Schwangerschaft kontraindiziert ist, in dem Präparat Contrapan-Homefa ein zuverlässiges, harmloses, nicht gesundheitsschädliches und den Geschlechtsverkehr nicht störendes Schutzmittel in der Hand hat, das er seinen Patienten verordnen kann.

Therapeutische Notizen.

Ekzebrol bei Ekzem und Pruritus.

Nässendes Analekzem und quälenden Pruritus, die anderer Therapie nicht wichen, behandelte Nees mit intravenösen Ekzebrol-Einspritzungen. Nach der fünften Spritze ließ der Juckreiz nach, um nach der achten Spritze völlig und dauernd zu verschwinden. In mehrmonatiger Beobachtung ist der Patient seither gesund und hat auch das durch das peinigende Jucken und den Mangel an Schlaf verlorene Körpergewicht wieder eingebracht. (M. m. W. 1927, Nr. 36). — Hersteller des Ekzebrol: E. Tosse & Co., Hamburg 22.

Sulfoderm-Puder.

Schwefelpuder mit 1% S.

Anwendungsgebiet: Zur Behandlung von Hautkrankheiten, bei denen die Schwefeltherapie indiziert ist, z. B. Akne, Seborrhoe, Ekzeme, Pityriasis, Pyodermitis, ferner zur Behandlung von fettigem Kopfhaar.

Vorzüge: Im Sulfoderm-Puder ist der Schwefel der Pudersubstanz nicht rein mechanisch beigemengt, sondern jedes Puderteilchen ist mit einem ultramikroskopischen Ueberzug von Schwefel versehen. Eine Entmischung von Puder und Schwefel ist nicht möglich, da der Schwefel an den Puderteilchen fest adsorbiert ist.

Sulfoderm-Puder besitzt die Farbe der Haut, so daß seine Anwendung nahezu unsichtbar bleiben kann. Der Geruch des Puders kann infolge des Zusatzes eines dezenten Parfüms als angenehm und unaufdringlich bezeichnet werden.

Originalpackungen: Dosen zu etwa 35 g.

Hersteller: Chemische Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden.

Zur Behandlung von Darmdyspepsien bei Lungentuberkulose.

Verfasser verweist auf die Wichtigkeit der richtigen Deutung und Behandlung darmdyspeptischer Symptome bei Lungentuberkulose. Tonusänderungen, Magen- und Darmptosis als Teilausdruck des asthenischen Habitus, ein labiles vegetatives Nervensystem als Ursachen initialer Darmstörungen, Fermentschwäche des Pankreas und Dünndarmes, Fäulnisbegünstigung durch toxische Supersekretion und die Entwicklung spezifischer ulcera auf dem Boden der vom Autor als „prätuberkulöse Enterokolitiden" bezeichneten Darmstörungen werden eingehend besprochen. Die Therapie soll neben diätetischen Maßnahmen, die vor allem in der Entziehung fäulnisfähiger Substanzen zu bestehen hat, peristaltikhemmende Mittel vermeiden und darauf hinzielen, die Bakterienflora umzustimmen, die Darmsupersekretion einzuschränken, mechanische Reize fernzuhalten. Die Nahrung soll eine möglichst schlackenarme sein, die schon im Dünndarm resorbiert wird und den Dickdarm wenig belastet. Verfasser tritt für die Adsorptionstherapie ein und berichtet von Erfolgen mit dem Reiß'schen Carbo-Bolusal*), einer Kombination feinst pulverisierten Tierkohle mit einer Aluminium-Wismutkalkverbindung. Schließlich wird noch darauf hingewiesen, daß die labilen Sekretionsverhältnisse von Magen und Pankreas häufig die Zufuhr von Salzsäure und Pankreassubstanz notwendig machen.

Ref. aus D. M. W. 1927/29, Dr. Ernst Paulsen, Heilanstalt Alland.

Gono-Yatren.

Zusammensetzung. Aufschwemmung frisch von Patienten gewonnener Gonokokken verschiedenster Stämme in 4 prozentiger Yatren-Lösung, welche die Abtötung der Bakterien unter Vermeidung einer Beeinflussung des Bakterieneiweißes und dessen antigener Eigenschaften bewirkt. Die therapeutische Wirkung setzt sich zusammen aus der spezifischen Wirkung der polyvalenten Gonokokkenstämme als Vakzination mit Bakterienantigenen und der unspezifischen Wirkung des Yatren.

Indikationsgebiete. Bei akuter und chronischer Gonorrhoe (männlicher und weiblicher), sowie zur Therapie der Komplikationen der Prostatitis, Epididymitis und Adnexerkrankungen des Weibes.

*) Hersteller Dr. R. Reiß, Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik.

Anwendungsform. Intraglutäal 1—4 ccm oder intravenös 0,5—3,0 ccm mit verschiedenem Keimgehalt in drei- bis viertägigen Intervallen.

Handels- und Kassenpackungen.

Orig.-Karton mit 6 Amp. zu 2½ ccm, enth. Stärke 1—6 mit 25, 50, 75, 100, 150, 200 Mill. Keimen in 1 Amp. bei gleicher Menge und Konzentration der Yatren-Lösung.

Flasche zu 25 ccm mit 50 Mill. Keimen in 1 ccm.

Herstellerfirma: Behringwerke, A.-G., Marburg-Lahn.

Silargel.

Chlorsilber-Kieselsäure-Gel mit 0,5% Ag zur Adsorptiv-Desinfektion.

Anwendungsgebiet: 1. Extern: zur Behandlung von Ulzerationen (Ulcus cruris), Brandwunden, infizierten Wunden, nässenden Ekzemen (Intertrigo, Otitis, Nasopharyngitis; zur Trockenbehandlung von Fluor albus. 2. Intern: zur Behandlung von Magen-Darm-Affektionen auf infektiöser oder chemischer Grundlage, insbesondere in Fällen, in denen ein zuckerfreies Präparat gewünscht wird. Bei interner Verabreichung gibt man mehrmals täglich ½—1 Teelöffel in etwas Flüssigkeit.

Vorzüge: Silargel zeichnet sich durch sein bedeutendes Adsorptions- und Desinfektionsvermögen für pathogene Mikroorganismen, sowie durch maximales Adsorptionsvermögen für Toxine bei minimalster Einwirkung auf die wichtigen Fermente, insbesondere Pepsin und Trypsin, aus. Es ist vollständig reizlos, ungiftig, geruchlos, fast geschmacklos und von weißer Farbe.

Originalpackungen: Blechdosen zu 25 und 100 g.

Klinikpackung: Blechdosen zu 500 g.

Hersteller: Chemische Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden.

Strepto-Yatren.

Zusammensetzung. Eine Aufschwemmung frisch von Patienten gewonnener polyvalenter Streptokokken verschiedenster Stämme in 4 prozentiger Yatren-Lösung, welche die Abtötung der Bakterien unter Vermeidung einer Beeinflussung des Bakterieneiweißes und dessen antigener Eigenschaften bewirkt. Die therapeutische Wirkung setzt sich zusammen aus der spezifischen Wirkung der polyvalenten Streptokokken-Stämme als Vakzination mit Bakterienantigenen und der unspezifischen Wirkung des Yatren.

Indikationsgebiete. Bei allen Arten von Streptokokken-Infektionen lokalisierter und generalisierter Art; Erysipel und Sepsis.

Anwendungsform. Intramuskulär 2—5 ccm oder intravenös 0,5—2,0 ccm. Beginnend mit Stärke I und unter Berücksichtigung der eintretenden Reaktion in entsprechenden Intervallen steigend bis Stärke VI, oder man bedient sich der Flaschenpackung mit 50 Mill. Keimen in 1 ccm.

Anmerkung. Bei der Behandlung septischer Erkrankungen wird das Staphylo-Yatren in Verbindung mit dem Strepto-Yatren in Mischspritze verwandt.

Handels- und Kassenpackungen.

Orig.-Karton mit 6 Amp. zu 2½ ccm, enth. Stärke 1—6 mit 25, 50, 75, 100, 150, 200 Mill. Keimen in 1 Amp. bei gleicher Menge und Konzentration der Yatren-Lösung.

Thyropurin ist ein perorales Thyroxin-Präparat, welches anderen Thyreoidin-Präparaten gegenüber den Vorzug hat, daß es einmal Thyroxin in einwandfrei standardisierter Form enthält, und daß es zweitens frei von Lipoiden und jodhaltigen Vorstufen- und Abbau-Produkten ist; hierdurch erklärt es sich, daß schädigende Wirkungen nicht beobachtet wurden. Eine unter Anwendung von Thyropurin durchgeführte Entfettungskur besteht im allgemeinen aus einer 4—8 Wochen hindurch fortgesetzten Darreichung von täglich 3—6 Tabletten. Hersteller: Chemische Fabrik Arthur Jaffé, Berlin O 27.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

ag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854

MMER 42 BERLIN, DEN 21. OKTOBER 1927 45. JAHRGANG

Kongreß-Berichte.

icht über die IV. Jahreshauptversammlung Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene.

29. September bis 1. Oktober 1927.

iese Versammlung zeichnete sich durch eine überaus lebhafte igung aus allen Kreisen und durch eine ausnahmsweise inter-te Vortragsfolge aus.

as Thema des ersten Tages behandelte die Bedeutung der Be-tung für Gesundheit und Leistungsfähigkeit.

err Oberregierungsrat Professor Dr. Holtzmann, Karls-Badischer Landesgewerbearzt, sprach über **„Gesundheitliche schädigungen durch Licht“**: Lichtschäden treffen denjenigen des Auges, welcher die betreffenden Strahlen absorbiert. ungen gehen von den bis zur Netzhaut vordringenden enden Strahlen aus und können dort Ausbrennungen zur Folge . Die unsichtbaren Strahlen von kleinerer oder größerer nlänge dringen meist nicht soweit vor. Sie verursachen Ent-ngen an der Bindehaut oder schädigen wie die Ultrarotstrahlen inse und erzeugen Star. Natürliche Schutzvorrichtungen des s sind das Farbpigment der Regenbogenhaut, die reflektorische enverengerung und der Lidschlag.

angelhafte Beleuchtung bei der Arbeit verursachen über-ige Akkomodationsanstrengung, Blutandrang nach dem Kopfe, chmerz und Rötung der Augenbindehaut. Dazu kommen wirt-liche Schädigungen durch langsame und ungenaue Arbeit.

ie Kurzsichtigkeit liegt in der erblichen Veranlagung des s begründet und fällt nicht unter die durch schlechte Be-ung erzeugten Augenleiden.

arauf gab Herr Dipl.-Ingenieur Schneider, Berlin, Deutsche chtungstechnische Gesellschaft, einen Bericht über **„Der Ein-ler Beleuchtung auf die Leistungsfähigkeit und die technischen sätze einer richtigen Beleuchtung“**, in dem er etwa folgendes rte.

as Problem Beleuchtung und Leistung hat in erster Linie wirt-liche Bedeutung. Die Einflüsse der Beleuchtung auf die ngsfähigkeit des Auges sind hauptsächlich physiologischer , wenn auch die psychischen Einflüsse nicht unterschätzt en dürfen. Zunächst sind die einfachsten Grundempfindungen Auges die Unterschiedsempfindlichkeit, die Formenempfind-it und die Empfindungsgeschwindigkeit von der Beleuchtung gig und zwar nehmen sie mit zunehmender Beleuchtung zu. ch erhöhterem Maße wird die Empfindlichkeit für kurzzeitige , insbesondere die Wahrnehmungsgeschwindigkeit von der Be-tung beeinflußt. Daraus folgt, daß die Wahrnehmung der Vor-in unserer Umwelt, die als Kombination aus den geschilderten ibedingungen wesentlich komplizierter sind, durch eine gute chtung erheblich unterstützt werden kann, und damit kann auch eistungsfähigkeit des Menschen durch eine dem Arbeitsvorgang aßte Beleuchtung erhöht werden, wie aus einer größeren An-von Versuchen in der Praxis hervorgeht. Aus der Viel-ltigkeit der Arbeitsverrichtungen ergibt sich selbstverständlich jeweils diesen Bedingungen angepaßte besondere Lösung der chtungsfrage.

err Professor Dr. Schütz, Berlin, Hygienisches Institut der ersität, zeigte die **„Aerztlich-hygienischen Grundsätze einer gen Beleuchtung“**: Durch eine falsche Beleuchtung kommen oder chronische Störungen des Allgemeinbefindens, Steigerung Ermüdbarkeit und Gesundheitsschädigungen anderer Art zu-e. Anderseits ist der Effekt einer richtigen Beleuchtung anderem auch der, daß er eine Steigerung der Leistung be-was gerade für die Gewerbehygiene von großer Bedeutung Die Hygiene als Lehre von der Erhaltung und Bewahrung der Gesundheit hat daher die Aufgabe, bestimmte Normen auf-zustellen, nach denen die Beleuchtung von Räumen und Arbeits-plätzen vorgenommen werden muß. Diese Normen müssen so beschaffen sein, daß sie sowohl für den Fall der Tagesbeleuchtung wie für den Gebrauch des künstlichen Lichtes eine Gesundheits-schädigung irgendwelcher Art beim Menschen unmöglich machen und dem Auge möglichst das Optimum seiner Tätigkeit gewährleisten.

Für gewerbliche Betriebe bestehen die hygienischen Grund-sätze einer richtigen Beleuchtung daher einmal in der Forderung, daß Feuer- und Explosionsgefahren bei dem Gebrauch von Lichtquellen vermieden werden. Weiter dürfen nicht dadurch Gesundheitsschädigungen bedingt werden, daß die Lichtquellen eine zu große Wärme entwickeln und dadurch die Ursache von Be-lästigungen und Beeinträchtigungen im Wohlbefinden der Ar-beitenden werden. Ebenfalls vermieden werden muß die Entwickelung von Wasserdampf sowie übelriechenden und giftigen Verbrennungsgasen und die Erzeugung von starkem Ruß.

Außerordentlich wichtig ist die Erzielung einer genügenden Beleuchtungsstärke in den Arbeits- und Nebenräumen sowohl bei Tages- wie bei künstlicher Beleuchtung. Wenn auch die Angaben über die notwendige Anzahl von Lux hierfür noch schwanken, so dürften doch schon die heute bestehenden Minimalforderungen gewisse Richt-linien angeben: 10 Lux für grobe Arbeit, 20 für mittelfeine, 30 Lux für feine Arbeit, 50 Lux für feinste. Mit Nachdruck muß jedoch hervorgehoben werden, daß diese Zahlen einmal unterste Schwellen-werte darstellen und dann in jedem vorliegenden Fall, der stets charakteristische Besonderheiten aufweist, kritisch nachgeprüft werden müssen.

Die Farbe des Lichtes spielt insofern eine Rolle, als alle künstlichen Beleuchtungsquellen mehr gelbe und rote Strahlen liefern, dafür aber ein kürzeres violettes Spektrum besitzen als das Tageslicht. Die Sehschärfe scheint bei gleichhellem gelbem Licht größer zu sein als bei bläulichem. Bei einem starken Anteil der Strahlen von einer Wellenlänge unter 350 $\mu\mu$ muß das Auge dagegen durch besondere Glassorten geschützt werden.

Fällt zu starkes Licht in das Auge, so wird Blendung hervorgerufen. Hierdurch wird das Erkennungsvermögen beeinträchtigt, die Sehschärfe wird herabgesetzt, Entzündungen der Augenbindehaut, Lichtscheu, Kopfschmerzen treten ein, ferner ereignen sich häufig als Folgen schwere Unfälle. Die Hygiene muß daher die Forderung nach Beseitigung der blendenden Lichtobjekte oder nach der Verwendung von lichtundurchlässigen Schirmen erheben.

Jede Lichtquelle ist endlich die Ursache einer Schattenbildung. Schlagschatten vermögen große Gefahren dadurch herbeizuführen, daß sie z. B. die Erkennung von Stufen, Ventilen, Handgriffen erschweren, wenn die Lichtquellen nicht richtig angeordnet sind. Dasselbe trifft auf Ungleichmäßigkeiten der Beleuchtung oder Einfall des Lichts von der falschen Seite zu. Die Schattenbildung selbst ist für den Vorgang der Arbeitsleistung günstig, nur darf keine störende Beschattung der Arbeitsplätze eintreten.

Dr. Thies, Dessau, behandelte das Thema **„Ueber den derzeitigen Stand der Erforschung der Strahlenschädigung des Auges“**: Die Strahlenschädigungen haben sich als besonderes Kapitel der Augenheilkunde in neuerer Zeit herausgehoben. Vorbildliche Versuche, besonders von Widmark über ultraviolette, von Vogt über ultrarote Strahlen haben neben der zahlreichen Literatur (Birch-Hirschfeld) viel zur Erforschung beigetragen. Strahlen schädigen die Zellen der Gewebe nur, wenn sie absorbiert werden, und zwar besonders in der Kernteilung. Das Sonnenspektrum hat 10 Oktaven: 7 ultrarote, 1 sichtbare, 2 ultraviolette Oktaven. Analoge Verhältnisse findet man bei anderen, strahlenden Körpern. Ultrarot ruft

in erster Linie in seiner kurzwelligen Form Startrübungen der Linse hervor (Glashütten, Eisenwalzwerke, Hochöfen und dergl.) sowie Veränderungen der tieferen Sehhäute. Die sichtbare Strahlung macht Blendungserscheinungen, gegen die das Auge aber Selbstschutzorgane hat (Lidschlag, Tränenflüssigkeit, Pupillenmuskel, Regenbogenhautfarbstoff), auch Veränderungen in der Stelle des besten Sehens. Ultraviolett ist verantwortlich für die vielen Schädigungen des äußeren Auges: Entzündung und Verbrennung der Haut der Lider, der Bindehaut, der Hornhaut. Von einander unabhängige, neuere Veröffentlichungen von Vortragendem und Brons stellen die letzteren in den allermeisten Fällen in den Vordergrund, so daß die Bindehautentzündungen mehr als Begleiterscheinungen aufzufassen wären. Die Strahlen mit kürzester Wellenlänge, Röntgen- und Radiumstrahlen, bedürfen besonders vorsichtiger Handhabung, da bei ihnen neben langwierigen und schweren Erkrankungen des äußeren Auges auch solche der Linse, der tieferen Sehhäute, ja sogar grüner Star beobachtet worden sind, oft erst nach Jahren. Vortragender hat selbst verschiedene Fälle beobachtet, die erst 6 Tage, einige Wochen nach der Bestrahlung auftraten. Aber es gibt Schutzmittel dagegen. Der Arzt wird auch die Strahlen jeder Art in seinen Dienst zwingen, ihre Schädigungen verhindern und ihre Heilfaktoren zum Wohle der Menschheit, mehr noch, als es jetzt schon geschieht, verwenden.

Als letzter Berichterstatter ergriff Herr Dr. Ing. Bloch, Berlin, Deutsche Beleuchtungstechnische Gesellschaft, das Wort zu Ausführungen über das Thema **„Die Wirksamkeit der Augenschutzgläser und ihre Kennzeichnung“:** Die Augenschutzgläser sollen das menschliche Auge vor allzu starker Bestrahlung schützen. Es kommt hierbei nicht nur die sichtbare Lichtstrahlung, sondern auch die jenseits des sichtbaren Gebiets liegende ultrarote und ultraviolette Strahlung in Frage. Die sichtbare Strahlung kann im Freien bei hellem Sonnenschein und in geschlossenem Raume bei verschiedenen technischen Prozessen, wie z. B. beim Schweißen von Metallen für das ungeschützte Auge schädlich werden. Die ultrarote Wärmestrahlung ist in manchen Gewerbebetrieben, z. B. beim Arbeiten an Glasöfen, für das ungeschützte Auge zu stark. Die ultraviolette Strahlung ruft beim Arbeiten mit dem elektrischen Lichtbogen, aber auch im Freien in strahlender Hochgebirgssonne, schädliche Wirkungen hervor.

Zur Verhütung von Augenschäden werden schon seit langem graue oder farbige Gläser benutzt. Diese Gläser setzen die schädliche Strahlung in sehr verschiedenem Maße herab. Für die sichtbare Strahlung kommt es hierbei weniger auf die Farbe als auf die Lichtdurchlässigkeit der Gläser an. Beide können in einfacher Weise photometrisch gemessen werden. Auch für die Messung der Schwächung der ultraroten Wärmestrahlen durch die Augenschutzgläser gibt es einfache Verfahren mit Benutzung von elektrischen Thermoelementen. Die verschiedenen Arten von Gläsern zeigen in dieser Hinsicht keine sehr großen Verschiedenheiten. Die Feststellung der Schwächung der ultravioletten Strahlung durch die Augenschutzgläser war bisher nicht so leicht. Es ist aber neuerdings auch hierfür ein einfaches Meßverfahren vom Vortragenden ausgebildet worden, das die ultraviolette Strahlung der Quarz-Quecksilberlampe hierzu heranzieht. Gegenüber der ultravioletten Strahlung verhalten sich die Augenschutzgläser sehr verschieden. Verhältnismäßig helle, gelbgrüne Gläser wirken unter Umständen erheblich besser als dunkelblaue Gläser. An Hand von praktischen Messungsergebnissen für Augenschutzgläser verschiedener Art wurde deren Wirksamkeit in den einzelnen Strahlungsgebieten vorgeführt.

Durch Angabe von Schwächungszahlen für das ultrarote, das sichtbare und das ultraviolette Gebiet kann die Wirksamkeit der Augenschutzgläser jetzt in einfacher Weise gekennzeichnet werden. Vorschläge hierfür sind von dem technischen Ausschuß für Brillenoptik bereits für das sichtbare Gebiet festgesetzt; für die unsichtbare Strahlung werden entsprechende Vorschläge zur Zeit bearbeitet.

Eine lebhafte Diskussion bildete den Abschluß der Beratungen des ersten Tages.

Die Verhandlungen des zweiten Tages waren dem Thema **„Hygiene und Gesundheitsgefahren der Werft- und Hafenarbeit und der Arbeit des Heizpersonals auf Schiffen“** gewidmet. Nach einleitenden Bemerkungen des Hamburger Hafenarztes Herrn Professor Dr. Sannemann sprach als erster Referent Herr Oberarzt Dr. Rothfuchs, Hamburg, Leiter des Hafenkrankenhauses, über **„Unfälle bei Hafen- und Werftarbeitern“:** Vortragender gibt einleitend eine Statistik über die Zahl der jährlichen Unfälle und die Höhe der seitens der Berufsgenossenschaften gezahlten Entschädigungen.

Im Jahre 1926 waren es rund 1 000 000 Unfälle gegen 789 000 im Jahre 1913. Die Berufsgenossenschaften hatten dafür im Jahre 1926 aufzuwenden M. 265 725 000,— gegen M. 176 000 000,— im Jahre 1913.

Sodann spricht Vortragender über die Häufigkeit der Unfälle bei Werft- und Hafenarbeitern. Rund 15 % der Arbeiterschaft erleidet in beiden Betrieben Unfälle. 94—96 % der Verletzten v vor Ablauf der 8. Woche wieder arbeitsfähig. Während die arbeiter im allgemeinen leichtere Verletzungen davontragen 0,4 % sind tödliche Verletzungen — werden die Hafenarbeit die Gefahrenmomente ungleich höhere sind, schwerer bet bei ihnen werden multiple Knochenverletzungen und innere letzungen weit häufiger beobachtet, auch beträgt die Mo 0,9 %. Unvorsichtigkeit der Arbeiter und Witterungsverhä und Alkohol spielen für die Entstehung von Unfällen die Hau

Vortragender betont zum Schluß die Notwendigkeit de richtung besonderer Unfallabteilungen in den Krankenhäuser die Notwendigkeit einer besseren Ausbildung der jungen Ae der Unfall-Chirurgie, eine Forderung, welche sich die B genossenschaft schon lange zu eigen gemacht hat.

Eine Anzahl Lichtbilder der verschiedensten Verletzunge Erläuterungen beschließt den Vortrag.

Darauf berichtet Herr Obergewerberat Barkow, Ha über das Thema **„Technische Maßnahmen zur Hygiene und verhütung in der Werftarbeit“:** Der Bau, die Einrichtung u standsetzung von Schiffen bringen für die Arbeitnehmer Ge für Leben und Gesundheit mit sich, deren Verhütung neben guten Organisation der Werftarbeit auch besondere tech Maßnahmen erfordert.

Die Ursachen der Gefahren liegen in der Arbeit im Frei Zusammenbau schwerer sperriger Teile, in Arbeiten auf Rüst in der Verwendung vorübergehend angebrachter Hilfseinricht sowie in der Arbeit in unbequemen Stellungen und unter be Raumverhältnissen. Dazu kommen noch Gefahrenquellen, di in vorgeschrittenen Bauabschnitten des Schiffes und bei der S ausbesserung durch das Neben- und Uebereinanderarbeiten Arbeitern verschiedener Gewerke ergeben.

Unter Berücksichtigung der neuzeitlichen Arbeitsweisen daher für den Schiffbau besondere Verordnungen, Richtlinie Vorschriften erlassen, welche die zur Hygiene und Unfallverh in der Werftarbeit nötigen technischen Maßnahmen und Verhal maßregeln betreffen. Der Vortragende gibt einen Uebe darüber, in welcher Weise Arbeitgeber und Arbeitnehmer de fahren in der Werftarbeit vorbeugen können.

Herr Professor Dr. Schwarz, Hamburg, Hygienisches S institut, sprach über **„Hygiene des Heizpersonals auf Schi** Vor 111 Jahren lief zum ersten Mal ein Dampfschiff in den burger Hafen ein. Mitte der fünfziger Jahre richteten die b großen deutschen Reedereien, die Hamburg-Amerika-Linie un Norddeutsche Lloyd regelmäßige Dampferfahrten nach Nordam ein. Seit dieser Zeit wurde deutsches Heizpersonal in immer mehrtem Umfange auf deutschen Seeschiffen beschäftigt. Hygiene der Schiffsleute nimmt erst im Jahre 1893 mit der stellung eines Hafenarztes in Hamburg festere Form an. De regung des ersten Hamburgischen Hafenarztes (B. Nocht) sin hygienischen Vorschriften der Seemannsordnung von 1902 un dazu erlassenen behördlichen Bekanntmachungen zu verda Früher spielte der Hitzschlag und Selbstmord eine bedeutsame bei den Maschinenmannschaften. Verdauungskrankheiten, krankungen der Atmungsorgane, Rheumatismus und Herzk heiten kamen bei den Maschinenmannschaften in vermehrtem fange vor. Hitzschlag und Selbstmord sind seit damaliger Zeit erheblich zurückgegangen, auch die absoluten Zahlen der krankungsfälle an den genannten vier Krankheitsarten sind verringert. Dies ist ein Erfolg der prophylaktischen Maßnal wie der sorgfältigen ärztlichen Untersuchung vor der Anmuste der Verbesserungen der hygienischen Verhältnisse im Heizraum — Größe, Ventilation, Wärmeisolierung, Unfallverhütung —, hygienisch einwandfreien Unterkunftsräume für die Mannsch an Bord, der Wasch- und Badeeinrichtungen, der besseren pflegung und der Fürsorgeeinrichtungen. Vor allen Dingen is Vordringen der Oelfeuerung die Ursache der Verbesserung des sundheitszustandes der Maschinenmannschaften, da das Heizen Heizer sowie das Kohlentrimmen wegfällt und die Tempera im Maschinenraum erträglicher werden.

An zahlreichen graphisch dargestellten Statistiken wird die nahme der Hitzschläge, der Selbstmorde, der sonstigen krankungen, die Zunahme der Oelfeuerung, der Motors demonstriert.

Von den 25 kleineren Vorträgen seien nur folgende kur feriert, da sie allgemeineres Interesse beanspruchen:

Baader konnte an mehreren Kranken, welche an Quecksi vergiftung litten, nachweisen, daß bei chronischer Aufnahme Quecksilber in den Organismus es zu einem Quecksilbernieders am Zahnfleisch und der Lippenschleimhaut kommt, ähnlich wi der Bleivergiftung. Hierbei sei erwähnt, daß bei der heu Lues-Therapie mit Wismut wir bei unseren Patienten auch Wismutsaum am Zahnfleisch nachweisen können.

Die bisherige Untersuchung des Urins Bleikranker auf Por rin ist — wie wir Praktiker wissen — doch recht ung

r b o e s e zeigte eine einfache spektroskopische Methode, bei ver weniger Urin gebraucht wird und welche äußerst genau ttet. Die näheren Angaben finden sich im Festbande des nsgesundheitsamtes.

iewerbe-Medizinalrat Dr. G e r b i s warnte vor der Einatmung s Trichloräthylen. Dieses angenehm aromatisch duftende Gas gt einen Rausch, eine „Süchtigkeit". Seine Gefährlichkeit be- darin, daß es zu Augenschädigung, zu Sehnervenschwund n kann.

laase-Lampe, der Direktor der Drägerwerke, Lübeck, e auf die neuen Widerbelebungsgeräte für Kohlensäureinhalation n neuester Zeit wird auf den großen Nutzen der Kohlensäure- tion, welche man in geringen Mengen dem Sauerstoff hinzu- aufmerksam gemacht und dies Verfahren mehr und mehr bei ettung Gasvergifteter angewandt.

a u p t - Hannover fordert auf zur Klärung der Frage, ob bei rnarbeitern Lungenerkrankungen gehäuft auftreten. Sollten Kol- derartige Beobachtungen gemacht haben, so möchte ich bitten, m Unterzeichneten dieses Berichtes bekannt zu geben.

ölzer-Stettin glaubt im Sulfo-Bleiweiß eine ungiftige Blei- ndung gefunden zu haben; leider konnten Kölsch u. a. auf Grund iierversuchen das Gegenteil nachweisen.

ine einfache Methode des Nachweises von Benzol mit dem rubin-Reagenzpapier (Dieterich-Helfenberg) hat sich nach ger in der Praxis gut bewährt. Auch für die Autokollegen ig!

Dr. M i c h a e l i s, Bitterfeld.

Medizinisch-rechtlicher Teil.

Bearbeitet von
Dr. J. FRANKFURTER, Leipzig.

[illegible]e rechtlichen Auswirkungen der Uebernahme einer Krankenbehandlung.

Iannigfaltig sind die Rechtsbeziehungen, die der Arzt oder eine nenanstalt durch die Uebernahme einer Krankenbehandlung ein- n Ganz heterogene Momente sind für die dadurch geschaffenen seitigen Beziehungen maßgebend, um die daraus entspringenden rpflichtungen ableiten zu können. Nur in großen Zügen kann n dieses ganze Gebiet der hier einschlägigen Rechtsfragen be- lt werden, wobei die daraus entspringenden Folgen besondere htung finden sollen. Die Fälle liegen in der ärztlichen Praxis h so einfach vor, um sie ohne genaue Analyse der einzelnen tstände eindeutig entscheiden zu können, vielmehr treten sms eine Reihe r e l e v a n t e r Tatsachen hinzu, die das Rechts- l unklar erscheinen lassen. Daher kommt es, daß auch die hprechenden Stellen in fast gleichen Streitsachen gewisse e n t - h i d e n d e Merkmale unbeachtet lassen und infolgedessen zu len Resultaten kommen. Dies kommt in der Hauptsache davon, i vielen Fällen die Krankenbehandlung, die Rechtsstellung der a beteiligten Personen und die daran sich knüpfenden Auswir- gen wesentlich anders geartet sind, als sie bei u n g e n a u e r suchung zu sein scheinen. Daraus resultieren wiederum diver- t Anschauungen in den Urteilen der erkennenden Gerichte, die n W e s e n des modernen Medizinalrechtes mit seinem is c h e n Unterbau nur wenig gerecht werden können. Aller- g muß besonders hervorgehoben werden, daß die Verhältnisse ichtlich gesehen — sehr vielgestaltig, fast jeder E i n z e l - l eine andere Struktur hat und daher besonders be- ei werden muß. In diesem Zusammenhange würde es zu weit r, die dabei auftauchenden Fragen, die sämtlich hier herein- eh und eine große wissenschaftliche Literatur gezeitigt haben, zu aufzuführen, vielmehr müssen wir uns bei der Gedrängtheit ir Verfügung stehenden Raumes darauf beschränken, nur die hinien festzulegen, nach denen die w i c h t i g s t e n Rechts- g bei der Krankenbehandlung im alltäglichen Leben zu lösen d. Hierbei sollen die n i c h t ä r z t l i c h e n Hilfspersonen, die ndigerweise zum modernen Krankenbetrieb gehören, gleich- s nach der erwähnten Richtung hin charakterisiert werden. Am e mäßigsten und anschaulichsten geschieht dies, die Unter- hngen an Hand des Materials zu machen, die der höchsten Ge- tinstanz vorgelegen hat, weil dadurch zu den einzelnen Entschei- ngen und besonders ihren Gründen kritisch Stellung genommen rn kann. Dabei werden wir uns von Zweckmäßigkeitserwägun- i, iepflogenheiten in der ärztlichen Praxis, klinischen Kranken- behandlung in der Darstellung der Rechtsfolgen leiten lassen, soweit sie mit den gesetzlich fixierten Normen in Einklang zu bringen sind und zu einer den h e u t i g e n medizinalpolitischen Erwägungen ent- spr chenden Beurteilung der Tatbestände führen. Um Irrtümer von vornherein auszuschließen, kommen dabei keinerlei S o n d e r - bestrebungen in Frage, sondern nur an Hand des g e l t e n d e n Rechtes werden die Auswirkungen gezeigt, die für die Beteiligten nach der materiellen Seite hin nicht selten s c h w e r e Opfer be- deuten. Es ist daher sehr angebracht, daß die interessierten Kreise darüber aufgeklärt werden, da ich auch hier das p r o h i b i t i v e System für das z w e c k m ä ß i g e r e halte, um die Vermögenssub- stanz der streitenden Parteien zu erhalten. Die kriminelle Seite derartiger Fälle schaltet im Folgenden gänzlich aus.

Jede Uebernahme einer Krankenbehandlung hat ein V e r t r a g s - verhältnis zum Inhalt, das je nach der Stellung der beteiligten Parteien einen anderen Charakter hat und dann jeweils unterschiedlich beurteilt werden muß. In der Privatpraxis des Arztes wird es sich meistens unstreitig um eine z i v i l r e c h t l i c h e Vereinbarung handeln, die durch bloßes gegenseitiges Einverständnis f o r m l o s abgeschlossen wird und deren Rechtsfolgen ausschließlich sich nach den Bestim- mungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB.) richten. Allerdings gibt es auch Einzelfälle, wo in der einschlägigen Literatur von ernsten Autoren eine andere Meinung geäußert wird. Diese sind jedoch nur theoretische Sonderkonstruktionen, die allenthalben nur w i s s e n s c h a f t l i c h e Bedeutung haben. Im allgemeinen ist mit obiger Formel die Summe der maßgebenden Rechtsnormen in der Praxis zusammengefaßt. Das gleiche gilt von einer P r i v a t - k l i n i k, in der die Privatpraxis ausgeübt wird. Komplizierter ist jedoch die rechtliche Beurteilung des Tatbestandes, wenn eine ö f f e n t l i c h e Krankenanstalt, wie Kreis-, Bezirks-, Gemeinde- krankenhaus, oder Universitätsklinik und -Poliklinik dabei in Frage kommt. Hier spielen oft ö f f e n t l i c h - rechtliche Momente mit herein, die dann dem Ganzen ein anderes R e c h t g e p r ä g e und infolgedessen vorwiegend anders geartete v e r w a l t u n g s - und b e a m t e n rechtliche Normen korrespondierend zur Anwendung ge- langen, die von den zivilen wesentlich abweichen. Doch ist dies nicht immer der Fall und auch mit öffentlichen Krankenanstalten können z i v i l rechtliche Bindungen bei der Behandlungsübernahme ent- stehen, wie dies bei Patienten zufolge Bezahlung der Verpflegungs- und Arztkosten gewöhnlich der Fall ist. Der Inhalt eines so zu- stande gekommenen Vertrages liegt in der Behandlung des Auf- genommenen, die allein dem Wohle und dem Interesse des E i n - z e l n e n entspricht. Die P r i v a t b e h a n d l u n g ist der Rechts- grund, weshalb die öffentliche Anstalt und ihre Organe hier in Aktion treten. Die rechtliche Konstruktion dieser Fälle ist der z i v i l e Dienstvertrag, der zwischen dem Krankenhause und dem Patienten oder deren Stellvertreter abgeschlossen wird, mit all seinen Rechts- folgen.

Ein bis zur höchsten Gerichtsinstanz geleiteter Rechts- streit wird das Erwähnte näher beleuchten. Ein Bahnbeamter er- litt einen schweren Verkehrsunfall, der Verfolgungswahnsinn zur Folge hatte und infolge Gemeingefährlichkeit in die psychiatrische Abteilung eines städtischen Krankenhauses durch Polizeiorgane gebracht werden mußte. Nach seiner Aufnahme sprang der Patient in einem unbewachten Augenblicke aus dem Fenster des Kranken- saales und zog sich eine nicht unerhebliche Beinverletzung zu. Darauf forderte er von der Stadtgemeinde als Eigentümerin der erwähnten Krankenanstalt vollen Ersatz des ihm durch den Sturz entstandenen Schadens.

Der Antrag auf Unterbringung und Behandlung des Geistes- kranken wurde in diesem Falle von seinen Angehörigen gestellt, während die Polizei bloß an der D u r c h f ü h r u n g des- selben beteiligt war. Richtig ist die Auffassung, daß sowohl diese Vollzugsorgane, wie das in Frage kommende Kranken- haus den öffentlich-rechtlichen Zwecken der allgemeinen Wohlfahrt und Gesundheitspflege dienen und, falls dies ausschließlich vorliegt — wie bei u n b e m i t t e l t e n Kranken zufolge der öffentlichen Fürsorgepflicht der Städte — kommen öffentliche Bestimmungen zur Anwendung. Hier liegt jedoch die Sachlage wesentlich anders, da die Einweisung des Kranken n i c h t von einer öffentlichen Behörde, wie Amtsgericht, Armenamt, ausgegangen ist, sondern auf beson- deren Wunsch der Familienangehörigen, mithin von privater Seite. Diese genaue Unterscheidung dieser für die Beurteilung der vor- liegenden Rechtslage hat die erste Gerichtsinstanz — Landgericht

Karlsruhe — nicht gemacht und infolgedessen ist sie zu einem völlig unbefriedigenden Resultate, nämlich Abweisung der gestellten Vermögensansprüche, gekommen. Bei richtiger Erfassung des Tatbestandes hingegen sind die von dem Verunglückten gestellten Anträge vollauf gerechtfertigt, da die Aufnahme ins städtische Krankenhaus bürgerlich-rechtliche Verpflichtungen für die Eigentümerin hat entstehen lassen und in diesem Gefolge auch das Einstehen für allen Schaden, den ihre Beauftragten, wie Krankenpersonal, direkt oder indirekt verursacht haben. Zu demselben Endresultat kommt auch das Reichsgericht in einer Entscheidung vom 27. November 1917 (Rep. III 257/17).

Wie weit die Schadenersatzansprüche in diesen und ähnlichen Fällen gehen können und auch ganz erhebliche Summen darzustellen vermögen, die durch die Uebernahme einer Krankenbehandlung auf sich genommen werden, soll im Nachstehenden kurz zur Andeutung kommen.

Eine Geistesgestörte (Dementia praecox) wurde von ihrem Ehegatten in einer städtischen Nervenanstalt untergebracht, wo sie nicht genügende Aufsicht hatte, da dazu aushilfsweise oft leichtere Kranke verwendet wurden. Durch diese unsachgemäße Pflege und Obhut wurden schwere Körperverletzungen, besonders der inneren Organe, die sich die Patientin in einem Anfalle zugezogen hatte, nicht verhindert. Auf Grund dieser Tatsachen verlangte ihr Vertreter Entrichtung einer lebenslänglichen Unterhaltsrente wegen verursachter Erwerbsminderung, Erstattung der gehabten Auslagen und Ersatz allen weiteren Schadens. Alle Gerichtsinstanzen, die sich mit diesem Rechtsstreite zu befassen hatten, konnten diesen Fall infolge zu enger Auslegung der Gesetzesbestimmungen nicht befriedigend lösen. Ja, das Landgericht Mannheim und in der weiteren Rechtsverfolgung das Oberlandesgericht Karlsruhe verneinten aus ganz unhaltbaren Gründen jeden Ersatzanspruch der Geschädigten. Vor allem wurde dies durch unrichtige Anwendung einer in der Literatur vertretenen Rechtsauffassung herbeigeführt. — Nicht stichhaltig ist vor allem die Meinung des letztgenannten Gerichtes, daß es nur ein tatsächlicher Zustand ist, aus dem keinerlei Rechtsfolgen entspringen, wenn ein Vertreter des Behandelnden — die Oberschwester — den Kranken aufnimmt. Wie im Vorhergehenden aufgezeigt wurde, liegt auch hier ein zivilrechtlicher Vertrag vor, aus dem berechtigte Ansprüche abgeleitet werden können. Dazu gehört vor allem der Ersatz des Schadens, der in kausalem Zusammenhange damit entstanden ist. Dies ist offenbar hier der Fall.

Bezüglich der gestellten Forderungen kann man allerdings geteilter Ansicht sein, und das Reichsgericht stellt sich mit sehr namhaften Autoren der Rechtsliteratur in Widerspruch, indem es die Bestimmungen der §§ 278 und 254 BGB. zu eng interpretiert, wie dies in der Entscheidung vom 2. November 1917 (Rep. III. 329/17) zum Ausdrucke kommt. In richtiger Erwägung aller relevanten Umstände erscheint diese weitgehende Schadenshaftung bei der Krankenbehandlung als gesetzlich begründet.

Briefkasten.

San.-Rat Dr. Ro. in Dr.: In den letzten Wochen hat eine Verordnung des Sächsischen Innenministeriums den Honorarstreit der Krankenkassen mit den Aerzten in folgender Weise geschlichtet: Die 20% Ermäßigung der ärztlichen Gebührensätze nach der Sächsischen Gebührenordnung für Aerzte und Zahnärzte vom 15. September 1924 zugunsten der Krankenkassen und Ersatzkassen kommt mit Rückwirkung zum 1. Juli 1927 zur Hälfte in Wegfall. Die 12½% Erhöhung der ärztlichen Gebühren gegenüber den Krankenkassen wird auch den Zahnärzten zugestanden und zwar so, daß die Spitzenbeträge bis zu 5 Pfennigen ganz wegfallen und die bis zu 10 Pfennigen nach oben abgerundet werden. Dadurch werden andere private Tarifvereinbarungen jedoch nicht betroffen. Ueber die übrigbleibende Hälfte des Gebührenabschlages ist bisher amtlich noch nichts entschieden.

Pol.-Arzt Dr. Sch. in L.: Der Rechtsstreit über ihre Gehaltsforderung schließt — auch bei unmittelbaren Staatsbeamten — den Aufwertungsanspruch ihrer Forderung nicht aus, wie das Reichsgericht in einem ähnlichen Falle entschieden hat (III. 936/23, Urteil vom 28. Oktober 1924). Sie ihre Klage beim Landgericht einbringen unter Hinzuz eines zugelassenen Rechtsanwaltes.

Geh.-Rat Prof. Dr. A. in Br.: Bei gerichtlichen Sach ständigengutachten hat die Partei nach §§ 379, 402 einen entsprechenden Vorschuß zu leisten. Ist — wie in diesem Falle — das Armenrecht der Streitpar willigt worden, so ist sie vorerst davon befreit. Die Sta kasse hat die fälligen Gebühren zu tragen. Nur in einer Beschwerde an die vorgesetzte Dienstbeh können sie das Verhalten des Kassenbeamten — und zwar mi folg — rügen.

Laufende medizinische Literatu

Medizinische Klinik.

Nr. 36, 9. September 1927.

Uroneurosen. J. J. Stutzin.
* Eineiigkeit oder Zweieiigkeit der Zwillinge. H. W. Siemens und G. A.
Rückbildungsfähigkeit von Trommelschlägelfingern. H. Adler, F. Sinek.
Schizophrenie. E. Rubensohn.
* Verhältnis der „Plethora vera" zur „Polycythaemia hypertonica". St. A.
* Intravenöse und perorale Methode der Gallenblasenfüllung. Th.
Voelderndorf.
Verödungstherapie der Krampfadern. C. Siebert.
* Kongenitale Oesophagusatresie mit Oesophagotrachealfistel. F. Kipper.
Tonisch-posturale Reflexe. R. Novoa Santos.
Geburtshilfliche und gynäkologische Therapie mit Einschluß der Heilmittel setzung aus Nr. 35.) G. Burckhardt.

Eineiigkeit oder Zweieiigkeit der Zwillinge. In Nr. 25 Zeitschrift veröffentlicht Wagner einen Beitrag zur Diagnos Eineiigkeit oder Zweieiigkeit der Zwillinge. Siemens, der in de zitierten Arbeit von Wagner angeführt wird, hatte 12 Punkte fü Aehnlichkeitsdiagnose beim Neugeborenen festgelegt und die gar an vielen Stellen als Mindestforderung angeführt. Wagner Siemens nachgewiesen, daß von den 12 Punkten nicht sehr viel blieb. Verf. verteidigt sich nun nochmals und wünscht, daß Leitsätze doch weiter nachgeprüft werden würden. Es ist nur seiner Ansicht die Beweisführung, daß monokorische Zwilling gleich und bikorische erbverschieden sind, noch gar nich schlossen. Er will also diejenigen Erweiterungen seines gnostischen Schemas ausfindig machen, welche notwendig sin auch beim Neugeborenen eine sichere Diagnose aus der Aeh keit stellen zu können. Zweitens möchte er auch dadurch de gleich der Resultate verschiedener Methoden der Eineiigkeitsdia auch beim Neugeborenen ermöglichen und so die noch imme genügende empirische Grundlage für die Eihaut-Diagnose a festlegen. Wagner erwidert nun in einem Schlußwort Siemen die Nachprüfung der von Siemens als gegenwärtig sichersten Me ergab, daß sein Zwölfpunkte-Schema auffallend häufig zu eine metralen Divergenz der Ergebnisse führte. Es ist also Siemens zuzustimmen, daß die Eihautdiagnose in der Mehrzahl der Fäl zuverlässig sei, nur weil sie oft zu anderen Resultaten führ seine Aehnlichkeitsdiagnose.

Ueber das Verhältnis der „Plethora vera" zur „Polycyth hypertonica". Wenn in der älteren Pathologie von Plethor sprochen wurde, so nahm man auch stillschweigend eine Verme der roten Blutkörperchen an. Eine Einheitlichkeit in der Auffa des Krankheitsbildes und den zugrunde liegenden pathologischen änderungen besteht bei den älteren Forschern jedoch nicht. Nu im Jahre 1892 Vaquez unter der Bezeichnung Polyzythämie ein tümliches chronisches Krankheitsbild beschrieben, das durch R der Haut und Schleimhäute sowie erhebliche Milzschwellung Polyzythämie charakterisiert sei. Wir wissen heute, daß die zythämie sich meist langsam und schleichend entwickelt, wob mittlere Lebensalter am häufigsten betroffen ist. Verf. sucht nun der Möglichkeit, die Plethora vera mit der Polyzythämie von V und Geisböck, der sie später auch beschrieb, zu identifizieren werden nun verschiedene Methoden beschrieben, um die Größ Blutmenge beim Menschen festzustellen, und es ergibt sich, da Polyglobuli von Vaquez-Geisböck für gewöhnlich mit einer g Blutfülle, d. h. einer Plethora in des Wortes wahrster Bede verknüpft ist. Daraus wiederum ergibt sich, daß die Plethor der später beschriebenen Polyzythämie identisch ist. Zum S wird noch ein Fall beschrieben, der nach Curschmann ein mäßiges Beispiel für die Identität mancher Form von Polyzyt mit Plethora vera darstellt.

Neuere Erfahrungen über intravenöse und perorale Methode der Gallenblasenfüllung. Von einem zu Diagnosezwecken angewandten Verfahren muß man 3 Hauptmomente verlangen: 1. die Ausschließung einer Schädigung des Patienten, 2. die bequeme Anwendung für Patient und Arzt und 3. gleiche Resultate bei gleichen Fällen. Sendtner-Voelderndorff hat zusammen mit Pollnow eine Methode der intravenösen Darreichung gewählt und diese hat sich nicht durchaus befriedigend bewährt. Ernstliche Schädigungen sind zwar nicht beobachtet worden; aber ein großer Teil der so behandelten Patienten klagte selbst bei langsamster Injektion mit feinster Nadel über Unbehaglichkeitszustände. In einzelnen Fällen kam es zu heftigen Erbrechen, kurzen Ohnmachten und Schmerzen in der Lebergegend. So ist Verf. dahin gekommen, veranlaßt durch ...gsch und Rachwalsky, etwa 50 Fälle mit Videofel zu untersuchen, um so die perorale Einverleibung des Kontrastmittels zu prüfen. Dabei darf nicht vergessen werden, daß eine besonders sorgfältige Vorbereitung des Pat. in Hinsicht auf die Entleerung des Darmes und Beseitigung störender Darmgasblasen zu beachten ist. Es empfiehlt sich, in Abständen von 2 Stunden 3 bis 4 Untersuchungen vorzunehmen. Eine Schädigung ist nicht beobachtet worden, weder trat Ikterus auf, noch konnten Schmerzen bemerkt werden, und die laufende Urinkontrolle ergab normalen Befund. Verf. hat 80% Erfolge, d. h. er hat die für den heutigen Stand der Gallenblasen-Diagnostik möglichen Resultate erzielt. Zusammenfassend kommt er zu dem Ergebnis, daß man auf die intravenöse Einverleibung zwar nicht in allen Fällen wird verzichten können; aber die perorale Darreichung des Kontrastmittels kann in jedem Falle, wo die Anwendung einer Cholezystographie zweckmäßig erscheint, als völlig unschädlich und in hohem Maße zuverlässig empfohlen werden.

Ein Fall von kongenitaler Oesophagusatresie mit Oesophagotrachealfistel. Kipper schildert einen sehr seltenen Fall, in welchem gesunde Eltern ein Kind bekommen, das bei seinem ersten An-die-Brust-legen 24 Stunden nach der Geburt die Milch sofort erbricht oder in die Luftröhre verschluckt und von da aus ebenfalls nach außen befördert. Alle weiteren Versuche haben denselben Mißerfolg, auch kleine Portionen, selbst bei Anwendung von Suprarenin und Atropin, um einen evtl. Spasmus zu lösen, werden nach einigen Minuten ebenfalls wieder erbrochen. Am 6. Tage nach der Geburt stirbt das Kind. Die sehr gute Abbildung zeigt, daß der Oesophagus normal beginnt, aber nach 3 cm endet er blindsackartig oberhalb der Bifurcatio tracheae und ist auch für die feinsten Sonden, wie Verfasser angibt, nicht durchgängig. Das untere Stück der Speiseröhre verbindet in einer Länge von 5 cm die Kardia mit der Trachea. Die Einmündungsstelle in diese befindet sich an der Rückwand. Die klinische Diagnose, daß es sich um einen kompletten Oesophagusverschluß handele, ist somit bestätigt, und es handelt sich eben um eine kongenitale partielle Oesophagusatresie mit Oesophagustrachealfistel. Abgesehen von dieser Mißbildung ergaben die angeführten Daten, wie die Schwangerschaftsdauer von 262 Tagen, Gewicht 2500 g und Länge 48 cm, daß das Neugeborene unreif war. Es ist dieser Fall sehr selten und Kraus hat 3 Formen dieser Mißbildung unterschieden. Entweder man findet eine einfache blinde Endigung der Speiseröhre oder es handelt sich 2. um eine blinde Endigung der Speiseröhre bei Kommunikation des unteren Teiles mit den Luftwegen oder aber schließlich einen oben normal durchgängigen Oesophagus, welcher nur an der Stelle oder unterhalb der Bifurcatio tracheae vollständig obliteriert.

Hofbauer, Berlin.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 39, 24. September 1927.

Zum Scharlachproblem. Die Ergebnisse drängen dazu, den Scharlach als eine durch einen von anderen Streptokokken biologisch verschiedenen Streptococcus hämolyticus bedingte Erkrankung aufzufassen.

Herzarbeitstonus und positiver Venenpuls. Der von dem Verfasser besonders ausführlich beschriebene Fall stellt ein charakteristisches Beispiel dafür dar, daß: 1. Die Venenpulsphotographie mit einwandfreier Methode ein sicheres Objektivierungsverfahren für die mechanische Herzarbeit darstellt. 7. Der Effekt therapeutischer Maßnahmen auf die Herzarbeit an der Venenpulskurve so zu beurteilen ist, wie es mit anderen Methoden nicht gelingt. 3. Zeigt das Beispiel der vorliegenden Beobachtung absolut klar die Abhängigkeit der Venenpulsform vom Herztonus und insbesondere, daß von den seltenen Fällen echter Trikuspidalinsuffizienz abgesehen, der sogenannte positive Venenpuls, ebenfalls eine mit der neurogenen (Tonus-)funktion zusammenhängende Erscheinung ist, d. h. auf einer als „Dystonie mit Ueberwiegen der Sperrfunktion" zu bezeichnenden funktionellen Störung bei der Kammerarbeit beruht.

Avertin (E 107) in der Psychiatrie. Das Avertin ist ein Mittel, das bei erregten Geisteskranken 1. schnell und sicher wirkt, 2. einen tiefen Schlaf hervorruft, 3. einen stundenlangen Nachschlaf verursacht und auch noch am folgenden Tage beruhigt, 4. in der Dosierung von 0,1 g pro Kilogramm Körpergewicht ungefährlich ist und 5. keine unangenehmen Nebenerscheinungen hervorruft.

Synthalinbehandlung diabetischer Kinder. Die Verfasser glauben, daß das Synthalin auch bei Kindern mit Erfolg angewendet werden kann. Es zeigte sich, daß die für den Erwachsenen angegebene Behandlungsart sich nicht ohne weiteres auf das Kind übertragen läßt. Die Reaktion des kindlichen Organismus scheint eine andere zu sein, da die Wirkung auf Synthalin viel langsamer einsetzt. Die bisherigen Erfolge ermutigen zur Fortsetzung weiterer Versuche mit Synthalin; wobei die Verfasser besonders hervorheben, daß die Einstellung nur in klinischer Beobachtung erfolgen sollte.

Ueber „Gluckhorment" von v. Noorden gegen Diabetes. Aus den Untersuchungen geht mit Sicherheit hervor, daß in leichten und mittelschweren Fällen nach Verabreichung von Glukhorment der Harnzucker sinkt resp. verschwindet. Dies tritt besonders in einem Falle hervor, der vor der Hormentbehandlung nach Zugabe von 5 mal 20 g Brot immer noch bis zu 5 g Zucker ausschied, aber sofort zuckerfrei wurde, als morgens, mittags und abends je eine Tablette Horment verabreicht wurde. Dieser Patient blieb auch noch zuckerfrei, als die Brotmenge auf 160 g erhöht wurde. Auch der Blutzucker wurde trotz erheblicher Steigerung der Brotmenge nicht erhöht. Vor der höheren Zulage betrug der Nüchternblutzucker 157, am 3. Tage nach der erhöhten Zulage 142 mg%. Der Harn blieb auch zuckerfrei, als das Horment 2 Tage ausgesetzt wurde. Nach weiterer Erhöhung der Brotmenge auf 220 g (60—20—60—20—60) wurden nun am ersten Tage vormittags 1,8 g Zucker ausgeschieden, am nächsten Tage war der Harn wieder zuckerfrei, der Blutzucker betrug 115 und zum Schluß 139 mg%. Die Fortwirkung der Hormentwirkung sah Verfasser auch in einem anderen Falle. Nachdem der Patient einige Tage hindurch 5 mal 20 g Brot mit 5 Tabletten Horment erhalten hatte, erschien an den folgenden Tagen ohne Horment kein Zucker im Harn wieder. Erst am 3. Tage wurden vormittags 1,3 g Zucker ausgeschieden. Auch der Blutzucker zeigte bei diesem Patienten nach Aussetzen des Horments kaum eine Aenderung. Vor dem Aussetzen des Horments betrug der Blutzuckernüchternwert 142, nach dem Aussetzen am 1. Tage 152, am 2. Tage 142 mg%. Durch Horment kann auch bei insulinvorbehandelten Fällen das Insulin nach und nach teilweise oder ganz ersetzt werden. Das Horment wurde durchweg ohne Beschwerden vertragen, wenn nicht mehr als 3 Tabletten täglich verabreicht wurden. Die kleinen, schnell vorübergehenden Störungen (Vollsein des Magens und Herabsetzung des Appetits) waren jedenfalls nicht häufiger, als bei der einfachen Behandlung mit Diät allein. Nach Verabreichung von 5 Tabletten täglich sah Verfasser in zwei Fällen ernste Störungen. Es trat Appetitlosigkeit, Uebelkeit und auch Durchfall ein, so daß vorübergehend das Horment abgesetzt werden mußte. Von 45 Fällen, die Verfasser mit Synthalin behandelte, vertrugen nur 4 Fälle das Präparat reaktionslos, in 12 Fällen mußte das Synthalin wegen schwerer Störungen ganz ausgesetzt werden. Bei den weiteren 29 Fällen wechselte gutes Befinden mit verschiedenen Störungen; diese blieben auch bestehen trotz gleichzeitiger Anwendung von Decholin oder Monobromkampfer oder beider Präparate gleichzeitig. Hypoglykämische Erscheinungen hat Verfasser im allgemeinen bei den Patienten, die ausschließlich mit Horment behandelt wurden, nicht beobachtet. Nur ein Patient klagte an einem Tage vormittags über Heißhunger, der eine volle Stunde anhielt. Verfasser hofft, daß das Horment auch bei monatelangem Gebrauche keine weiteren Störungen hervorruft.

Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 38, 16. September 1927.

Ueber weibliches Sexualhormon, Menformon. Frühere Versuche mit peroraler Gabe großer Dosen Brunsthormon waren hinsichtlich der Erzeugung von Brunst bei kastrierten Ratten negativ ausgegangen. Nochmalige Versuche, angestellt auf Grund der Angaben von Loewe und Zondek über positive Ergebnisse an Mäusen, zeigten eine Wirksamkeit, wenn die Dosen bei Ratten etwa 100 mal so groß gewählt wurden, als für die Wirkung bei subkutaner Gabe nötig sind. Auch bei Mäusen ergab sich — schon bei der 11 fachen Dosis (im Vergleich zur subkutanen) — eine Wirkung in Uebereinstimmung mit den Behauptungen der genannten Autoren. — Auch die befördernde Wirkung des Menformons auf das Wachstum weiblicher, wie die hemmende Wirkung auf das Wachstum männlicher Genitalien, scheint durch perorale Zufuhr möglich. Es wird hingewiesen, wie unzulässig die Uebertragung von Ergebnissen, an einer Tierart gewonnen, in quantitativer Beziehung auf eine andere Tierart ohne Versuche ist. Für die Wirkung gilt bei subkutaner wie bei peroraler Gabe, daß die Verteilung der Dosis eine sehr große Rolle spielt. Bei der einmaligen Gabe kann die zehnfache Dosis wirkungslos sein, wo die einfache Dosis bei Verteilung über drei Gaben starke Wirkung hat.

Gibt es spinale Erkrankungen durch Blei bei der beruflichen Bleivergiftung? Verfasser berichten über zwei Fälle, die einen sicheren Beweis für den Zusammenhang von Bleischädigung und spinaler Erkrankung zu geben scheinen. Sie sehen in ihnen einen Hinweis auf die Notwendigkeit, bei der Begutachtung von Bleigeschädigten nicht außer acht zu lassen, daß schwere Spätfolgen der Bleivergiftung zu einer Zeit entstehen können, wo alle Kriterien, deren Vorhandensein für die Diagnose Bleivergiftung ausschlaggebend sind, längst geschwunden sein können.

Das Vorkommen von Bazillen der Paratyphus-B-Gruppe in gesunden Schlachttieren sowie Ratten und Mäusen. Bei grauen Mäusen waren in 52%, bei wilden Ratten in 19% Gärtner- oder Paratyphus-B-Stämme zu finden, die sich weder kulturell noch serologisch von den menschenpathogenen Stämmen trennen lassen. Ob diese Stämme sicher menschenpathogen sind, ist damit jedoch noch nicht einwandfrei bewiesen. So lange man jedoch noch keine Methode besitzt, welche die Unschädlichkeit dieser Stämme zeigt, ist es notwendig, immer an die Möglichkeit einer Uebertragung von Fleischvergifterbazillen durch Ratten und Mäuse zu denken.

Ueber rektale Digitalisbehandlung. Digitalis wird vom Rektum aus gut resorbiert und erzielt seine Wirkung gut und schnell. Bei Mitralfehlern vermag bei rektaler Zufuhr Digitalis Ausgezeichnetes zu leisten und ist bei gewissen Krankheitsformen der peroralen Darreichung überlegen. Bei Herzinsuffizienz auf anderer Grundlage (Myodegeneratio usw.) gleicht der Effekt der rektalen Gabe dem auf peroralem Wege, nur in einzelnen Fällen zeigt sich eine bessere Wirkung. Reizerscheinungen im Sinne einer Proktitis wurden bei etwa 14% der Kranken beobachtet; sie zwangen fast immer zur Aufgabe der rektalen Gabe und schränken das Anwendungsgebiet der rektalen Zufuhr ziemlich erheblich ein. Angewandt wurden Digitalissuppositorien; bei hochgradigen Dekompensationserscheinungen Verodigen à 0,4 oder 0,8 mg bis 4 täglich, sonst Plv. fol. digit. zu 0,075 oder Digitalisexklud-, — dispert — oder Gitapurinzäpfchen; 1—2—3 am Tage, bei geringfügigen Symptomen 1—3 mal täglich 1 Zäpfchen zu 0,015 Plv. fol. digit.

Die Beziehung des Gleichstromwiderstandes der Haut zu den Nervenpunkten und deren galvanische Behandlung. Die Prüfung des Widerstandes der Haut gegen den galvanischen Strom bei den Corneliusschen Nervenpunkten hat das von Albrecht zuerst beschriebene Symptom der lokalisierten Widerstandsverminderung los bestätigt. Mit der erfolgreichen Behandlung durch An galvanisation verschwindet diese Widerstandsveränderung. Di sache des therapeutischen Effektes sieht Verfasser, im Gegensa Albrecht, in einer spezifischen Stromwirkung. Das Albrech Phänomen verdient nach Ansicht des Verfassers allgemein g Beachtung, da man darin eine objektive und graphisch darstel wertvolle Methode zum Nachweis von Schmerzpunkten besitzt.

Ist die künstlische Einleitung der Geburt von übertra Kindern berechtigt? Die Verlängerung der Schwangerschafts stellt in der Mehrzahl der Fälle keine ernste Geburtskomplik dar, es bietet sich daher meist zum Eingreifen kein Grund. Sel führt die übermäßige Fruchtentwicklung zu räumlichen Mißver nissen nebst deren bekannten Folgen, und viel seltener, in e kleinen Teil der Fälle stirbt das übertragene, nicht immer über Kind vor dem Weheneintritt oder während der Geburt ab. Zw Verhinderung der Ueberentwicklung wird die Geburt künstlich geleitet in einem Zeitpunkte, wo die Fruchtentwicklung im Ve nis zu dem mütterlichen Beckenmaße den ungestörten Geburtsa zuläßt. Berechtigt ist die Einleitung der Geburt auch bei nicht entwickelter Frucht in Fällen, wo frühere Schwangerschaft ders Mutter nach Uebertragung mit Fruchttod endete, wenn solche, habituellen Fruchttod durch künstliche Geburtseinleitung geret Kinder auch in ihrem weiteren Lebenslaufe ungestörte körpe und seelische Entwicklung aufweisen. Als Methode der Wahl Einleitung der Geburt empfiehlt der Verfasser die mit Chini reichung kombinierte Blasensprengung.

Arnold Hirsch, Berl

Die Medizinische Welt.

Nr. 32, 10. September 1927.

Brachialgien. Die Neuralgien und Neuritiden sind sowohl in Beinen wie in den Armen bei weitem seltener als die rheumatis Myalgien. Man muß also bei der Brachialgie zwei Formen u scheiden, die Brachialgia neuralgica und die Brachialgia myal Die Brachialgia neuralgica geht vom gesamten Plexus oder einem einzelnen Nerv des Armes aus und zeichnet sich dadurch daß die Schmerzen im Verlauf des Nerven oder mehrerer Ner stränge liegen, daß sie nicht dauernd auftreten, sondern attac weise und schockartig und daß, wenn sie sich flächenhaft ausbre schon Berührungen selbst des Hemdes unerträglich sind. Cha teristisch sind immer die blitzartigen Schmerzen. Außerdem kö Parästhesien auftreten. Auch eine Schwäche in einzelnen Fin oder der Hand kann bei Neuralgien beobachtet werden. Die Ner stämme sind dabei druckempfindlich. Beim Druck auf den Ne strahlen die Schmerzen meist nach dem Finger aus, der von die Nerven versorgt wird. Man kann auch eine leichte Sensibili störung und eine leichte Herabsetzung der motorischen Kraf einzelnen Fingern oder in der ganzen Hand finden. Bei der chialgia myalgica sind die Schmerzen nicht ausstrahlend, son flächenartig, betreffen in den leichten und mittelschweren Fä nicht den ganzen Arm, sondern nur einzelne Teile. Die Bewegu sind durch die Schmerzen sehr behindert. Meistens liegen Schmerzen nahe an den Gelenken, die aber passiv gut beweg sind. Die Nerven bleiben frei. Dagegen sind ganz bestimmte Mus gruppen bei Druck schmerzhaft. Am Oberarm findet man meis den Deltoideus erkrankt, außerdem die Ursprungsstellen des Bi und nicht selten die Ansätze des Pektoralis und des Latissi Häufig sieht man dabei eine komplette aktive Unbeweglichkeit Schultergelenks. Am Unterarm erkrankte vornehmlich der Supin longus, besonders in den Partien, die am Knochen ansetzen. Haut über den erkrankten Muskeln ist meistens hyperästhetisch.

.r Hand erkranken vor allen Dingen die Muskeln des Daumen-
.llens. Der Schreib-, Klavier- und Geigenkrampf sind nicht unter
.e neuralgischen, sondern unter die myalgischen Erkrankungen zu
.hlen. Die Therapie ist verschieden je nach Art der Erkrankung.
.e schmerzstillenden Mittel sind die gleichen. Besonders zu em-
.hlen ist die Mischung von Phenazetin, Pyramidon mit Koffein und
.inin. Die Hitze wird bei den Myalgien an den erkrankten Stellen,
.i den Neuralgien dagegen am Nerven selbst resp. am Plexus appli-
.rt. Neuralgische Brachialgien können Folge einer Avitaminose
.n; in solchen Fällen bewährt sich ein Vitamin aus Reisschalen,
.s Oripan (Ciba). Bei den Neuralgien nach Infektionskrankheiten
.erpes zoster) sind Kochsalzinjektionen in den Nerven von Nutzen.
.ufig sind Neuralgien am Arm bei angiospastischen Spasmophilen;
.i solchen Fällen empfiehlt sich die Anwendung von Nebenschild-
.ise (Paratotal). Auch intravenöse Injektionen von Kalzium chlo-
.um (5 ccm einer 10%igen Lösung) führen häufig zum Ziele. Bei
.r myalgischen Form verwendet man im akuten Stadium Anti-
.ralgica und Hitze. Außerordentlich eklatant ist die Wirkung von
.ravenösen Tachalganinjektionen. Die Massage soll man nur in den
.rnischen Formen verwenden. Gute Resultate ergibt dabei leichte
.rierende Knetmassage mit der Hand. Im Gegensatz zu den neu-
.gischen Formen, bei denen man den elektrischen Strom am besten
.nz meidet oder nur galvanische Ströme von 3—4 MA ohne Unter-
.chung benutzt, kann man bei den Myalgien gute Resultate mit
.n faradischen Strom, mit der Hochfrequenz und auch mit der
.athermie erzielen. Gut wirken auch Injektionen von 4—10 ccm
.er physiologischen Kochsalzlösung mit oder ohne Novokain in die
.rankten Muskelpartien. Bei Fettsüchtigen, bei denen die Haut
.ufig hyperalgetisch ist, sind von guter Wirkung Organpräparate
.ypophysen-, Eierstock-, Schilddrüsenextrakte, Ootital, Leptormon).
.i Anämischen muß man die Anämie bekämpfen. Manchmal können
.algien das erste Symptom einer perniziösen Anämie sein. Man
.l überhaupt in allen Fällen, in denen es sich nicht um ein akutes
.setzen der Erkrankung handelt, nach einer Allgemeinerkrankung
.nden.

Ein Fall von Stimmbandkrebs und seine Lehren. Der primäre
.mmbandkrebs präsentiert sich dem Untersucher ganz früh als
.kiges, grau-rötliches, am Rande oder der Oberfläche lokalisiertes
.ziges Knötchen. Häufiger in dem vorderen Drittel gelegen, das
.mmband infiltrierend und seinen Rand in Gestalt einer zackigen,
.gekerbten Granulation hervortreibend, durchwächst es bald das
.samte Stimmband bis zum Aryknorpel, mit dessen Erreichung
.rch Fixierung des Stimmbandes eine mehr oder weniger bedeu-
.de Heiserkeit sich entwickelt. Bisweilen ist das Stimmband seiner
.nzen Länge nach mit Warzen, himbeer- oder blumenkohlartigen
.cherungen bedeckt, bisweilen ist auch dien Oberfläche ziemlich
.tt, während die Entwicklung des Tumors submarginal stattfindet.
.e Weiterentwicklung findet einerseits über die vordere Kommissur
.ch der gegenüberliegenden Seite statt, andererseits verdrängt der
.mor das falsche Stimmband nach außen, so daß er auf diesem
.z sitzen scheint. Der mikroskopische Befund ist nicht immer ent-
.eidend, so daß man mit Exzisionen keine wertvolle Zeit ver-
.ren sollte. Ein strittiger Punkt ist die Frage, ob man extra- oder
.dolaryngeal operieren soll. Der Verfasser zieht die extralaryngeale
.thode vor und verwirft die endolaryngeale wegen ihrer Unsicher-
.it (Rezidive) und der Verblutungsgefahr.

Soll man Myome bestrahlen oder operieren? Es sollen nicht be-
.ahlt werden: 1. Myome, die Umwandlung in ihrem histologischen
.u zeigen (Nekrose, Verjauchung, Malignität). 2. Myome, die durch
.ie Größe Druckerscheinungen machen. 3. Gestielte, subseröse und
.bmuköse Myome. 4. Myome bei Komplikationen mit Adnex-
.erkrankungen. 5. Myome, wenn Schwangerschaft oder Wunsch nach
.dern und Erhaltung der Konzeptionsfähigkeit besteht. Die Röntgen-
.erapie ist vor allem überall da am Platze, wo der Gesundheits-
.stand der Frau durch die Operation zu sehr gefährdet wird. Die
.age, ob supravaginale oder totale Exstirpation, ist dahin zu beant-
.orten, daß in den meisten Fällen, wo ein konservatives Verfahren
.cht möglich ist, die technisch schnell durchführbare, einfache
.pravaginale Amputation die Methode der Wahl ist.

L. Gordon.

Praxis 1927.

Nr. 8.

.er Aderlaß.
.istorisches über die Lungenphthise. Ch. Grenne Chumston.
.ungentuberkulose. Uebersichtsreferat über die wichtigsten Arbeiten von 1926.

Nr. 9.

.ungentuberkulose. Uebersichtsreferat.
.istorisches über die Lungenphthise.

Nr. 10.

* Zur Entstehung der schweizerischen Mineralquellen. A. Hartmann.
Topographie und Klimatologie der Mittelmeerküste und Ajaccios. Kerez.
* Die Balneotherapie und die schweizerischen Badeorte. St. Hediger.
* Bade- und Trinkkuren. H. Keller.
* Mineralquellen und Klimatotherapie in der Welschschweiz und im Tessin.
* Die Indikationen der schweizerischen Heilquellen. R. Jaeger.

Zur Entstehung der Schweizerischen Mineralquellen. Das Auftreten von Quellen und Mineralquellen ist nicht Zufall, sondern Naturgesetz. In den Mineralquellen äußert sich ein Teil der geologischen Geschichte eines Landes. Es wäre merkwürdig, wenn das größte Geschehen in der Erdgeschichte der Schweiz, die Abscheerung und Hebung des Juragebirges und die gewaltige Alpenfaltung sich in den Mineralquellen nicht bemerkbar machen würde. In unserem Lande existieren etwa 200—250 000 Quellen. Davon sind 10%, also 200 bis 250 Mineralquellen. Das Studium dieser Mineralquellen zeigt, daß die aargauischen Heilquellen durch die Jurahebung und die Bündner Säuerlinge durch die tief bis ins Magma hinabreichende Alpenfaltung bedingt sind.

Die Balneotherapie und die Schweizerischen Badeorte. Hinweise auf die bekannten, vielfach komplizierten Einwirkungsmöglichkeiten der schweizerischen Badeorte auf den kranken Körper, die sie besonders für eine Kombinationstherapie (Balneologische plus klimatologische Kuren) geeignet erscheinen lassen. Hinweise auf den besonders hohen Rang der schweizerischen Badeorte.

Bade- und Trinkkuren: Besprechung der Wirkungsweise einer Bade- und Trinkkur im Sinne einer Reiztherapie auf physikalisch-chemischen Wege, durch Imbibition und reflektorische Vorgänge. Ausführliche Analyse der Wirkung der einzelnen Mineralien bei der Trinkkur.

Mineralquellen und Klimatotherapie in der Welschschweiz und im Tessin. Uebersichtsreferate über die westschweizerischen und tessinischen Bäder, ihre Analysen, Indikationen und Möglichkeiten.

Die Indikation der schweizerischen Heilquellen. Ausführliche Besprechung der allgemeinen und speziellen Indikation der schweizerischen Bäder: Skropulose, Anämie und Chlorose, allgemeine Schwächezustände, Diabetes, Gicht, Krankheiten der Bewegungsorgane, Gelenke, Muskel und Knochen, der Verdauungsorgane, Leber- und Gallenwege, Respirationsorgane, des Herzens und der Gefäße, der Harn- und Geschlechtsorgane, Frauenkrankheiten, des Nervensystems, Hautkrankheiten und Syphilis. Die genau angeführten Indikationen usw. müssen im Original nachgelesen werden.

Nr. 12.

Angina pectoris.
René-Théophil-Hyacinthe Laënnec. A. Guisan.
Erkrankung der Lunge.
Die ärztlichen Fabeln des Aesop.

Nr. 13.

* Die Behandlung der Krampfadern durch künstliche Thrombose. A. Vischer.
René-Théophil-Hyacinthe Laënnec. A. Guisan.
* Rationelle Behandlung der Dysmenorrhoe. P. Barbier.

Die Behandlung der Krampfadern durch künstliche Thrombose: Nach ausführlicher Uebersicht über die Literatur der neueren Methoden für Varizenbehandlung empfiehlt der Verf. die intravenöse Injektionsbehandlung mit Sublimat, Salizyl, Kochsalz oder Glukoselösungen. Dieser Therapie kommt eine prominente Stellung im Heilplan der varikösen Symptomkomplexe zu. Sie vermag allein aber auch nicht alles. Einzelne Fälle werden immer noch der rein chirurgischen Behandlung vorbehalten werden. Außerdem ist die Nachbehandlung zur Hebung der Zirkulationsschwäche äußerst wichtig.

Rationelle Behandlung der Dysmenorrhoe. Die Dysmenorrhoe ist abhängig von allgemeinen Zuständen, organischen Schäden, endokrinen Störungen oder Neuropathie und von lokalen Veränderungen, ovarielle, uterine oder membranöse Dysmenorrhoe. Eine rationelle Therapie hat hauptsächlich symptomatisch vorzugehen, d. h. schmerzlindernd. Das Dysmenol scheint eben so gut zu wirken, wie es unschädlich ist.

Nr. 14.

* Etwas über Wundbehandlungsprinzipien der Gegenwart. E. Baumann.
Josef Lister.
Experimentelle Disziplin. M. Artus.

Etwas über Wundbehandlungsprinzipien der Gegenwart. Empfehlung der präventiv-antiseptischen Wundversorgung. Mög-

lichst bald nach der Verwundung Wundtoilette, Auffrischung der Wundränder, Bepinseln mit Jodtinktur und Bepudern mit Airol, darauf erst Naht. Verfasser hat 1 Jahr lang alle akzidentellen Wunden so behandelt, nachdem er vorher ein Jahr lang ebenso alle Wunden rein aseptisch ohne präventive Antisepsis versorgt hatte. Der nicht nur akademische Erfolg der primär antiseptischen Versorgung war so auffallend, daß er seither nur noch nach dem oben geschilderten Verfahren vorgeht.

Nr. 15.

Experimentelle Disziplin. M. Artus.
Charles Decher.
Offener Brief an Dr. Neumann, Redakteur der nationalen Liga gegen die Prohibition.

Nr. 16.

* Etwas über Koffeinwirkung. W. Faessler.
Sanitätsorganisation in Polen.

Etwas über Koffeinwirkung: Der Verfasser warnt vor dem koffeinhaltigen Kaffee und empfiehlt den koffeinfreien Kaffee Haag auf Grund seiner 38jährigen Erfahrung.

Nr. 17.

Die Duodenalsonde und ihre therapeutische Verwendung.
Ueber ärztliche Tätigkeit im griechisch-römischen Altertum. A. Voirol.
Die Insulinbehandlung der Zuckerkrankheit.
Synthalin zur Behandlung der Zuckerkrankheit. (Uebersichtsreferate.)

Nr. 18.

Arzt und Psychoanalyse. H. Christoffel.
Ueber ärztliche Tätigkeit im griechisch-römischen Altertum.
Diagnostik der Erkrankungen der Verdauungsorgane im Greisenalter.

Nr. 19.

Die Insulinbehandlung des Diabetes. Uebersichtsreferat.
Ueber ärztliche Tätigkeit im griechisch-römischen Altertum.

Nr. 20.

* Therapie der Rachitis. A. Hottinger.
Ueber ärztliche Tätigkeit im griechisch-römischen Altertum.

Therapie der Rachitis: Auf die Praxis eingestellte Arbeit in welcher die folgenden Punkte betont werden: 1. die kindliche Rachitis ist häufig schon in den ersten 3 Lebensmonaten leicht zu diagnostizieren, obschon sie nach den medizinischen Dogmen um diese Zeit erst beginnen soll. 2. Die Diagnose Rachitis wird häufig am falschen Orte gestellt, besonders beim Infantilismus intestinalis (Hertersche Krankheit), an andern Orten wird sie aber meistens übersehen oder erst gestellt, wenn Deformationen des Skeletts vorhanden sind. 3. Prophylaxe der Rachitis wird noch zu wenig intensiv betrieben: weder ist die rationelle Ernährung, milcharm, mit Beifütterung von gemischter Kost vom 6. Monat an überall durchgedrungen, noch wird eine systematische Prophylaxe getrieben. Besprechung der Möglichkeiten der Prophylaxe: Lebertran, Ostelin, Bestrahlung, bestrahlte Milch usw. An Hand von typischen Fällen werden die Ernährungsvorschriften genauer beleuchtet und die therapeutische und prophylaktische Behandlung mit bestrahlter Trockenmilch empfohlen.

Hottinger, Basel.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

24. Jahrg., Nr. 17, 1. September 1927.

* Diagnose und Therapie der Pyelitis. C. Posner.
* Ueber Enzephalitis und ihre Behandlung. Kretschmer.
* Ueber Schreckwirkung. Oesterlen.
Rechte und Pflichten des Arztes nach dem Gesetz über Geschlechtskrankheiten (Schluß). Jadassohn.

Diagnose und Therapie der Pyelitis. Das Nierenbecken ist kein Organ für sich, sondern ein Uebergangsraum zwischen Niere und Harnleiter und so gut wie immer leer. Es müssen im Nierenbecken besondere Bedingungen gegeben sein, damit eine Entzündung entstehen kann. Meist liegt eine Disposition in einer Erweiterung des Nierenbeckens vor. Das beste Beispiel ist hierfür die Pyelitis gravidarum. Als ursächliches Moment nimmt man eine „Harnverstopfung" an, aus der sich die einfache oder infizierte Hydronephrose entwickeln kann. Die Geringfügigkeit der Harnstauung macht eine Palpation meist unmöglich. Die objektiven Zeichen der Harnuntersuchung sagen oft nichts. Von größerem Wert ist der Schmerz sowie das Fieber. Eine wichtige und viel umstrittene Frage ist die, wie die Keime in den Harnstrom gelangen. Der einfachste Vor wäre das Aufwärtswandern, wie es bei dem Gonokokkus und Kolibazillus denkbar ist. Bisweilen wird der Harnleiter überspru Der zweite Weg, den die Keime nehmen können, ist der, daß sie Darm auf dem Blut- oder Lymphwege in die Harnorgane eindri daher häufig Pyelitis bei Darmverstopfung. Neuerdings z amerikanische Forscher, daß durch Infektionen im Munde eine litis entstehen kann. Die Infektion per contiguitatem, z. B. bei Appendizitis, ist ebenfalls möglich. Die Diagnose bei akuten Fo bietet mehr Schwierigkeiten als die bei den chronischen. Hier l der Harnleiterkatheterismus und die Pyelographie Ausgezeichn Die Therapie greift an zwei Punkten an und zwar an der Infe und an der Stauung. Bei akuten Fällen kommt man mit Bett Wärme und Darmentleerung aus, auch die Darmspülung der Nier Mineralwassern wird empfohlen, jedoch vom Verfasser nicht geübt, da die Nierenepithelien zu sehr gereizt werden können. kochsalzarme Kost zur Vermeidung von Oedemen ist von Wirkung. Bei den chronischen Fällen wird das Urotropin langem verwandt, wobei es nötig ist, den Harn anzusäuern, da Kolibazillen in sauren Medien nicht gedeihen können. Die An über Vakzinetherapie ist noch sehr geteilt, Autovakzine in steige Dosen haben günstige Erfolge. Versuche mit unspezifischer therapie sind jedoch auch von Nutzen. Die Lokalbehandlung Nierenbeckens, bestehend in Waschungen mittels Harnleiterkath wirkt hier oft schlagartig. Allerdings ist der Eingriff mit grö Vorsicht auszuführen und Ueberdehnungen zu vermeiden. Auch di Verfahren hat natürlich seine Grenze, es bildet sich bisweilen Pyonephrose aus, bei der nur die chirurgische Behandlung He schaffen kann. Die Frage, ob Blasenspülungen Erfolg haben, ist unbedingt zu verneinen, besonders für die aszendierende Form.

Ueber Enzephalitis und ihre Behandlung. Verf. behandelt in Aufsatz nur die selbständige Form der Enzephalitis und nicht jenige, die bei den verschiedenen Formen von Hirnhautentzün gen, sowie anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems treten. Er unterscheidet 4 Formen: 1. die akute hämorrhagi Enzephalitis, 2. die Encephalitis lethargica, 3. die Polioencepha haemorrhagica sup. und 4. den Gehirnabszeß.

Die erste Form tritt im Anschluß an akute Infektionen auf, allem bei jüngeren Personen, sie beginnt mit Veränderung des Pu anfangs verlangsamt, später beschleunigt, mit schweren Erschei gen von Seiten des Gehirns. Der Tod kann sehr rasch in schw Fällen eintreten, in anderen Fällen ist der Verlauf sehr wechse Die Diagnose ist schwierig, besonders im Hinblick auf Hirnblu oder Hirnerweichung, jedoch macht das Auftreten nach Infekti krankheiten die Diagnose leichter. Die Verwechslung mit Me gitisformen ist gegeben, jedoch ist der Liquorbefund meist neg und gibt einen wichtigen Unterschied ab. Die Prognose ist n ungünstig, jedoch bleiben bisweilen Defekte zurück. Die Behandl ist abwartend und symptomatisch. Behandlung mit chemischen teln ist oft nur von geringem Erfolg, die Lumbalpunktion schein manchen Fällen zu helfen. Verf. schildert zunächst die dritte vierte Form. Die dritte Form ist meist auf Alkoholvergiftung zur zuführen, hier finden sich vor allem Augenmuskellähmungen so schwere psychische Störungen. Das Krankheitsbild entwickelt bisweilen aus einem akuten Delirium tremens. Differen diagnostisch sind die Augenmuskellähmungen von Wichtigkeit, Behandlung muß vor allem die toxischen Schädigungen (H schwäche) bekämpfen. Der Hirnabszeß hat als häufigste Ursache Schädelverletzung oder Mittelohreiterung. Die chirurgische Beha lung allein kann hier helfen. Die wichtigste Form, die erst in letzten Jahren richtig erkannt worden ist, ist die Encephalitis let gica. Den eigentlichen Erscheinungen gehen unbestimmte Beschw den, wie Kopfschmerzen und Schlafstörungen, voraus, jedoch k die Erkrankung auch ganz akut mit Schüttelfrost einsetzen. Die krankung ist sehr vielgestaltig. Von den zahlreichen Symptomen die wichtigsten: Augenmuskellähmungen, Schlafsucht und Bewegu störungen sowie alle Symptome einer schweren Gehirnerkrank Für die Diagnose von Wichtigkeit ist das Fehlen von Pyrami symptomen sowie von Störungen der Hirnrinde. Man kann im gemeinen 3 Stadien unterscheiden: im ersten findet man Schmer in bestimmten Nervengebieten, Schlaflosigkeit, Arbeitsunlust. zweiten Stadium treten Gehirnerscheinungen auf, Augenstörun stehen hier im Vordergrund. Bewußtseinsstörungen, motorische ruhe, die zu Zuckungen führt, folgen. Die Kranken sind äuß schwach, der Puls schneller als der Temperatur entspricht, der B druck niedrig. Auf dieses Stadium folgt das der Schlafsucht, das bis zur tiefsten Bewußtlosigkeit steigern kann. Fieber fehlt mitu völlig. Dieser Zustand kann mehrere Wochen dauern, allmäh verschwindet unter zeitweiser Aufhellung des Bewußtseins die Sch sucht, und es kommt zur Genesung, jedoch unter Hinterlassung Störungen, wie Kopfschmerz, Ermüdbarkeit und Lähmungsersc nungen. In manchen Fällen tritt nach einem Zwischenraum ein Rü fall auf unter Entwicklung einer zunehmenden Schwerfälligkeit

ränderungen des Charakters. Der Liquorbefund ist sehr verhieden und für die Diagnose nicht von Wert. Die Aetiologie ist ch völlig unklar, wahrscheinlich handelt es sich um ein filtrierres Virus, das auch in der Tierpassage virulent bleibt. Die Anckungsfähigkeit von Mensch zu Mensch ist gering und findet uptsächlich durch das Nasensekret statt. Die Prognose ist sehr sicher, die Mortalität schwankt zwischen 20 und 59%. Die Bendlung ist rein symptomatisch. Gute Aussichten scheint das Rekoneszentenserum zu haben, jedoch werden gute Heilerfolge erst ch genauer Erforschung der Virus möglich sein.

Ueber Schreckwirkung. Die Schreckwirkung, die bei den meisten toren nur als Gelegenheitsursache für Erkrankungen gilt, spielt der Laienwelt noch eine bedeutende Rolle. Die ungeheure Beitung der Prädisposition hat uns besonders der Krieg gelehrt, und ist nicht gleichgültig, ob ein psychisches Trauma einen normalen r einen geschädigten Menschen trifft. Wir können einem einnen Umstand nur dann die Bedeutung der Ursächlichkeit beissen, wenn es sicher ist, daß ohne ihn die Krankheit nicht entnden wäre. Die Schwierigkeit der Beurteilung zeigt u. a. die ge, wie es mit dem plötzlichen Ergrauen nach großem Schreck tellt ist. Tatsächlich ist sie bis heute nicht entschieden. Daß eine rkung auf die Kopfhaut in Form einer Alopecie vorkommt, ist ersen. Die Frage des Ergrauens ist jedoch sehr unklar, wenn man lenkt, daß der Weltkrieg mit seinen zahlreichen Schreckwirkungen i bei dem großen Prozentsatz von Neuropathen kaum derartige le gezeitigt hat. Derartige Fälle dürften bei der Sinnfälligkeit Erscheinung nicht unbemerkt geblieben sein, besonders da gerade se neuropathischen Menschen auf die Bewertung der Ergrauung zur ärtung ihrer erlebten Schrecknisse genügend hingewiesen hätten. r müssen bei dem psychischen Trauma darauf hinweisen, daß mit seelischen Einwirkung auch eine materielle verbunden sein muß. hat Ziehen in seiner Theorie über die Hysterie die Annahme gecht, daß leichte Veränderungen der Großhirnrinde in vielen Fällen handen wären. Die Schreckneurosen haben zur Hysterie engste ziehungen. Im allgemeinen sind die Zustände vorübergehend und guter Prognose, führen jedoch in ganz seltenen Fällen bei beders intensiver Schreckwirkung zum Tode. Im Kriege konnte n beobachten, daß die eigentlichen Symptome erst lange nach der reckwirkung entstanden, es sei nur an die Folgen der Verschütg und des Nervenschocks erinnert. Wurden derartige Menschen ich hinter der Front psychiatrisch behandelt, so wurde die terische Reaktion im Keim erstickt; kamen sie jedoch in die mat, so entwickelten sie sich zu typischen Neurotikern. Die weit größte Zahl umfaßte Prädisponierte. Der Begriff des Nervencocks, der bei Laien so beliebt ist, ist scharf zu trennen von dem ten Schock mit seinen schweren Erscheinungen. Von Störungen anischen Charakters sind Schreckdelirien zu nennen, die mit mmerzuständen verbunden sind. Bei der Epilepsie glaubte man Schreck als ursächliches Moment annehmen zu müssen, jedoch n es sich in solchen vereinzelten Fällen nur um den letzten Anß handeln bei einem schon in Vorbereitung befindlichen Leiden, sonst die Epilepsie viel häufiger wäre. Im Kriege konnte man bachten, daß die Entbehrung von Schlaf und Nahrungsmitteln en dem psychischen Trauma die weit wichtigere Rolle spielte. tz der massenhaften schwersten psychischen Einwirkungen ist ne wesentliche Vermehrung epileptischer Anfälle nachzuweisen, n kann also den Zusammenhang für den Schreck und Epilepsie neinen. Eine weitere Reihe von Krankheiten, bei welcher die rose seit langem bekannt ist, so daß eine Beziehung zur Schreckkung verständlich wäre, hat Beziehungen zur inneren Sekretion, n spricht direkt von Blutdrüsenneurosen. Jedoch ist eine mindertige Anlage auch hier die Voraussetzung der Dysharmonie. Die edowsche Krankheit zählt schon seit langem zu den Erregungsrosen, als deren Ursache heftige Gemütsbewegungen galten. Nach Veröffentlichungen in der Literatur kann man sich der Ansicht nt verschließen, daß gerade hier eine Schreckätiologie gelegentvorkommen kann. Weniger sicher ist der Einfluß des psychen Traumas beim Diabetes. Eine Krankheit, die ja auch eine wäche des vegetativen Erfolgsorgans, des Pankreas, darstellt. h die Akromegalie gehört zu den Krankheiten, bei denen nach igem Schreck der Beginn oder eine Verschlimmerung des Leidens bachtet worden ist. Schließlich ist noch das Asthma bronchiale die Paralysis agitans zu nennen. Zusammenfassend kann man en, daß außer der Hysterie eine Gruppe hauptsächlich nach den esten Forschungen für eine Schreckwirkung prädisponiert ist, lich das Bestehen einer neuropathischen Anlage und einer rung der inneren Sekretion. Kosminski, Berlin.

Deutsche Zeitschrift für öffentliche Gesundheitspflege.

H. 7/8.

* e Neuregelung der Wochenhilfe. Schweers.
 eite Aufnahme der in ärztlicher Behandlung befindlichen geschlechtskranken Personen in Frankfurt a. M. Busch.
* Welche Gefahren bietet das in den Straßen verkaufte Speiseeis? Anselmino.
 Die beim Arbeiten mit Röntgenstrahlen auftretenden Gefahren und ihre Verhütung. Karl Frik und Max Levy-Dorn.

Die Neuregelung der Wochenhilfe. Statt der festgesetzten Pauschalleistung für Geburtshilfe an die Mutter tritt eine von den Krankenkassen zu gewährende freie Hebammenhilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden wie bei der Entbindung. Die Hebammen sind nicht berechtigt weitergehende Ansprüche an die Wöchnerin zu stellen. Das Wochengeld kann jetzt 6 Wochen vor der Entbindung gezahlt werden, wenn die Schwangere während dieser Zeit keine Tätigkeit gegen Entgelt ausübt und vom Arzt festgestellt wird, daß die Entbindung voraussichtlich innerhalb 6 Wochen stattfinden wird. Irrt sich der Arzt bei der Berechnung des Zeitpunktes der Entbindung, so hat die Schwangere gleichwohl Anspruch auf das Wochengeld. Allerdings wird der geringe Grundbetrag von 50 Pfg. pro Tag kaum einen erheblichen Anreiz bieten zum Aufgeben schädlicher Arbeit. In den letzten 4 Wochen vor der Entbindung ist die Zahlung des Stillgeldes von dem Nachweis des regelmäßigen Besuches einer Säuglingsfürsorgestelle abhängig gemacht. Es ist nur gesagt, daß die Kassen bei der Zahlung auf die Mütterberatungsstellen hinweisen können. Hier liegt eine schwache Stelle der neuen Verordnung.

Welche Gefahren bietet das in den Straßen verkaufte Speiseeis? Verf. ließ sich in Bonn unauffällig in der ganzen Stadt an Wagen und Ständen eine Portion Eis geben. Ein paar Schritt weiter wurde dieses Eis in eine sterile Petrischale gelegt, die Entnahmestelle vermerkt, und dann im Institut nach dem Auftauen das Eis untersucht. Es wurde jedesmal der Kolititer bestimmt und nach pathogenen Keimen gesucht. Es fanden sich in 1 ccm: 100 Kolibazillen in vier Fällen, 1000 in sechs Fällen, 10 000 in zwölf Fällen, 100 000 in einem Fall. Paratyphus-B-Bazillen wurden in einem Fall nachgewiesen. Unter den 6 in Bonn bestehenden Fabrikationsbetrieben für Speiseeis ist ein Großbetrieb mit mustergültigen Einrichtungen. Die 5 übrigen sind ganz primitiv und lassen in Sauberkeit und Hygiene viel zu wünschen übrig. Die Untersuchung auf Koli in diesen 5 Betrieben ergab 10 000 bis 100 000 Kolibazillen in 1 ccm. Es muß gefordert werden, daß mindestens die Vorschriften, die für Molkereibetriebe bestehen, auf die Speiseeisbetriebe ausgedehnt und diese Betriebe unter kreisärztliche Kontrolle gestellt werden. Nur so können Epidemien vermieden werden.

Paula Heyman, Berlin.

Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin.

34. Jahrg., 1927, Heft 6.

* Zur Begutachtung elektrischer Unfälle. F. Pietrusky-Breslau.
* Zur Frage, von welchem Zeitpunkt ab die in der Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf berufliche Berufskrankheiten vom 12. Mai 1925 aufgezählte Berufskrankheiten entschädigungspflichtig sind. Zielke-Berlin.

Zur Begutachtung elektrischer Unfälle. Die große Verbreitung der Verwendung der Elektrizität hat ein Steigen der Todesfälle durch elektrischen Strom in und außerhalb der Betriebe mit sich gebracht. Im Jahre 1900 waren von allen tödlichen Betriebsunfällen noch nicht 0,2% — in den letzten Jahren fast 2% auf die Wirkung des elektrischen Stromes zurückzuführen. Für die hohe Zahl der Todesfälle an sich dürfte meistens Leichtsinn und die Unkenntnis der Gefährlichkeit elektrischer Ströme verantwortlich zu machen sein. Es werden die für die Begutachtung elektrischer Unfälle zu beachtenden Faktoren beschrieben:

1. Stromart: Experimentell wurde festgestellt, daß die unterste tödliche Stromstärke bei Gleichstrom etwa 4 mal größer als bei Wechselstrom ist. 2. Spannung: Ueber die Bedeutung derselben für die Gefährlichkeit eines elektrischen Stromes bestehen häufig falsche Vorstellungen. Es sind Fälle bekannt, bei denen 30 000 Volt durch den Körper eines Menschen gingen, ohne ihn zu töten, während 46 Volt den Tod herbeiführten. 3. Stromstärke: Im allgemeinen wird angenommen, daß für die tödliche Wirkung eines elektrischen Stromes die Stromstärke verantwortlich zu machen ist. Die unterste tödliche Grenze für Menschen soll 0,1 Amp. sein. Jedoch wird im allgemeinen für die tödliche Wirkung ein bestimmtes Verhältnis von Spannung zur Stromstärke maßgebend sein. Für die tödliche Wirkung eines Wechselstroms ist ein bestimmtes Verhältnis von Spannung zur Stromstärke zur Frequenz notwendig. 4. Widerstand: Jellineck unterscheidet den Eintritts-, Austritts- und Streckenwiderstand. 5. Strombahn: Von den meisten Autoren wird als Wichtigstes für die tödliche Wirkung eines Stromes angesehen, daß das Herz in der Strombahn liegt und von großen Stromschleifen getroffen wird. 6. Kontaktdauer: Von dieser hängt es ab, ob und welche Veränderungen im Gewebe sich an der

Berührungsstelle bilden. Bei Verkohlung wird dem Strom ein starker Widerstand entgegengesetzt, so daß Selbstausschaltung erfolgt. Ein Oedem und Brandblasen erhöhen das Leitungsvermögen und damit auch die Stromstärke. 7. Berührungsfläche: Die Annahme, daß die Gefährlichkeit des Stromes mit der Größe der Berührungsfläche wächst, kann widerlegt werden. 8. Individuelle Disposition spielt auch eine Rolle, insbesondere der Status lymphaticus — dagegen weniger den Körper schädigende Krankheiten. 9. Aufmerksamkeit: Hierin sieht Jellineck einen sehr wichtigen Faktor. Das Schreckmoment spielt eine entscheidende Rolle.

Die Frage, ob überhaupt ein elektrischer Strom eingewirkt hat, ist manchmal schwer zu beantworten, da mitunter — auch nach Blitzschlag — keine Verletzungen an dem Getöteten zu finden sind. Hier können oft nur die äußeren Verhältnisse — wie Fundort der Leiche, Verbrennung der Kleider, geschmolzene Metallstücke — einen Aufschluß geben. Die Veränderungen am Körper sind echte Brandwunden, Strommarken und Verletzungen, die eine Kombination von beiden darstellen. Die charakteristische Strommarke Jellinecks ist eine grauweiße, leicht erhabene Stelle mit einer zentralen schwarzbraunen Eindellung. Dieser Bezirk ist schmerzlos; bei der Heilung wird ein etwa 3 mal größerer Gewebsbezirk abgestoßen. P. sah an der Austrittsstelle des Stromes oft eine rosettenförmige, markstückgroße, graue und vertrocknete Strommarke. Hochgespannte Ströme verursachen oft eine gelblich-braune Verfärbung der Haut an der Eintrittsstelle, die auf Imprägnierung von Metalloxyden zurückzuführen ist. Mitunter findet man zahlreiche feinste, blauschwarz durchschimmernde Blutungen unter der Oberhaut, auch wie ausgestanzt aussehende Defekte der Haut.

Veränderungen an inneren Organen: Es wurden gefunden: Zersetzung des Blutes in kleinen Gefäßen des Herzens und des Gehirns, des Blutes beider Herzkammern mit Bildung von Blutfarbstoffkristallen. Kolliquationsnekrose im Bereich des Reizleitungssystems, Blutungen in den Organen, Veränderungen im Gehirn. Wichtig ist der Hinweis auf den Erfolg mitunter langdauernder Wiederbelebungsversuche, bei denen Herzmassage die Hauptsache zu sein scheint. Für die Begutachtung ist neben dem Befund die Kenntnis des Unfallvorganges von größter Bedeutung.

Zur Frage, von welchem Zeitpunkt ab die in der Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten vom 12. Mai 1925 aufgezählten Berufskrankheiten entschädigungspflichtig sind. Anwort auf diese Frage gibt der § 13 der Verordnung vom 12. 5. 25. Die Verordnung trat am 1. 7. 25 in Kraft. Zu beachten ist, daß es für die Feststellung des Zeitpunktes der Erkrankung nicht darauf ankommt, wann ein nach ärztlicher Auffassung als regelwidrig anzusehender Körper- oder Geisteszustand eingetreten ist, sondern darauf, wann ein solcher Zustand Heilbehandlung oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte. Die Verordnung berücksichtigt auch unter bestimmten Voraussetzungen eine schädliche Einwirkung aus der Zeit seit dem 1. 1. 25: 1. der Versicherte muß nach dem 30. 6. 25 ärztlicher Hilfe bedürftig oder arbeitsunfähig gewesen sein, 2. er muß nach dem 31. 3. 25 in einem der Versicherung gegen Berufskrankheiten unterliegendem Betriebe beschäftigt gewesen sein, 3. die Erkrankung muß wesentlich durch die Beschäftigung nach dem 31. 12. 24 in solchen Betrieben verursacht sein.

Walter Lustig, Berlin.

Die Volksernährung.

2. Jahrg., Heft 17, 5. September 1927.

Essig oder Zitronensaft? Bewertet man Essig und Zitrone nur als Säurespender, ist eine Bevorzugung der Zitrone vor dem Essig nicht berechtigt. Und doch ist der Zitronensaft dem Essig weit überlegen, weil die Zitrone ein Vitaminspender und Mineralienträger ist. Die Domäne des Essigs bleibt das konservierte Essiggemüse wie das saure Obst. Es wird keiner den Versuch machen, z. B. Gurken mit Zitronensaft zu konservieren, wie auch jeder Essigwasser als Erfrischungsgetränk dankend ablehnen wird. Aber bei dem Anrichten von Salaten und Gemüsen, zur Säuerung von Fleisch- oder Fischspeisen, bei dem Würzen von Tunken, sollte die Küche ganz allgemein die Zitrone verwenden.

Die diätetische Bedeutung der Zwiebel und des Knoblauchs. Zu den ältesten und beliebtesten Gewürzgemüsen gehören die Zwiebel und der Knoblauch, die man wegen ihrer anregenden Wirkung den Geschmacks- und Genußsinn schätzt. Die verschiedenen Zwie und Knoblauchgewächse (Allium) enthalten als eigenartige Besta teile Alkylsulfide, Propylallysulfid und Vinylsulfid, deren Kon tration die starke Reizwirkung der einzelnen Arten bedingen, z. B. das Tränen der Augen und Niesen. Diese Reizwirkung m sich auch im Munde und Rachen bemerkbar, indem die Speic absonderung und der Saftfluß im Magen angeregt wird. — Die ä lichen Erfahrungen haben seit Jahrtausenden im Knoblauch un der Zwiebel eine heilende Eigenschaft erkannt. Bekannt ist Wirkung des Knoblauchs gegen Darmparasiten, besonders g Oxyuren. Neuerdings wird über sehr gute Erfolge mit Knoblauch manchen Formen von Darmkatarrhen berichtet, ebenso hat Allium bei Darmkrankheiten und bei Ruhr und andern infektiö sowie sonstigen Darmkatarrhen außerordentlich bewährt. Man rü vor allem die darmberuhigende Wirkung, die Beseitigung von lenden Beschwerden und Koliken, ferner eine reinigende Wirk auf die Darmflora, gegen welche mit andern Mitteln keine rec Dauererfolge erzielt werden konnten. Die Wirkung wird als auf biologischem Wege durch eine Umstimmung oder Heilung Darmschleimhaut und deren Drüsen erklärt.

Rudolf Katz, Berli

Zeitschrift für Kreislaufforschung.

17. Heft, 1. September 1927.

Ueber angeborene Atresie der rechten Pulmonalarterie bei ei Erwachsenen. Der Fall — der durch puerperale Sepsis zum Ex kam — vereinigte folgende Anomalien: 1. Atresie der rechten monalarterie. Vikarierende Blutversorgung der rechten Lunge benachbarten Gebieten, sowie durch eine besondere Schlagader der Subclavia dextra. 2. Isthmusstenose der Aorta. 3. Mißbildun der Atrioventrikular- und Semilunarklappen. 4. Abnorm hoher gang der Kranzarterien. 5. Anomalien im Abgang der Interkos arterien. 6. Geringe Fehlbildung der Lungenlappung.

18. Heft, 15. September 1927.

Arterieller Hochdruck durch Dauerausschaltung der Blutdru zügler. Mit Hilfe einer besonderen Methodik gelang es, die Funk der 4 Blutdruckzügler beider Aorten- und beider Cavotissimusner beim Kaninchen vollständig und dauernd auszuschalten, ohne ernstere Nebenerscheinungen dadurch hervorgerufen wurden. An ruhig gehaltenen Tieren ließ sich stets röntgenologisch eine deutli Verbreiterung des Herzschattens nachweisen, die auf einer stark Dilatation und auch Hypertrophie des Herzmuskels beruhte. Blutdruck und die Herzfrequenz hielten sich Monate lang fast verändert auf der unmittelbar nach Ausschaltung der Druckzü erreichten Höhe. Das Auffallendste war eine Neigung zu Blutdru senkungen, selbst auf solche Reize, die gewöhnlich zu Drucksteig rungen führen (Hautreize, Bewegungen, Trigeminusreizungen, D pnoe). Morphologisch konnte bei allen Tieren eine Dilatation Herzens, Herzschwielen und erhebliche hyperplastische Wandv änderungen der Lungenarterien festgestellt werden, in 2 Fällen He muskelhyperplasie, Wandverdickung der kleinsten Herzwandarter im Bereiche schwieliger Veränderungen, Nierenveränderungen: fache Wandverdickung der Arterien, Bindegewebsvermehrung Glomerulusverödung.

Untersuchungen an einem autoptisch kontrollierten Fall Pulmonalstenose. Bei einem Fall von Pulmonalstenose mit Ventrik septumdefekt ließ sich intra vitam trotz des Fehlens wesentlic klinischer Symptome, besonders des sog. Preßstrahlgeräusches, Septumdefekt diagnostizieren auf Grund eines O_2-Defizit im art ellen Blut bei ungehindertem Gasaustausch in der Lunge. Die nahme wurde autoptisch bestätigt.

Lanke, Eigelsdorf

Strahlentherapie.

26., Heft 2.

ur Methodik der Röntgentherapie bei Asthma bronchiale. N. A. Podkaminsky.
ie Röntgenbehandlung der Arthritis gonorrhoica. H. Guhrauer
ie Röntgenbestrahlung bösartiger Tumoren in Verbindung mit Dextrozidbehandlung. Henri Hirsch.
chwangerschaft vor und nach Gebärmutterkrebs. Carl Karg.
at der Zeitpunkt der Eierstocksbestrahlung Einfluß auf den zeitlichen Eintritt der Amenorrhoe? Hans Weigandt.
ie Röntgenbestrahlung chronischer Knochenfisteln. G. H. Schneider.
ır Biologie der Röntgenstrahlen. K. Kovacs.
iemische, kolloidale und biologische Wirkungen von Röntgenstrahlen verschiedener Wellenlänge in ihrem Verhältnis zur Ionisation in Luft. I.: Oxyhämoglobin in wäßriger Lösung. Hugo Fricke, B. W. Petersen.
ber die Veränderungen des funktionellen Zustandes der Blutgefäße nach Röntgenbestrahlung. N. W. Lazarew, Anna Lazarewa.
nfluß von Thorium-X auf die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen. Ibrahim Valeef.
perimentelle Untersuchungen über den Einfluß von Röntgenstrahlen auf die Bildung von spezifischen Agglutininen. Curt Hempel.
ber den heutigen Stand der Bestrahlungsmethoden. H. Th. Schreus.
rtschritte in Ausführungsform und Anwendungsbereich des Eichstandgeräts. Hans Küstner.
ber das Messen der Röhrenbetriebsspannung mit Hilfe der Kugelfunkenstrecke bei Gleichspannungsanlagen in der Tiefentherapie. Rudolf Thaller.
ühlampe mit ultraviolettem durchlässigem Glase. F. Dannmeyer.
ber Allgemeinwirkungen der Röntgenstrahlen. O. David.

Die Lymphdrüsen beim Lippen-, Zungen- und Mundbodenkrebs; ie therapeutische Indikationsstellungen; ihre Behandlung. Für die Beurteilung therapeutischer Erfolge an krebsigen Drüsen sind nur di Fälle geeignet, in denen die primäre Läsion geheilt ist. Bei in Stachelzellenkrebs der Lippen konnte der primäre Herd in 7 Fällen von 96 geheilt werden. Von diesen gingen aber noch an den Drüsenmetastasen zugrunde, so daß sich für die vollständige Heilung eine Ziffer von 61,4% ergibt. Erheblich ungünstiger iegen die Verhältnisse beim Zungen- und Mundbodenkarzinom. Hier konnten nur 28% völlig geheilt werden. Die primäre Lokalisation kam in 133 von 275 Fällen zur Heilung, am Drüsentumor starben dann noch 56 Patienten. Die Zahl der Drüsenaffektionen wurde beim Lippenkarzinom mit 40%, beim Zungenkarzinom mit 65 bis % ermittelt. Diese hohe Verhältniszahl zwingt in den meisten Fällen, systematisch die Drüsenausräumung vorzunehmen, außer wenn chirurgische Kontraindikationen bestehen. Eine abwartende Haltung mit Kontrollen darf nur in Ausnahmefällen eingenommen werden. Die Operation muß beiderseits vorgenommen werden, wenn die primäre Lokalisation auf beide Teile übergreift oder wenn auf der entgegengesetzten Seite verdächtige Drüsen vorhanden sind. In den übrigen Fällen werden die Drüsen auf der dem primären Herd entgegengesetzten Seite nur unter Kontrolle gestellt. Beim Lippenkarzinom kann man, wenn keine verdächtigen Drüsen vorhanden sind, eine abwartende Haltung rechtfertigen. Ständige Nachuntersuchung in nicht zu langen Intervallen (alle 2 bis 3 Monate, später halbjährlich) ist aber erforderlich. Wenn die histologische Untersuchung die karzinomatöse Natur der Drüsen nachgewiesen hat, muß die Operation immer durch Bestrahlung ergänzt werden. In inoperablen Fällen sind die Heilungsaussichten auch bei der Radiotherapie beschränkt, dennoch ist dieselbe nicht nutzlos. Bestimmte empfindliche Tumoren (Basalzellenkrebs) mit Zellenumwandlung vom Schleimhauttypus können mit größerer Aussicht auf Erfolg bestrahlt werden. Wenn auch die Heilung nicht erzielt werden kann, so erreicht man doch mit der Bestrahlung inoperabler Drüsentumoren gute Palliativresultate. Die Verbindung einer unvollständigen Entfernung der Drüsen mit Radiotherapie kann in manchen Fällen noch Heilung bringen.

Für die Wahl der Strahlentherapie ist die histologische Beschaffenheit von Bedeutung. Zeigen die Krebszellen eine bestimmte Anordnung in faltenartigen Schichten, ohne sich zu Zwiebelbildung zusammen zu finden, so kann man mit einer erhöhten Strahlenempfindlichkeit rechnen. Dasselbe ist anzunehmen, wenn die Neubildung vorwiegend aus Zellen vom Basaltypus besteht, die mehrere übereinanderliegende Schichten bilden. Weit ungünstiger verhalten sich Geschwulstbildungen in denen vieleckige Zellen vorwiegen. Schließlich ist die Art der Zellenumwandlung zu beachten. Entspricht dieselbe dem Schleimhauttypus, so liegt meist eine gute Radiosensibilität vor, während eine solche vom Hauttypus auf geringe Strahlenempfindlichkeit hindeutet. Für die heilende Wirkung der Kurietherapie und der Röntgentherapie als alleinige Behandlung bei sicher kanzerösen Drüsentumoren sind abschließende Beweise erbracht worden. Aber bis jetzt ist die Wirksamkeit dieser Methode unzuverlässig. In den Fällen, wo die Drüsen histologisch kanzerös befunden worden sind, ergab die Verbindung der chirurgischen Ausräumung und der Flächen-Kurietherapie mit Wachsapparat folgende Resultate: bei Lippenkarzinom 5 Heilungen von Fällen, bei Zungenkarzinom 6 Heilungen von 10 Fällen. Die Röntgenstrahlen ergaben Heilungen bei gleichzeitiger Behandlung der Drüsen- und der primären Läsion bei den Karzinomen der unteren und der hinteren Zungengegend, wenn es sich um radiosensible Formen handelt. Die nicht gefilterte Röntgentherapie nach Ausspräparierung und Zurückschlagen von Hautlappen wird als eine schlechte Methode betrachtet. Bei den Drüsentumoren, welche die Karzinome der Lippen und des vorderen Zungenrückens begleiten, gibt Verf. der Kurietherapie den Vorzug. Die transkutane Radiumpunktur und die Einlagerung von radioaktiven Herden auf chirurgischem Wege haben beide seltene Indikationen. Die Kurietherapie vermittelst anmodellierter Wachsapparat für den Hals mit einer Herd-Hautentfernung von 3 bis 8 cm, wobei die strahlende Fläche über die klinisch erkrankten Gegenden hinausgreift, hat Fortschritte gemacht und scheint geeignet, eine wachsende Heilungsziffer zu ergeben. Die chirurgische Ausräumung der Halsdrüsen mit nachfolgender Radiotherapie ist, wenn sie heilen soll, eine Behandlung, die große Gefahren birgt, und eine Periode lokaler und allgemeiner Reaktionen mit sich bringt. Sie kann nur bei Kranken mit gutem Allgemeinbefinden angewendet werden.

Die Strahlentherapie der malignen Geschwülste in der Gynäkologie. Ein Vergleich der Statistik operativer und radiologischer Behandlung der bösartigen Unterleibsgeschwülste gibt bei operablen Fällen keine nennenswerten Unterschiede oder doch nur einen kleinen Vorsprung der chirurgischen Behandlung. Dieser ist aber dadurch wieder ausgeglichen, daß eine nicht unbeträchtliche Anzahl inoperabler Fälle durch Bestrahlung geheilt werden kann. Auch sind die symptomatischen Erfolge in den Fällen, die nicht dauernd zu heilen sind, nicht zu unterschätzen. Zufriedenstellend sind aber die Resultate bei keiner der beiden Methoden. Für die Praxis ergibt sich daraus, daß es nicht richtig ist, Operation und Strahlenbehandlung gegenüberzustellen, sondern daß beide Methoden bei der Bekämpfung des Krebsleidens kombiniert werden sollten. In der Berliner Universitäts-Frauenklinik (Prof. Stöckel) wird daher nach folgenden Grundsätzen verfahren: Jeder Fall, der operiert werden kann, wird operiert. Eine Ausnahme bilden nur besondere Gegenindikationen (Herzfehler, Lungenerkrankung, Diabetes, Nierenerkrankung usw.). Die Operation wird mit möglichstem Radikalismus ausgeführt bezüglich des parametranen und paravaginalen Gewebes. Der Eingriff erfolgt stets auf vaginalem Wege, wodurch die primäre Mortalität auf 4 bis 5% herabgedrückt werden konnte. Eine Drüsenausräumung wird nicht vorgenommen. Es wäre zweckmäßig, prinzipiell eine Vorbestrahlung auch in operablen Fällen vorauszuschicken. Jeder Operationsfall wird mit Röntgenstrahlen nachbehandelt. Die inoperablen Fälle werden mit Radium- und Röntgenstrahlen kombiniert behandelt. In der Regel erhalten sie zwei Behandlungen im Abstand von 8 Wochen, wobei Radium jedesmal in einer Dosis von etwa 3000 mg-Std. auf Portio und oberen Teil der Scheide einwirkt und außerdem eine volle Karzinomröntgendosis ins Becken appliziert wird. Die Röntgenbestrahlung wird nur dann wiederholt, wenn keine Verschlimmerung im Allgemeinbefinden eingetreten ist. Bleibt die erste Bestrahlung ohne Erfolg, ist das Karzinom vorgeschritten, sind Zeichen der Kachexie vorhanden, so kann eine zweite Röntgenbestrahlung eher das Ende beschleunigen, als aufhalten. Weit unbedenklicher kann man die Radiumapplikation wiederholen ohne zu schaden, wenn genau dosiert und gefiltert wird. Auch bieten diese wiederholten Behandlungen eine vorzügliche Bekämpfung der Karzinomsymptome. Sehr wichtig ist bei jeder Behandlungsmethode, sei es operativer, sei es Strahlentherapie, die Allgemeinbehandlung zwecks Steigerung der Abwehrkräfte. Dazu gehört eine zweckmäßige Pflege und Ernährung, Luft und Sonnenbäder, auch künstliche Höhensonnenbestrahlung erweisen sich öfter als fördernd. Der Röntgenbestrahlung fällt die Aufgabe zu, in weiterem Umfange, als Operation und Radium das vermögen, etwa vorhandene Karzinomzellen zu treffen und zu vernichten. Um dies zu erreichen, muß das Becken homogen durchstrahlt werden, was sowohl für die Operierten, wie für die zunächst mit Radium behandelten Fälle gilt. Bei der kombinierten Radium- und Röntgenbestrahlung wird an den primären Karzinomherd eine doppelte Karzinomdosis gebracht. Es ist anzunehmen, daß durch die hohe Dosis die großen Massen der epithelialen Zellen besonders gut zur Einschmelzung gebracht werden können. Zwecks homogener Durchstrahlung des Beckens verwendet Verf. 6 Bestrahlungsfelder die mit je ⅗ HED belastet werden, dabei wird an der Portio und an den Parametrien etwa 100% der HED erreicht. Die Radiumbestrahlung wird mit einzelnen Trägern zu 13 bis 40 mg ausgeführt. Die Filterung beträgt für die intrauterine Behandlung 0,8 mm Gold, im übrigen 2 mm Messing. Je nach Lage des Falles werden etwa 2800 bis 3200 mg-Stunden appliziert.

Zur Röntgenbehandlung der Arthritis gonorrhoica. Die Arthritis gonorrhoica ist eine sehr gute Indikation für Röntgenbestrahlung. Die schmerzstillende Wirkung tritt meist schon nach 24 Stunden ein. In den nächsten Tagen fällt das Fieber ab, und die Anschwellung der Gelenke geht zurück. Der Erfolg ist um so augenfälliger, je früher die Behandlung einsetzt. Zuweilen gelingt es sogar, die Erkrankung zu kupieren. Aber auch in subakuten Fällen ist die Strahlenbehandlung von Nutzen. Gelingt es namentlich bei großen

Gelenken auch nicht immer, eine schnelle Heilung herbeizuführen, so ist doch die sedative Wirkung auch hier deutlich, so daß Bewegungsübungen, Diathermie- oder Lichtbäderbehandlung zu einem früheren Zeitpunkt einsetzen können.

Hat der Zeitpunkt der Eierstocksbestrahlung Einfluß auf den zeitlichen Eintritt der Amenorrhoe? Nach den Angaben von Seitz und Wintz, die bisher fast allgemein anerkannt wurden, soll der Zeitpunkt der Kastrationsbestrahlung einen Einfluß auf den Eintritt der Amenorrhoe haben. Bei Bestrahlung mit der Kastrationsdosis (34% der HED) in einer Sitzung soll die Amenorrhoe immer schon zum nächsten Menstruationstermin eintreten, wenn die Bestrahlung in einer Sitzung in der ersten Hälfte des Intermenstruums durchgeführt worden ist. Bei der gleichen Bestrahlung in der zweiten Hälfte des Intermenstruums jedoch sollen noch ein- bis zweimal Blutungen erfolgen. Eine Nachprüfung dieser Angaben an einem Material von 220 Fällen ergab jedoch, daß eine solche Abhängigkeit nicht vorliegt. Es ließ sich kein gesetzmäßiger Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Bestrahlung und der Zahl der Menstruationsblutungen bis zum Eintritt der Amenorrhoe feststellen.

Ueber die Veränderungen des funktionellen Zustandes der Blutgefäße nach Röntgenbestrahlung. Die Blutgefäße des Vorderarmes wurden nach Bestrahlung mit 50 bis 90% der HED. mittels Kapillarmikroskopie, pharmakodynamischen Prüfungen u. a. untersucht. Die Beobachtungen an 14 gesunden Versuchspersonen ergaben folgende Resultate: Die Aenderungen des Kapillarbildes verlaufen im allgemeinen parallel dem mit bloßem Auge sichtbaren Erythemverlauf. In den ersten Stunden nach der Bestrahlung kann eine schnell vorübergehende spastische Periode eintreten, wenn die Erregbarkeit des vasokonstriktorischen Apparates an den größeren Gefäßen erhöht ist. Einige Stunden später ist in der Regel eine Erweiterung der Kapillaren und eine Zunahme der Permeabilität zu beobachten. Die oberflächlichen und tiefen venösen Plexus der Haut sind erweitert, die Erregbarkeit des vasodilatatierenden Apparates der großen Gefäße nimmt zu, die des vasokonstringierenden Apparates nimmt ab, auch an den größeren Arterien ist eine Gefäßerweiterung festzustellen. Im Laufe der nächsten Tage klingen diese Erscheinungen ab, es bleibt nur eine leichte Erweiterung der Kapillaren zurück und eine Erhöhung deren Permeabilität. Die zweite Erythemwelle, die am 13. bis 15. Tag nach der Bestrahlung zu beobachten ist, wird von denselben Erscheinungen begleitet, ebenso die dritte, deren Eintritt am 35. bis 40. Tage erfolgt. Die Aenderungen an den Gefäßen im Stadium des Röntgenerythems sowie die Reihenfolge dieser Aenderungen sind im allgemeinen dieselben wie bei den anderen entzündlichen Erythemen, insbesondere auch bei Lichterythem.

Ueber den heutigen Stand der Bestrahlungsmethoden. An die Stelle der früher üblichen tastenden Dosierung in der Röntgenbestrahlung ist seit einigen Jahren, begünstigt durch die Fortschritte in der Röntgentechnik und den Ausbau der Meßmethoden die einzeitige Intensivbestrahlung getreten. Bei der alten Methode lag die Schwierigkeit in der Dosierung und in der Gefahr der Spätschädigungen. Die Intensivmethode aber ist mit der Gefahr ungünstiger Nebenwirkungen belastet, die speziell bei Bestrahlung großer Körperregionen eintreten und wahrscheinlich auf Schädigung von Blutzellen und auf die Entstehung von Zerfallstoxinen kranker Zellen zurückzuführen sind. Für den weiteren Ausbau der Strahlentherapie scheint eine Kombination beider Methoden der gegebene Weg zu sein. Es kommt darauf an, ob es möglich ist, durch eine verteilte Applikation der Strahlendosis die ungünstige Allgemeinreaktion zu vermeiden, ohne die Wirkung der Bestrahlung dadurch zu beeinträchtigen. Die experimentellen Feststellungen lassen von der fraktionierten Bestrahlung nur bei latenten Zellen die gleiche biologische Wirkung erwarten, bei empfindlichen Zellen jedoch erwies sich die einzeitige Bestrahlung als überlegen. Dennoch sind in der therapeutischen Praxis auch bei der Karzinombehandlung bessere Erfolge von einer den Körper mehr schonenden Methode zu erwarten. Selbst wenn man berücksichtigt, daß die Wirkung einer bestimmten Dosis bei verzettelter Applikation geringer ist und daß daher zur Erreichung desselben biologischen Effektes die Gesamtdosis erhöht werden muß, bietet diese Methode den Vorteil einer größeren Schonung der Körperkräfte und der natürlichen Abwehrreaktionen. Aber wir haben Grund zu der Annahme, daß die Wirkungsbreite der für eine Krankheit erforderlichen Strahlenmenge wesentlich größer ist, als meist angenommen wird. Wir sind daher berechtigt, den Verzettelungsverlust zunächst zu vernachlässigen und nur bei mangelhafter Wirkung die Kompensationsbestrahlung vorzunehmen. Damit soll nun aber nicht gesagt sein, daß die alte Methode der wahllosen und unkontrollierbaren Summation allzu geringer Dosen wieder eingeführt werden soll. Auch bei zeitlicher Unterteilung darf man mit der Einzeldosis doch niemals so weit heruntergehen, daß nicht jede einzelne Applikation schon eine gute Wirkung auf die empfindlichsten Zellen ausübte. Bei Tumoren stellen etwa 30 bis 40% der HED die unterste Grenze dar. Verf. betont, daß die Zahl der nicht ansprechenden Karzinome um so seltener ist, je schone[nder] der die Bestrahlung durchgeführt wird. Die Gesamtstrahlenmen[ge] ist beim Ca. auf 90 bis 100% der HED zu veranschlagen, die inn[er-] halb 4 bis 6 Tagen zu verabfolgen sind. Eine Wiederholung d[er] Bestrahlung darf nicht schematisch indiziert sein. Ist durch d[ie] erste Bestrahlung eine Besserung erfolgt, so darf eine neue Bestra[h-] lungsserie erst appliziert werden, wenn neuerlich eine Verschlec[h-] terung zu beobachten ist. Je länger die Pause, um so reaktion[s-] bereiter ist der Organismus. Bei schlecht reagierenden Fällen ab[er] soll man die Hoffnung aufgeben, durch ein Mehr Besseres erzwing[en] zu wollen. Wenn wir uns nicht mehr die Heilung des Karzinoms [in] einer Sitzung zum Ziele setzen, sondern uns zunächst mit sein[er] Besserung zufrieden geben, werden wir der größeren Zahl v[on] Kranken eine bedeutende Verlängerung ihres Lebens und einer nic[ht] geringeren Zahl als früher vollständige oder vorläufige Heilung b[e-] scheren können. Was für das Karzinom gilt, das hat noch me[hr] für die übrigen Indikationen der Röntgenbestrahlung, z. B. für d[ie] Tuberkulose Berechtigung. Auch in der Hauttherapie sind dieselb[en] Gesichtspunkte zu berücksichtigen. „Abkehr von der Erzwingu[ng] unerreichbarer Ziele, gesteigerte Rücksicht auf die eingreifend[en] Nebenwirkungen der Bestrahlung und erneutes Hintasten zu den g[e-] ringsten noch eben eine Wirkung versprechenden Dosen schei[nt] mir Aufgabe und Ziel der nächsten Entwicklung."

Kirschmann.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

109., Heft 4 und 5.

Die Pathogenese des epileptischen Krampfes. Histopathologische[r] Teil. Verfasser kommt im ersten Teil seines Referats zu folgender[m] Ergebnis: Im Zusammenhange mit epileptischen Krämpfen trete[n] außer schwer bestimmbaren allgemeinen Schädigungen frische lokali[-] sierte Ausfälle (Bilder frischen Zerfalls bis zu alter Sklerose) i[m] Kleinhirn und im Ammonshorn auf. Nach mehrtägigen Staten un[d] einige Tage dem Tode vorausgehenden Krämpfen können wir sie i[n] der Mehrzahl der Fälle nachweisen. Bald finden sie sich sowohl i[m] Ammonshorn wie im Kleinhirn — dabei meist in dem einen stärke[r] als in dem anderen —, bald nur im Kleinhirn oder nur im Ammons[-] horn. In den Fällen, in denen die Untersuchungsbedingungen nich[t] so günstig sind, wo also keine Anfälle vor dem Tode waren ode[r] aber zwischen den Anfällen und dem Tod eine zu kurze Zeit ver[-] strich, als daß frische Veränderungen zur Ausbildung gelangen konnten, dürfen wir aus alten Ausfällen von dieser charakteristische[n] Eigenart und dieser charakteristischen Lokalisation auf die Wirkun[g] früherer Anfälle schließen. An seinem Material fand Verfasse[r] Ammonshorn und Kleinhirn zusammen genommen in 80% der Fäll[e] in solcher Weise erkrankt. So sehr die untersuchten Epilepsie[n] symptomatischer und genuiner Art voneinander verschieden sind, s[o] stimmen sie doch in diesen Merkmalen überein.

Verfasser erbringt im weiteren den pathogenetischen Beweis, daß die lokalisierten Ammonshorn- und Kleinhirnveränderungen au[f]

ınktionellen Kreislaufstörungen beruhen und daß sie das morpho-
ogisch faßbare Ergebnis eines Angiospasmus sind. Dadurch aber
rlangen die in der Arbeit besprochenen anatomischen Befunde Wert
ür die klinische Bewertung der anatomischen Krampfmerkmale. Für
ie Frage nach dem Krampfmechanismus kann daraus abgeleitet
erden, daß funktionelle Kreislaufstörungen beim epileptischen
rampf im Spiele sind, d. h. irgendwelche Reize auf die Strombahn-
erven, die — mindestens vorwiegend — einen Angiospasmus
achen. Dieses unbeeinflußt von den widerstreitenden Theorien über
ie Anfallsgenese rein anatomisch gewonnene Ergebnis kann wohl
ls Stütze für die wiederholt erwogene Anschauung von der vaso-
otorischen Krampfgenese gelten. Auch bei Operationen wurde
chon oft eine Erbleichung und Volumenverminderung des Gehirns
nmittelbar vor dem Anfall beobachtet, was bereits andere Autoren
uf vasokonstriktorische Vorgänge an den Hirngefäßen in der Ent-
ehung des epileptischen Krampfes schließen ließ. Warum bei 20%
on den 126 untersuchten genuinen und symptomatischen Epilepsien
ne örtlich umschriebenen Veränderungen nicht gefunden wurden,
ann vorläufig nicht einwandfrei erklärt werden. Daß sich aber
ngiospasmus nur im Kleinhirn und im Ammonshorn am Gewebe aus-
irkt, muß in Besonderheiten der örtlichen Kreislaufverhältnisse
einen Grund haben. Nicht wunderbar wäre es, wenn sich einmal
eraussteIlen sollte, daß die vielgenannte Chaslinsche Randgliose und
e Zellausfälle in der Rinde nur der sichtbare Schaden sind, in
elchem der krampfmachende pathophysiologische Vorgang seinen
orphologischen Ausdruck findet. Die örtlich elektiven Verände-
ıngen kehren bei den allerverschiedensten Prozessen in immer
eicher Weise wieder. Wir gewinnen von diesen Zustandsbildern
nen Einblick in den Vorgang. Der präparoxysmale vasomotorische
organg ist nur das letzte Glied in der Kette der Entstehungs-
ırgänge.

Zur Pathogenese des epileptischen Krampfanfalls. Stoffwechsel-thologie. Verfasser versucht bei der Betrachtung der Stoffwechsel-
örungen beim Krampfanfall zunächst die als deutliche Anfallsfolge
ıfzufassenden Störungen sowie die dem Grundleiden zuzuteilenden
bweichungen zu abstrahieren. Es bleiben dann an Stoffwechsel-
örungen, die wegen ihres frühen Auftretens in der präparoxys-
alen Periode zur Genese des Krampfanfalls in Beziehung gesetzt
erden, Ausscheidungsstörungen übrig, die jedoch auf zirkulatorische
örungen, die lange vor dem Anfall einsetzen, zurückgeführt werden
üssen. Ueber die Genese dieser Störungen gibt die Erforschung
s Stoffwechsels keine Auskunft. In ihrem flüchtigen und wechseln-
en Wesen liegt es begründet, daß große individuelle Unterschiede
stehen und ihren Nachweis oft erschweren. Auf die Frage der
äparoxysmalen Alkalose geht Verfasser nicht näher ein, da sie
cht zu den Stoffwechselstörungen beim Krampfanfall gezählt werden
ann. Sie gehört zu den Zuständen, bei denen Krampfanfälle vor-
ommen.

Das Experiment zeigt ferner, daß durch zirkulatorische Störun-
en und durch Aenderungen des Säurebasengleichgewichts (im Sinne
er Azidose oder einer Alkalose) Anfälle ausgelöst werden können.
insichtlich der Alkalose liegen die Verhältnisse sehr schwierig.
urch Natronlauge hervorgerufene Alkalose erzeugt weder Tetanie
ch Krampfanfälle.) Hyperventilations- und Natriumbikarbonat-
alose sind als unspezifischer, erregbarkeitssteigernder Reiz aufzu-
ssen.

Schließlich sieht man, daß bei Stoffwechselstörungen, bei welchen
ampfanfälle vorkommen, entweder zirkulatorische Störungen oder
örungen des Säurebasengleichgewichts den gemeinsamen Faktor
der verschiedenen Krankheitszustände bilden. Daß zwischen beiden
ewissermaßen als Etappen auf dem Wege zum Krampfmechanismus
uszusehende Störungen enge Beziehungen bestehen, ist sicher. Mög-
licherweise stellen die Störungen des Säurebasengleichgewichts nur
een Indikator für sehr komplexe, noch nicht hinreichend er-
forschte Vorgänge dar.

Gleichgültig, ob eine zirkulatorische Störung oder eine des
ürebasengleichgewichts die Sauerstoffversorgung der Zellen auf-
bt, ob lokale Druckerscheinungen, Oedeme oder Einwirkungen von
ften eine Rolle spielen — in tiefgreifenden Störungen des Zell-
chanismus dürfte wohl das letzte Glied in der Kette der Patho-
nese des epileptischen Krampfanfalls liegen.

Ueber den „Neurotyphus“ und die Zerebrospinalflüssigkeit bei denselben. Beobachtungen der Abdominaltyphus-Epidemie in
Rostow a. D. Das plötzliche Aufflackern der Epidemie in R. im
April und Mai 1926 hatte seinen Grund in einer Verunreinigung der
Wasserleitung (Kanalisationsröhrenbeschädigung). 1360, die in Kran-
kenhäusern untergebracht waren, wurden von den bis 3000 Typhus-
erkrankungen in den Laboratorien als Abdominaltyphus diagnosti-
ziert. Herangezogen zur Untersuchung wurden von diesen für diese
Arbeit (60 = 4,8%) nur Fälle von reinem „Neurotyphus“ (Abdomi-
naltyphus mit deutlichen und andauernden Nervenerscheinungen).
Todesfälle waren insgesamt 7%, davon 18% „Neurotyphiker“
(16 Fälle), 11 Todesfälle darin bei den schwersten 99 zerebralen
Formen (28%).

Die Punktion gab häufig vorübergehende Besserung. Der Liquor-
druck war jedesmal erhöht. (Gehirnventrikel und Subarachnoideal-
räume ausgedehnt.) Eiweißgehalt des Liquors 0,05%. Globulin-
reaktion nicht scharf ausgeprägt, Lymphozyten nie höher als 9.
Beweis: Schwache Beschädigung der Meningen. Fälle von puru-
lenter Meningitis sind höchst seltene Komplikationen. Auch die
übrigen in bezug auf den Liquor beim „Neurotyphus“ gewonnenen
Daten sprechen mit Bestimmtheit für den nicht entzündlichen Cha-
rakter der meningealen und sekretorischen Erscheinungen.

Von den 66 Fällen war in 27 Fällen vorzugsweise klinisch das
periphere, in 39 Fällen das zentrale Nervensystem ergriffen. In
erster Gruppe: normaler Liquor, Neuralgie, Myalgie, schwere sub-
jektive Erscheinungen schon in den ersten Wochen, objektive Ver-
änderungen unbedeutend und nicht dauerhaft, schnelle Besserung nach
Entfieberung, keine Todesfälle. (Bei der Myalgie häufiges Vor-
täuschen eines positiven Kernig und Klonus.) Bei den Neuritiden
wird das Wesentliche des Prozesses als eine Folge der für den
Typhus charakteristischen Lymphome angesehen, die interstitiell
dem Gang der Nervenbahnen folgend gelegen sind. In der zweiten
Gruppe: Meningeale oder enzephalitische Erscheinungen. Bei ersteren
klares Bewußtsein, leichte positive Resultate im Liquor, bei letzteren
tiefe und dauernde Trübung des Bewußtseins. Bei fast allen un-
gleichmäßige, erhöhte und bei einem Drittel pathologische Reflexe.
Abweichungen des Liquors außerordentlich selten. Die als Unter-
gruppen bezeichneten Fälle von meningozerebralem Typhus oder
enzephalomeningealem Verlauf des „Neurotyphus“ verliefen am aller-
schwersten und lieferten alle Todesfälle trotz Fehlens von Kompli-
kationen seitens anderer Organe.

Die Veränderungen im Zentralnervensystem entbehren noch einer
festen allgemein pathologischen Grundlage. Bei meningealen Erschei-
nungen scheinbar akute Hydrozephalie und erhöhte Permeabilität, bei
zerebralen primäre Intoxikation der Nervenzellen von dem Erreger in
unsichtbarem Stadium oder seinem Toxine.

Ohne Untersuchung des Liquors kann die Diagnose „Neuro-
typhus“ nicht gestellt werden. Differenzierung zwischen den Arten
des „Neurotyphus“ prognostisch und therapeutisch wichtig.

Körperinneres und Körperschema. Verfasser kommt in der
Untersuchung zu folgenden Resultaten: Das Körperinnere wird als
schwere Masse erlebt. Die Wahrnehmung des Körperinneren ist
vielfach mit optischen Massevorstellungen durchsetzt und wird von
einer einheitlichen Gefühlsempfindung der Vitalität begleitet: Belebte
Schwere. Empfindungen, welche aus den Organen kommen, werden
durchschnittlich etwa 2 cm unterhalb der Körperoberfläche erlebt.
Das Erlebnis der Haut ist wolkig, diffus, nicht scharf abgegrenzt und
liegt unterhalb der gewußten oder vorgestellten Körperoberfläche.
Bei der Berührung mit Gegenständen wird zwar die Grenzfläche
des Gegenstandes scharf umgrenzt wahrgenommen, doch schließt das
Körpererlebnis nicht unmittelbar an den Gegenstand an, sondern wird
durch eine Grenzschicht räumlich getrennt erlebt. Nur bei besonders
leichten Berührungen kommt es zu einer Empfindung an der Körper-
oberfläche, eine eigentliche Objektwahrnehmung kommt dann nicht
zustande.

Zum Auftreten pellagröser Erkrankungen in Deutschland (mit
Bericht über neue Fälle). Den von Bonhöffer 1923 mitgeteilten
Fällen von Unterernährungspsychosen, die nach Symptomenbild und
kennzeichnenden Hauterscheinungen als echte pellagröse Psychosen
im Sinne Gregors angesehen werden mußten, reihen sich die hier
mitgeteilten Fälle an. Der pellagröse Symptomenkomplex setzt sich
zusammen aus dem typisch symmetrisch-lokalisierten Exanthem
(Erythem, später Verdickung der Haut unter Pigmentierung und
Hyperkeratose, am Ende Atrophie), den Magendarm- (Erbrechen,
Durchfälle, Schleimhautentzündungen) und den spinalen Erschei-
nungen (Reflexsteigerung, Muskelerregbarkeit, Fingerzittern, Rigi-
dität und Spasmen der unteren Extremitäten, Herabsetzung der Sen-
sibilität, Parästhesien, Ataxie, fibrilläre und klonische Zuckungen,
terminal tonische Krämpfe). Die begleitenden Psychosen stellen
keinen besonderen Typus dar, sie ähneln am meisten den Erkran-
kungen nach hochgradiger Erschöpfung. Für Pellagra dabei kenn-
zeichnend: Intervalle, Einschiebung apathisch-stuporöse Phasen und
episodäres Auftreten von Halluzinationen und Orientierungsstörungen,
ausgesprochenes Krankheits- und Insuffizienzgefühl. Parallelität
körperlicher und psychischer Symptome im Verlauf. Der anatomische
Befund ergab, von belanglosen zufälligen Veränderungen abgesehen,
als wiederholt bei pellagrösen Erkrankungen beobachtet nur Atrophie
und Verfettung des Herzens, dreimal Fettleber, Schleimhautent-
zündungen und in einem Fall Gewichtsverminderung aller endokrinen
Drüsen. Mikroskopisch wurde ein regelmäßiges Zugrundegehen der
Zellen in der Rinde mit Gliawucherung wahrgenommen. Nach Erör-
terung zahlreicher Theorien kommt Verfasser zu dem Schluß, daß

die Eigenart des Auftretens und der pellagrösen Erkrankungen aus dem Zusammentreffen verschiedener zum Teil spezifischer Umstände erklärlich zu sein scheint. Eine bestimmte Ernährungsstörung, also etwa B-Vitaminmangel, die individuell oder allgemein bedingt sein kann, ruft bei besonders disponierten Individuen Verdauungsstörungen und Kachexie hervor. Die Disposition kann in vorhandener Verdauungsschwäche oder in bestimmter endokriner Insuffizienz liegen. Obwohl die Ernährungsverhältnisse für alle oft die gleichen sind, erkranken immer nur einzelne Individuen. Bei der Hälfte der sechs Fälle geht aber auch eine Neigung zu Verdauungsstörungen voraus. Auf dem durch Ernährungsstörung veränderten Nährboden erhalten entweder schon vorhandene Saprophyten oder mit der Nahrung eingeführte für gut Genährte unschädliche Keime pathogene Virulenz. Da bei dieser Erkrankung eine Neigung zu Schleimhautentzündungen besteht, erscheint die Infektion des Darmes sekundär wahrscheinlicher. Folgekrankheiten beherrschen den weiteren Verlauf, ohne daß eine vollkommene Ernährung die Gefahr nunmehr hindern kann. Ob nur eine bei verhältnismäßig leicht zu vermeidende Ernährungsschädlichkeit oder etwa ein neu eingeschleppter, unbekannter Erreger letzte Ursache ist, muß noch geklärt werden.

Hans Knospe, Berlin.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 39, 24. September 1927.

* Diagrostische Bedeutung des Verlaufs der Ligamenta sacrouterina. Ostrčil.
Bio'ogie des Baci'lus vagiralis. Hubert.
Zur Erkennung des engen Beckens. Koerner.
Behandlung der perforierten Apperdicitis bei vorgeschrittener Gravidität. Michel.
Bauchhöhlenschwargerschaft nach supravag. Ut.-Amputation. Liepmann.
Wert der Pyramidon-Probe zum Nachweis innerer Blutungen usw. Bakscht.
Fall von Portiomyom. v. Zur-Mühlen.

Diagnostische Bedeutung des Verlaufs der Ligamenta sacrouterina. Besonders zur Differenzierung intraperitoneal gelegener Eierstock-Geschwülste gegenüber intraligamentär liegenden und bei der Unterscheidung peri- und parametritischer Exsudate dient die Abtastung der Lig. sacrouterina als differentialdiagnostischer Behelf. Liegt die Geschwulst intraperitoneal, dann verläuft die Douglasfalte vor ihr: bei intraligamentärem Sitz ist sie medianwärts und hinter die Geschwulst verschoben. Bei parametranem, nach hinten zum Rektum sich hinziehendem Exsudat verliert sich die scharfe Kontur des Lig. sacrouterinum im Exsudat, welches das Lig. umgibt und durchdringt. Bei intraperitoneal und retrouterin gelegenem Esxudat, dagegen tastet man per rektum genau den, wenn auch dislozierten, Verlauf des Ligaments. Auch zur Differentialdiagnose zwischen gravidem Uterus und Ovarialzyste ist die Exploration der Lig. cardinalia geeignet. Die seröse Durchtränkung des Isthmus uteri kann so ausgeprägt sein, daß man die Zervixpartie des Uterus für eine kleine, reklinierte Gebärmutter hält und das kugelförmige, fluktuierende Korpus für eine Ovarialzyste. Bei vaginaler, noch besser rektaler Abtastung des Verlaufs der Lig. sacrouterina, evtl. in Narkose, tastet man in solchen Fällen den Ansatz des Lig. am Uterus einige Zentimeter unter dem wirklichen Fundus, wenn keine Schwangerschaft vorliegt. Ist jedoch jener unbekannte reklinierte Körper, der eine Gebärmutter nach Größe und Form vortäuscht, nur die Zervix, dann inserieren die Lig. sacrouterina hoch oben in der Höhe des vermeintlichen Fundus. Beschreibung von 2 Fällen, in welchen mit Erfolg der Verlauf der Ligamenta sacrouterina zur Lösung der Differentialdiagnose benutzt wurde.

Schwab, Hamburg.

Dermatologische Wochenschrift.

85., Nr. 39, 24. September 1927.

Ueber Sproßpilzbefunde bei pemphigusartigen Erkrankungen. W. Engelhardt.
Sarcomatosis cutis gigantocellularis bei einem 10 Monate alten Kinde. Bertha Steinberg und S. A. Glaubersohn.
Ein Fall von Acne urticata polycythaemica. Joseph Mestschanski.
* Einige Betrachtungen über Syphilis und Malaria. H. Behdjet und Nazim Chakir.

Einige Betrachtungen über Syphilis und Malaria. An einem Material von 1865 Syphilisfällen, bei dem es sich zum großen Teil um Personen handelte, die den jahrelangen körperlichen und seelischen Erschütterungen der in der Türkei wütenden Kriege ausgesetzt gewesen waren und unter denen sich auch eine nicht geringe Zahl von Intellektuellen befand, fiel die sehr geringe Zahl (3%) nervöser und psychischer Affektionen syphilitischen Ursprunges auf. Es wird das darauf zurückgeführt, daß in der Türkei dauernd infektiöse Krankheiten, besonders auch Malaria, wüten, an denen die Syphilitiker ohne nervöse Erscheinungen nachweisbar gelitten hatten. Die Seltenheit von Tabes und Paralyse im Orient beruht also nicht, v vielfach angenommen wird, auf Mangel an Sorgen und geistigen A strengungen. Es erscheint nicht ausgeschlossen, daß der Kar gegen die Malaria eine Zunahme der progressiven Paralyse im (folge haben wird, wie das anderwärts beobachtet wurde. Trotzd kann die allgemeine Behandlung früher Syphilisfälle mit Malaria, a gesehen von dem bedenklichen Eingriffe, den sie darstellt, ni empfohlen werden, da auch nach anderen Infektionen, die Syp litiker durchgemacht hatten, die Erscheinungen zwar schwand aber bald Rückfälle auftraten. Die Methode ist nur bei den syp litischen Affektionen des Nervensystems indiziert. Die angefüg zahlreichen Aeußerungen von Autoren verschiedener Länder zeig eine derartige Divergenz der Anschauungen über den Wert propl laktischer Malariaimpfung und den Einfluß spontaner Malariaerkra kung, daß eine Wiedergabe zwecklos erscheint.

Ernst Levin, Berlin

Schweizerische Zeitschrift für Unfallkunde.

Nr. 5, 1927.

* Protokoll der Jahressitzung der Schweiz. Gesellschaft für Unfallkunde Zern 1926, Juli: Ueber den Einfluß des körperlichen Status quo ante auf den Unf

Saloz, Genf, behandelt die Frage des prätraumatischen Z standes vom Internistenstandpunkt aus. Er spricht über Tuberkulo Herzkrankheiten, Stoffwechsel- und Nierenaffektionen.

Schorno, Bern, spricht über prätraumatischen Zustand u Militärversicherung, speziell über die dem Militärdienst folgend zeitlich bedingten Krankheiten.

Schlittler, Basel, über prätraumatische Zustände im I reiche der Ohren und oberen Luftwege bei Unfall. Besonders int essant ist die Aufdeckung der akuten Todesfälle durch Ertrink bei persistierender Perforation des Trommelfells. Das Wasser g langt durch die Oeffnung ins Mittelohr, ruft Schwindel, Gleich wichtsstörungen, Desorientierung und schließlich Tod durch I trinken hervor.

Pometta, Luzern, über praktische Bemerkungen zu § 91 d K.U.V.G.: Kürzungsvorschriften für prätraumatisch bedingte Unfa folgen im Kranken- und Unfallversicherungsgesetz.

Gervais, Luzern, vertritt den Standpunkt der SUVAL: I Teil des Schadens der Krankheit, der Invalidität oder des Todes auf den Unfall, ein Teil auf den prätraumatischen Zustand zurück: führen. Er betont jedoch sehr, daß humane und billige Verfahren der Anwendung der Versicherungsgesetze daß z. B. nicht so i nach jedem kleinsten Grunde zur Kürzung einer Versicherungsleistu gesucht werde, sondern nur in solchen Fällen, die Kürzungsv schriften des § 91 in Anwendung kommen, in welchen die Vera wortung am Unfall billigerweise geteilt sei auf Trauma und prätra matischen Zustand.

Hottinger, Basel

Wiener medizinische Wochenschrift.

77., Heft 25, 18. Juni 1927.

* Gibt es Organneurosen? Chvostek.
* Die Beziehungen zwischen Leber und Nervensystem. Weltmann.
* Ueber die Beziehungen der Niere zum Nervensystem. Kahler.
* Nervensystem und Respirationstrakt. Felsenreich.
* Nervensystem und Magen-Darmtrakt. Satke.
* Beziehungen zwischen Nervensystem und Blut. Schultze.
Nervensystem und Zirkulationsapparat. Schurz.

Gibt es Organneurosen? Die Ursache der abnormen Orga reaktionen vegetativ innervierter Organe ist in der abnormen E schaffenheit und Reaktion der Körperzellen zu suchen, der geg über Erregbarkeitsänderungen im zuleitenden Nerven, die norma zufließende Reize in abnormer Weise beantworten ließ, in den Hint grund treten müssen. Dazu kommt, daß für die Annahme solch funktioneller Störungen jeglicher Anhaltspunkt fehlt. Die bei den s genannten Organneurosen zu beobachtenden Erscheinungen sind I dingt durch die Zuleitung abnormer Erregungen aus den Zentr und vor allem durch die abnorme Organverfassung. Organneuros gibt es nicht.

Die Beziehungen zwischen Leber und Nervensystem. Es werd einerseits die nervösen Erscheinungen im Gefolge von Leberkrar heiten, andererseits die Lebersymptome bei Erkrankungen d Zentralnervensystems und schließlich die koordinierte Schädigung v Leber und Zentralnervensystem besprochen. Die beim gutartig Ikterus zu beobachtenden nervösen Symptome sind in ihrer A hängigkeit von der Leber noch wenig geklärt. (Brachykard: Temperatursenkung, ärgerliche Verstimmung, Hautjucken, Asthenop

neralopie, Schwindelgefühl.) Die Erscheinungen können im allgemeinen in 2 Gruppen geteilt werden, von denen die erste als depressorischer Effekt auf nervöse Zentren, die zweite durch eine Reizwirkung aus sensorische Apparate charakterisiert wäre. Die bei den schwersten Funktionsstörungen der Leber auftretenden nervösen Störungen sind als Intoxikationssymptome des Zentralnervensystems aufzufassen. Auf Gallenretention können diese Symptome nicht bezogen werden, da sie sich auch bei Lebererkrankungen mit geringem Ikterus einstellen können. Es müssen diese Erscheinungen auf Gifte zurückzuführen sein, die von der sterbenden Leber gebildet werden oder auf Produkte des intermediären Stoffwechsels, die durch das schwer geschädigte Organ nicht mehr entgiftet werden können. Die Beeinflussung der Leber vom Zentralnervensystem ist weniger bekundig. In diesem Sinne dürfte die Urobilinurie zu werten sein, die bei frischen Hemiplegien angetroffen wird. Als zentral ausgelöste Partialstörung kann auch die Galaktosurie angesehen werden, die sie mitunter bei funktionellen und organischen Nervenerkrankungen beobachtet wird. Bezüglich der Wilson'schen Krankheit und der Westphal-Strümpell'schen Pseudosklerose ist es bisher noch nicht gelungen, die Zusammenhänge zwischen Leber und Zentralnervensystem befriedigend zu lösen. Nach Ansicht des Verfassers dürfte es sich bei der Wilson'schen Krankheit um einen Komplex von Anlagedefekten handeln, auf dessen Basis Leber und Gehirn unabhängig voneinander erkranken können. Verfasser bespricht schließlich noch eine Reihe experimenteller Untersuchungen, die sich auf die Zusammenhänge von Leber und Nervensystem beziehen.

Ueber die Beziehungen der Niere zum Nervensystem. Die Niere erhält neben einer vasomotorischen auch eine direkte sekretorische Innervation von seiten des vegetativen Nervensystems. Nach tierexperimentellen Beobachtungen haben Splanchnikus und Vagus wenigstens zum Teil eine antagonistische Wirkungsweise in Bezug auf die Regulation der Harnwege. Auch der Gehalt des Harns an festen Bestandteilen wird auf nervösem Wege gesteuert. Der bedeutungsvollste Nerv für die Nierensekretion ist der Splanchnikus, denn nach Splanchnikus-Durchtrennung erhält sich die Niere wie eine völlig entnervte. Auch die völlig entnervte Niere behält noch einen Großteil ihrer normalen Funktion, doch ist die feinere Regulation verloren gegangen. Ein Zentrum, zu dem die die Niere versorgenden Nerven ziehen, liegt in der Medulla ablongata am Boden des vierten Ventrikels in den Kernen der Formatio reticularis, von wo aus Verbindungen zum Corpus mammillare, Tuber cinereum und Zwischenhirn ziehen. Manche Angaben sprechen dafür, daß vom Zwischenhirn weitere Verbindungen zum Striatum und zum Kortex ziehen. Zu diesen Kenntnissen ist man auf Grund tierexperimenteller Untersuchungen gelangt. Die klinischen Beobachtungen auf diesem Gebiete sind noch spärliche. Zu den klinischen Nierenerscheinungen, die auf Nerveneinfluß zu beziehen sind, gehören vor allem Aenderungen der Harnmenge. Häufig ist es allerdings ungewiß, inwieweit das Nervensystem auf die Niere einwirkt, inwieweit nervöse Beeinflussung der Gewebe Veränderungen der Blutflüssigkeit hervorruft, die ihrerseits die Nierensekretion beeinflussen. In Fällen von Albuminurie und Hämaturie, die bei anatomisch intakter Niere auftreten und auf Innervationsstörungen zu beziehen sein dürften, spielt eine angeborene oder erworbene Disposition der Nierenparenchymzelle eine große Rolle. Ueber Aenderungen der Stoffausscheidung unter nervösem Einfluß ist klinisch wenig bekannt. Störungen der nervösen Regulation führen in seltenen Fällen zu dem Bild einer scheinbaren Nierenfunktionsstörung. Schließlich werden die bei schweren Nierenaffektionen vorkommenden nervösen Erscheinungen besprochen. (Urämie.)

Nervensystem und Respirationstrakt. An Hand einzelner typischer Krankheitsbilder wird ein Ueberblick über die Beziehungen zwischen Nervensystem und Respirationstrakt gegeben. Bei gewissen Störungen der Respiration wurden histologisch konstante und schwere Veränderungen im Locus caeruleus der Brückenhaube nachgewiesen. Hieher gehören die Kußmaul'sche Atmung beim Coma diabeticum, die große Atmung von Kranken mit schwerer Leberinsuffizienz, außerdem auch die dyapnoischen Attacken bei der essentiellen Biermer'schen Anämie, wie sie ohne Herzschwäche und ohne größere Veränderungen der Luftwege vorkommen und die paroxysmale Dyspnoe in früheren Stadien der Arteriosklerose. Bei Erkrankungen im Bereiche der Vaguskerne, die mit dem Locus caeruleus wahrscheinlich durch das Probst'sche Bündel zusammenhängen, zeigt sich das Cheyne-Stoke'sche oder das Biotsche Atmen. Respirationsänderungen meist im Sinne einer Verlangsamung können auch raumbeengende Prozesse der hinteren Schädelgrube zustande bringen. Auch andere zerebrale Prozesse können auf dem Umweg über das Vaguszentrum die Atmung in verlangsamendem oder beschleunigendem Sinne beeinflussen. Bei peripheren Veränderungen des Vagus ist ein Einfluß auf die Atmung zu beobachten, wenn dieselben doppelseitig sind. Die mannigfachen toxischen Schädigungen des Atemzentrums mit Respirationslähmung (durch Chloroform, Morphium usw.) werden erwähnt. Reflektorische Veränderungen der Respiration kommen bei Kälte- und Schmerzempfindung zu stande. Der wichtigste Atemreflex, der Husten, wird näher besprochen. Als typische Reflexneurose wird das Asthma bronchiale angesehen, bei dem auf Basis des dafür spezifischen Katarrhes der Bronchialmuskelkrampf bei Vorhandensein der entsprechenden konstitutionellen und konditionellen Eigenschaften des Patienten reflektorisch ausgelöst wird. Die bei Pneumonien und im Verlaufe der Lungentuberkulose sich einstellenden nervösen Symptome werden erörtert.

Nervensystem und Magen-Darmtrakt. Zunächst werden jene organische Erkrankungen des Nervensystems besprochen, die mit stärkerer Betonung der Erscheinungen des Magen-Darmtraktes einhergehen. Die Tabis dosalis kann mit den Magen- und Darmkrisen die verschiedensten internen Erkrankungen vortäuschen. Den tabischen Krisen ähnliche Symptome können auch bei anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems vorkommen. (Multiple Sklerose, Lues cerebri, Myelitis usw.) Bei Erkrankungen, die mit Erhöhung des intrakraniellen Druckes einhergehen, ist das Erbrechen eine häufige Erscheinung, ebeno bei Arteriosklerose der Hirngefäße. Magenblutungen wurden bei Erkrankungen des Zentralnervensystems beobachtet, ohne daß eine organische Erkrankung des Magens nachweisbar gewesen wäre. Bei einer organischen Läsion des N. vagus sind eine Reihe von Magenerscheinungen beobachtet worden. Viele Autoren vertreten die Ansicht, daß Vaguserkrankungen verschiedenster Genese nicht nur ulkusähnliche Symptome, sondern auch ein Ulkus zur Folge haben können. Unter den bei organischen Erkrankungen des Magens und Darmes auftretenden nervösen Erscheinungen werden vor allem Kopfschmerzen, Schwindel hervorgehoben. Allgemein nervöse Symptome können bei Magen-Darmerkrankungen so in den Vordergrund treten, daß das Grundleiden übersehen und eine nervöse Erkrankung, z. B. Neurasthenie vorgetäuscht werden kann. Schwierigkeiten in der Diagnosestellung bereiten oft die sogenannten Neurosen des Magens und Darms. Sie sind meist Teilerscheinungen einer allgemeinen Neurose, bei welcher die abnormen nervösen Vorgänge aus dem hierzu besonders disponierten Organ in Erscheinung treten. Die Minderwertigkeit des Organes sowie die Konstitution des Patienten spielen hier die größte Rolle. Eine Minderwertigkeit des Darms wird auch in den Fällen angenommen, wo auf psychische Insulte hin Durchfälle auftreten. Bezüglich des Krankheitsbildes der Colica neurosa wird angenommen, daß es sich bei ihm um allgemein sekretorische Störungen handelt, die auf dem Boden abnormer Organdisposition zustande kommen.

Beziehungen zwischen Nervensystem und Blut. Die im Verlaufe von einfachen Blutungskavernien auftretenden nervösen Erscheinungen werden besprochen. Eine besonders große Rolle spielen nervöse Symptome bei der Chlorose. Sie sind zu deuten als wahrscheinlich bedingt durch Störungen, die gleichzeitig an den hämatopoetischen Organen und am Nervensystem einsetzen und nur zum Teil als Folgen der Blutveränderung. Ein Teil der Erscheinungen kann auf eine Funktionsstörung der Schilddrüse bezogen werden. Die im Verlaufe von perniziöser Anämie auftretenden nervösen Erscheinungen können durch dieselben Vorgänge bedingt sein, die ätiologisch für die Anämie in Betracht kommen. (Lues, Gravidität, Neubildungen usw.) In Fällen, wo die nervösen Symptome besonders im Vordergrund stehen, muß eine besondere Disposition des Nervensystems angenommen werden. Schwere Erscheinungen von Seiten des Nervensystems finden sich bei den toxischen und Blutgiftanämien. Das betreffende chemische Agens ist die Ursache für die nervösen Symptome. Bei Leukämien kommt es infolge von Blutungen und Infiltrationen zu schweren nervösen Störungen. Interessante Befunde bieten dem Neurologen häufig jene Erkrankungen des hämatopoetischen Apparates, die mit tumorähnlichem und infiltrierendem Wachstum einhergehen. (Chlorome, Myelome, Symphadenome usw). Bezüglich der nervösen Erscheinungen bei Erkrankungen des Blutsystems, die mit Vermehrung der roten Blutkörperchen einhergehen, kann eine sichere Deutung nicht gegeben werden. Ihre Abhängigkeit von der Blutveränderung erweisen sie durch den Effekt therapeutischer Eingriffe. In den mit Blutdruckerhöhung einhergehenden Fällen dürften sie durch diese bedingt sein. Ueber die Veränderungen des Blutbildes, die sich im Verlaufe nervöser Erkrankungen einstellen, ist noch wenig bekannt. Bei der sogenannten Schulanämie, für die viele eine neurogene Genese annehmen, muß neben den nervösen Einflüssen eine besondere Disposition der blutbildenden Organe zur Erkrankung angenommen werden. Ueber den Einfluß des vegetativen Nervensystems auf das Blutbild bestehen ebenfalls noch keine sicheren Kenntnisse. Die Angaben, daß die Vagotonie bezüglich des Blutbildes durch eine Lymphozytose und Eosinophilie gezeichnet ist, konnten nicht behauptet werden.

Nervensystem und Zirkulationsapparat. Die im Verlaufe von Erkrankungen des Zirkulationsapparates vorhandenen nervösen Vorgänge und Erscheinungen lassen sich in drei Gruppen einordnen:

1. Veränderungen am Herzen und den Gefäßen sind das Primäre, die nervösen Erscheinungen sekundär. Es wird auf Fälle hingewiesen, bei denen nervöse Erscheinungen zur falschen Diagnose Neurasthenie führen, alle gebräuchlichen Maßnahmen auch psychotherapeutische, im Stiche lassen und eine Digitaliskur die Erscheinungen zum Schwinden bringt. In Fällen, wo schwere Symptome von seiten des Nervensystems bestehen und nur verhältnismäßig geringfügige Zirkulationsstörungen bestehen, wird eine gewisse Organdisposition des Gehirns angenommen, die angeboren oder erworben sein kann. Organische Veränderungen an den Gefäßen sind die Ursache verschiedenster psychischer Anomalien. (Leichte Abnahme der geistigen Kapazität bis schwerste Blödsinnformen.) 2. Veränderungen am Nervensystem sind primär, von denen die Veränderungen des Zirkulationsapparates abhängen. Hier werden die im Verlaufe von Erkrankungen des Gehirns (organischer oder funktioneller Natur) auftretenden Aenderungen in der Schlagfolge des Herzens genannt. Gefäßspasmen können im Anschluß an zerebale Erkrankungen auftreten und zum Schwinden des Pulses einer Körperhälfte führen. Bezüglich der Frage, ob schwerere Schädigungen des Herzens und der Gefäße durch zentrale Vorgänge bedingt werden können, wird auf die klinischen Beobachtungen hingewiesen, daß bei zentral bedingter Erschöpfung Schwächezustände des Herzens auftreten können. Auch Tierversuche sprechen zugunsten der kardialneurogenen Schädigung. Einen Beweis scheinen jene seltenen Fälle von Adam-Stockes'scher Erkrankung zu geben, bei der die Erregung bulbärer vegetativer Zentren die Ursache für die Blockierung der Reizbildung abgibt. Hierher gehören auch die Fälle von Herztod bei Schreck. Beim Asthma cordiale ist der Eintritt des Herztodes durch Erregung der Herznerven am geschädigten Herzen anzunehmen. Zu den Erscheinungen an den Gefäßen, hervorgerufen durch Innervationsstörungen, gehören die zahlreichen Angiotrophoneurosen (toter Finger, Raynaudsche Gangrän usw.). 3. Das bestimmende Moment, Nervensystem oder Zirkulationsapparat läßt sich nicht deutlich erkennen, beziehungsweise kann auch der Einfluß der innersekretorischen Drüsen nicht deutlich abgegrenzt werden. Hierher gehören die kardial-vaskulären Störungen in der Pubertät, im Klimakterium, bei Stoffwechselerkrankungen und Zustände, die unter dem Namen degeneratives Herz zusammengefaßt werden, wo neben Wachstumsanomalien des Herzens abnorme Reaktionsfähigkeit des Muskels und gleichzeitig Anomalien der Innervation zu bestehen scheinen.

Maslowsky.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 35, 1. September 1927.

Ueber die Behandlung des Schnupfens mit kleinen Joddosen. Der vasomotorische, nervöse Schnupfen (Hydrorrhoe) wird durch Injektion einer 5%igen Natriumjodidlösung, die freies Jod in geringen Spuren enthält, günstig beeinflußt, ebenso der Erkältungsschnupfen, der immer mit einer vasomotorischen Störung einsetzt. In den ersten Tagen ist oft die interne Joddarreichung erfolgreich (1 Tropfen 10%iger Jodtinktur in einem Glas Wasser), später ist die subkutane Injektion vorzuziehen. Letztere Medikation wirkt auch bei subakutem (verschlepptem) Schnupfen nach Ablauf des eitrigen Stadiums; eventuell Wiederholung in ein- bis viertägigen Intervallen bis sechs Injektionen. In refraktären Fällen Wiederholung der Injektionen nach 14tägiger Peptonbehandlung (3mal täglich je eine Messerspitze Peptonum siccum vor den Mahlzeiten). Andere Indikationen für die subkutane Jodtherapie sind chronische Formen der vasomotorischen Rhinitis mit anatomisch negativem Befund und Heufieber (Intervalle von 4—8 Tage).

Ernst Pick, Wien.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 36, 8. September 1927.

Beziehungen der Blut-Typen zu pathologischen Zuständen. hat den Anschein, daß bestimmte Bluttypen zu verschiedenen Kr heiten eine besondere Disposition abgeben, so zu Krebs, Eklam gravidarum, Hämophylie. Die vier verschiedenen Bluttypen kom bei verschiedenen Rassen, Völkern nicht in gleichem Maße Sicher zeigen die verschiedenen Typen verschiedene anatomi und physiologische Eigenheiten, die zu dieser oder jener Krankh entstehung mehr oder weniger sich eignen. Eingehende Analy und Untersuchungen sind zur Klärung dieser Fragen notwendig.

S. Kalische

Magyar Röntgen Közlöny.

1., Nr. 12.

Erfahrungen in dem Gebiete der Röntgentherapie in der Au heilkunde. Es wird über 168 Fälle, insgesamt 288 Bestrahlun berichtet, welche hauptsächlich mit ⅓, ⅕, $^1/_{10}$ HED, bei 80 eff. Spannung und 3 mm Al. Filter behandelt wurden. Bei di Technik kam keine Röntgenschädigung zur Beobachtung, dage führten die günstigen Erfolge bald zu einer beträchtlichen weiterung des Indikationsgebietes der Bestrahlungen, und die in sivste heilende Wirkung wurde eben bei denjenigen Erkrankun beobachtet, welche bis jetzt außer Acht gelassen wurden, näm bei den akuten Iritiden. Verfasser bestrahlte 62 Iritis-Kranke fand die Wirkung bei akuten Prozessen für ausgezeichnet; c nische Vorgänge erforderten dagegen wiederholte Behandl Nebenbei wurde auch die lokale nicht vernachlässigt. Bei ei Teil von 7 sympathischen Entzündungen sah er ein gutes Resu Aber auch die verschiedensten anderen Augenkrankheiten wur der Bestrahlung unterworfen. Bei mit Knötchenbildung einl gehenden tuberkulosen Erkrankungen der Bindehaut war die V kung eher auf die subjektiven Symptome günstig, bei Tracl bildete sich der Pannus, das Ulcus cornae rascher zurück, bei p operativen Einblutungen, in drei Fällen von Chorioretinitis, bezüg Chorioiditis besserte sich der Visus wesentlich. Bei Skleritis w die Rezidive ausgeschoben, bei fistulöser phlegmonöser kryozystitis, lymphatischer Keratokonjunktivitis war der güns Einfluß unverkennbar. Die Klärung parenchymatöser Keratiti wurde beschleunigt, beginnende Infiltration zum Rückgang gebra Oft wurde eine auffallend prompte Reaktion auch bei postoperati Blutungen festgestellt.

Röntgentiefentherapie und Radiumbehandlung des Gebärmut krebses. An der Klinik wurden binnen 13 Jahren mehr als 1300 Kr kranke bestrahlt und zwar überwiegend inoperable Fälle und R dive, viel weniger postoperative prophylaktisch. Eingangs war man ausschließlich Radium an, später wurde auch die Röntg bestrahlung, endlich die kombinierte Behandlung herangezogen. Verlauf der weiteren Beobachtung der derartig behandelten F zeigte sich, daß bei den prophylaktisch ausschließlich mit Rad behandelten Patientinnen die Zahl der Rezidive 36 % betrug, den übrigen jedoch blos 3,5 % im Durchschnitt aufwies. Auch Angaben der Literatur stimmen mit dieser statistischen Erheb überein und führen uns zur Ueberzeugung, daß die Röntgentie therapie, insbesondere die kombinierte Behandlung in der Bestr lung der weiblichen Geschlechtsorgane dem Radium überlegen und wenn auch denselben nicht ganz entbehrlich macht, jedoch notwendigen Radiumdosen bedeutend reduziert, was aus Rücksich der Gewebsschonung einen großen Vorteil bedeutet.

Ein von der Symphyse entspringendes Chondrom. Die nußgr Geschwulst der Gebärenden verursachte eine derartige Verenger des Beckenausganges, daß die Geburt nur mit Kaiserschnitt been werden konnte. Das Chondrom ist eine häufig vorkommende schwulst, doch ist sein Ausgang aus der Symphyse äußerst sel

---

The Lancet.

213., Nr. 8, 20. August 1927.

Ueber Behandlung der Genitaltuberkulose beim Manne. Obwohl Genitaltuberkulose zur Domäne der Chirurgie gehört, so ist sie ch keineswegs nur chirurgisch zu heilen, sondern muß als Lokalision einer Allgemeinerkrankung aufgefaßt werden, die alle lokalen allgemeinen Maßnahmen erfordert, welche geeignet sind, den derstand der Kranken gegen Tuberkulose zu erhöhen. Epididymomie ist die Operation der Wahl. Vesikulektomie ist selten nötig, meistens nach der Entfernung der Krankheitsherde im Hoden Erkrankung in Samenbläschen und Prostata sich spontan zurücklet, besonders wenn die Kranken einer klimatischen, diätetischen, nen-, Röntgen- und Tuberkulinbehandlung unterworfen werden. mmt keine Besserung zustande, dann ist eine Vesikulektomie und fernung des infizierten Prostatagewebes als sekundäre Operation zuführen. Primär kommt eine solche Radikaloperation nur bei r vorgeschrittener Erkrankung in Frage oder dort, wo die nken unter sehr ungünstigen sozialen Verhältnissen leben.

Streptokokken-Pityriasis. Verf. will von der Unnaschen Krankhtsgruppe des seborrhoischen Ekzems eine Kategorie von Fällen rennt wissen, die er als streptogene Pityriasis bezeichnet und die erseits zwar in nahen Beziehungen zu der Sabourandschen Impigo oder der sog. chronischen Impetigo steht, aber auch von ser sich scharf abgrenzen läßt. Die Krankheit ist keineswegs en, befällt im Gegensatz zum seborrhoischen Ekzem hauptshlich Schulkinder von 6—14 Jahren, erwachsene Frauen häufiger Männer. Er sah im letzten Jahre unter 4700 Haut- und Gelechtskranken 152 Fälle von P. streptogenes (16 Männer, Frauen, 92 Kinder) gegenüber 206 Fällen von seborrhoischem zem (72 Männer, 100 Frauen, 34 Kinder). Das klinische Bild ist isch und rechtfertigt zusammen mit dem Streptokokkenbefund Abtrennung als einheitliches Krankheitsbild. Die meisten Fälle, Verf. sah, entwickelten sich ohne vorangehende Impetigo. Die nkheit beginnt fast immer an den Mundwinkeln und den Nasenungen, kann aber die meisten andern Körperteile befallen. Die ptionen werden durch Sonnenlicht stark gereizt, aber auch durch fenwaschungen, weiche Salben, Jodtinktur, Hg und vertragen h Jod, Brom, Arsen, Chinin innerlich schlecht. Die vom Verf. egebene Kultivierungsmethode macht die Diagnose leicht, sie uht auf der Beobachtung, daß Krystallviolett das Wachstum der phylokokken in sehr schwachen Lösungen verhindert, welche Wachstum der Streptokokken gar nicht beeinflussen. Er benutzt Nährboden 10 % Blutagar mit Zusatz von Krystallviolett 100 000. Die Behandlung ist bei Vermeidung von Waschungen andern Reizen durch Zinksalbe mit 1—2 % Teer oder 2 pro mille hrarobin sehr erfolgreich.

Eine Methode für die Einleitung der Atmung beim Neugeborenen. Verf. verurteilt die alten energischen Methoden zur Beseitigung der Asphyxie Neugeborener, die den Grad von Schock intrakranieller Schädigung nach langer schwieriger Geburt nur mehren können. Zu dem Schock gesellt sich noch der rasche rmeverlust nach dem warmen Bad infolge Beseitigung des natichen Oelschutzes, der Vernix caseosa, der vermieden wird, nn man die Kinder in warme Tücher hüllt und mehrere Tage lang Haut mit Oel anstatt mit Wasser und Seife reinigt. Atmung ist Resultat der Medullareizung durch die CO_2-Reserve im Blut, durch die übliche künstliche Atmung nur verloren geht. Sie andelt die sog. weiße Asphyxie, die meistens durch intraniellen Druck während der Geburt oder durch Störungen des entaren Kreislaufs zustande kommt, in der folgenden Weise: schlagen in warme Tücher, Beseitigung des Schleims aus Mund Nase, eventuell Ansaugen des Schleims aus der Tiefe durch en weichen Katheter. Bei schwachem Herzschlag Kampfer, ychnin, leichte Herzmassage, Zuführung eines Gasgemisches von % O, 45 % CO_2 bei sehr niedrigem Druck (20 cm Wasser). Die maske wird 16 mal in der Minute dem Gesicht angedrückt. Sold die Atmung in Gang kommt, Auswechslung des Gaszylinders Zuführung von reinem O für einige Minuten. Um einen geenden Druck des O und der CO_2 ohne das Risiko einer Schädig der Lungenalveolen zu gewährleisten, konstruierte sie einen parat, der durch geschickt angebrachte Manometer und Ventile eine genaue Kontrolle ermöglicht, um dem in einem auf 24° erwärmten Glas-Holzkasten liegenden Kinde die notwendige Gasmenge (2 Liter per Minute) unter dem geeigneten, niedrigen Druck zuzuführen, und der gleichzeitig die schwächsten Atembewegungen anzeigt. Beschreibung und Abbildung des Apparats.

Zur Präventivbehandlung der Syphilis. Verf. behandelte in den letzten 2 Jahren 11 Personen, die nicht zu der Klasse der Psychopathen und Syphilophoben gehörten, sondern bei denen sicher festgestellt werden konnte, daß sie vor 1—2 Tagen einen geschlechtlichen Verkehr mit einem an Primäraffekt leidenden Partner gehabt hatten, mit einer einzigen intravenösen Injektion von 0,6 g Neosalvarsan. Alle diese Personen, die unter sorgfältiger Beobachtung und häufiger Kontrolle durch die WaR standen, blieben frei von Syphilis.

Zwei Fälle funktioneller Lähmung der Beine nach der Geburt. Die beiden Fälle bilden einen Gegensatz, da es sich einmal um eine Zweitgebärende von ruhigem, fast phlegmatischem Temperament nach einer leichten Spontangeburt, das andere Mal um eine erstgebärende, hochgradig nervöse, ja neurotische Frau nach langer, schwieriger Geburt handelte. Bei beiden waren am 10. Tage des normalen Wochenbetts funktionelle Paralysen der Beine ohne irgendwelche andere Erscheinungen vorhanden, die durch Massage und Diathermie in relativ kurzer Zeit zur Heilung kamen.

Rontal.

Paris medical.

Nr. 29, 16. Juli 1927.

Nr. 30, 23. Juli 1927.

Nr. 31, 30. Juli 1927.

Achylie. An der Hand verschiedener Fälle wird ausgeführt, daß neben den organischen Achylien konstitutionelle und erworbene bestehen, neurogene. Der Wirklichkeit entspricht eigentlich der Ausdruck Anachlorhydrie oder Hypopepsie mehr. Bei den organischen Formen liegt eine anatomische Ursache oder ein äußerer Faktor vor, der zur Atrophie der Schleimhaut führt; so beim Krebs, bei der chronischen Gastritis u. a. Bei den funktionellen Formen läßt sich jedoch keine organische Ursache feststellen, sie sind kongenital, konstitutionell oder neurogen erworben. Jedoch finden sich auch bei der letzteren Kategorie nicht so selten, wenn auch geringe anatomische Veränderungen, oft eine chronisch atrophierende Gastritis infolge chronischen Reizes des Magens durch toxische Substanzen aus den Nahrungsmitteln (Alkohol, schlechte Zubereitung usw.) oder durch hämatogene Toxine aus einer allgemeinen Infektion. Infektionskrankheiten, Intoxikationen, endokrine Veränderungen kommen ebenfalls in Betracht. (Vor allem auch schwere Fälle von Alveolarpyorrhoe, Ref.) Aber es gibt auch familiäre Formen, die erst gelegentlich entdeckt werden, weil sie gar keine Beschwerden machen. Häufiger als man denkt wird die Anomalie ausgeglichen durch vikariierende Tätigkeit des Pankreas und des Darms. Bei manchen Mitgliedern achyler Familien fand man eine ausgesprochene konstitutionelle Stiller'sche Asthenie, bei manchen auch Ptose; sicherlich also Störungen des Bauchsympathikus. In all den achylen Fällen wurden Heredität und psychische Störungen nachgewiesen, so daß sie eigentlich von den neurogenen Fällen nicht zu trennen sind. Der lokale gastrische Faktor und der allgemeine neurotische spielen bei der Bewertung die Hauptrolle; sie sind aber oft recht schwer auseinanderzuhalten; deshalb ist die Trennung der organischen von der funktionellen Form oft recht schwer.

Gonokokkämie. Eine junge Frau, die einige Monate vorher eine Gonorrhoe akquiriert hatte, bekam nacheinander Gelenk-, Herz-Meningen- und Hauterscheinungen. Blutkultur positiv. Fieber: zur Zeit der Metastasierungen kontinuierlich, hoch, in den Pausen unregelmäßig oszillierend. Die Gelenkerscheinungen waren erst flüchtig,

fixierten sich dann an einigen Gelenken, boten einen pseudophlegmonösen Eindruck und endigten mit Ankylose. Von seiten des Herzens: 3 Wochen nach Beginn des Rheumatismus systolisches und diastolisches Geräusch über der Aorta, ohne funktionelle Störungen, was aber wieder heilte. Viel seltener ist die akute Myokarditis: eine Tachykardie von 150—160 acht Tage lang, dumpfe Herztöne, Verschwinden der Klappengeräusche, Extrasystolen, Drucksenkung, ob es sich dabei um eine Veränderung im Herzmuskel oder um eine funktionelle Störung des intra- oder extrakardialen Nervensystems handelte, ist nicht zu sagen. Dann trat eine typische Meningitis auf, und zum Schlusse eine Hauteruption in deren Pusteln Gonokokken nachgewiesen wurden. Dabei fiel die Temperatur endgültig; sie hat gewirkt wie ein Fixationsabszeß. Es ist bekannt, daß bei Septikämie das Auftreten eines lokalen Abszesses mit einer Besserung des Allgemeinzustandes Hand in Hand geht. Die Behandlung mit Antigonokokkenserum und gleichzeitig Milch hat wenig geholfen Mobilisation und Massage der Gelenke hatte die nach der endokardialen Affektion schon gesunkene Temperatur wieder hochgetrieben und die Meningitis eingeleitet (was eigentlich nicht zu verwundern war).

v. Schnizer.

Gynécologie et Obstrétrique.

16., Nr. 2, August 1927.

- * Die Sterilität uterinen Ursprungs. (Diagnose und Therapie.) F. Chatillon.
- Die Sterilität tubaren Ursprungs. E. Douay.

Die Sterilität uterinen Ursprungs. Jeder Sterilitätsbehandlung bei der Frau hat eine Untersuchung des Ehemannes und eine Durchblasung der Tuben bzw. eine Röntgenaufnahme von Uterus und Tube voranzugehen. Alle Affektionen des Uterus können eine Sterilität verursachen, am häufigsten jedoch die der Zervix. Häufig kommen mehrere Ursachen zusammen; sehr oft handelt es sich um Erkrankungen des Uterus in Gemeinschaft mit solchen der Tuben und Ovarien. Folgende Erkrankungen des Uterus sind die häufigsten Sterilitätsursachen: 1. Hypoplasie des Uterus. Dieselbe ist heilbar, vorausgesetzt, daß die Länge des Uterus nicht unter 4 bis 5 cm beträgt. Die Behandlung richtet sich auf den Uterus direkt, ferner indirekt durch Beeinflussung der Ovarien und Berücksichtigung des Allgemeinzustandes; sie besteht in langsamen und wiederholten Dilatationen, Massage, Bädern und elektrischer Behandlung (besonders Diathermie). 2. Die Stenose der Zervix allein ist kein so bedeutendes Hindernis für die Befruchtung, als man bisher angenommen hat, höchstens zusammen mit anderen Erkrankungen (Lageveränderungen, Zervikalkatarrh etc.). 3. von den Verlagerungen des Uterus ist in bezug auf Sterilität die Anteflexio die häufigste Ursache derselben. Die Retroversio und Retroflexio spielt an sich weniger eine wichtige Rolle dabei, als durch die so häufig sie begleitenden Adnexerkrankungen. — Als Behandlung kommen die allgemein üblichen Behandlungsarten (Pessar nach vorangegangener Reposition, ferner die operativen Uterusfixationen) in Betracht. 4. Die Myome, die zwar nicht der Befruchtung hinderlich sind, jedoch je nach ihrem Sitz, während der Schwangerschaft oder Geburt ein Hindernis darstellen. Submuköse Myome und fibröse Polypen müssen daher operativ auf vaginalem Wege entfernt werden, subseröse oder interstitielle Knoten erfordern nur bei erheblicher Größe Operation (abdominale Myomektomie). 5. Funktionsstörungen der Uterusschleimhaut auf nicht entzündlicher Basis (falsche Endometritis, Metropathie, Hyperplasie) erfordern eine sachgemäße Behandlung. Zur Diagnosenstellung ist oft eine Abrasio notwendig, zumal das häufige Symptom dieser Erkrankung (Metro- oder Menorrhagien) schließlich auch eine andere Bedeutung haben kann (Polyp, Karzinom usw.). Ebenso erfordern 6. die Zervikalkatarrhe, eine der häufigsten Ursachen der Sterilität, eine sehr energische Behandlung. Dagegen sind die Endometritiden des Corpus uteri nicht häufig die Veranlassung einer Sterilität, wohl aber von häufigen Aborten.

16., Heft 3, September 1927.

- Die Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft. M. Brouha und V. Bué.
- Die Trennung des Kindes von der Mutter nach der Geburt und die Maßnahmen, dieselbe zu vermeiden. J. Rhenter.

Rudolf Katz, Berlin.

Revue international de l'enfant.

Juli/August 1927.

- * Was macht größere Kosten: Kinderfürsorge oder Vernachlässigung? Louis Dublin.
- Kinderernährung und Vitamine. Peter Thomas.
- * Rhythmische Gymnastik im Dienste der Erziehung. Barth
- Kinderfürsorge in Bogota. Adrian Perdomo.
- Konzerte für Jugendliche. Dopper.

Was macht größere Kosten: Kinderfürsorge oder Vernach gung? Seit 1900 ist die Kindersterblichkeit in Amerika von 1 7% heruntergegangen (Durchschnittszahl). Nach den neueste rechnungen beträgt der Verlust an Menschenleben im ersten Le jahr etwa 1 Milliarde Dollar, nimmt man alle Kinder bis 15 Ja 2 Milliarden 200 Millionen Dollar. Dagegen genügen 175 Mill Dollar jährlich, um eine gut organisierte ausreichende Kind sorge durchzuführen. Es ist also unökonomisch, die Gesundhei sorge für das Kind zu vernachlässigen.

Rhythmische Gymnastik im Dienste der Erziehung. Verf. langt, daß allen Kindern die Möglichkeit zur Teilnahme an r mischem Unterricht geboten wird. Er sieht darin ein Heili um Minderwertigkeitsgefühle zu überwinden. Im Wiener Settle besteht diese Einrichtung seit drei Jahren mit den besten Erf und sie soll auch auf die Kindergärten ausgedehnt werden Erfolg hängt in erster Linie von den pädagogischen Fähigkeite Lehrperson ab.

Paula Heymann, Be

Revue française de Pédiatrie.

3., Nr. 1.

- * Die gutartigen Verlaufsformen der Lungentuberkulose im ersten Kind P. F. Armand Delille, G. Vibert und P. Pannier.
- * Ueber die Dysplasia periostalis oder Osteogenesis imperfecta. M. Pé Mlle. Guillotel.
- * Beitrag zur Optochinbehandlung der eitrigen Pleuritis. M. Bussel und H. Hi
- * Die aseptischen eitrigen Meningitisfälle mit unversehrten polynukleären Ze Kindesalter. P. Gautier und Frau Chausse-Klink.
- * Der Einfluß des Sonnenlichts auf das Erscheinen und den Ablauf des M Exanthems. P. Woringer und B. Tassovatz.
- * Drei Fälle von Volvulus durch Torsion eines persistierenden Mese commune. Ch. Oberling.
- * Ulzeronekrotische Ileojejunitis mit multiplen Perforationen bei einem Sä P. Corcan und G. Nieder.
- * Statistik über die Häufigkeit der luetischen Osteopathien im Kindesalter. M. M. Chassard und Frau Enselme.
- Die Physiologie der Haut. Uebersichtsreferat. P. Woringer.

Die gutartigen Verlaufsformen der Lungentuberkulose im Ki alter. Von 30 tuberkulosekranken Kindern unter 2 Jahren sind storben, 6 blieben am Leben bei Pneumothoraxbehandlung, haben die Klinik verlassen vor völligem Ablauf der Krankheit. der im allgemeinen äußerst schlechten Prognose sind einige (4 Kinder), die hier genauer beschrieben werden, völlig genesen kann drei Formen unterscheiden: 1. Pneumonische Form. Dämpfung, Bronchialatmen, Aegophonie, feuchtem und trock Rasseln, hier und da Pseudokavernensymptomen. 2. Pseud ritische Form mit Dämpfung, Abschwächung des Stimmfre Bronchialatmen am oberen Rande der Dämpfung: Splenopneum 3. Latente Form ohne jedes physikalische Symptom. Dies is besonders häufige Form. Nur das Röntgenbild, nicht einmal die D leuchtung zeigt den tuberkulösen Lungenprozeß. Der Verlauf zwei Perioden: 1. Gewichtsabnahme, verbunden mit Zunahme licher Symptome des Lungeninfiltrates. 2. Relativ plötzlich und äußere Ursache, meistens auch für den behandelnden Arzt überraschend, Besserung des allgemeinen Befindens, Gewic nahme und sehr langsames Zurückgehen der Lungensymptom zur völligen Heilung. Dauer über Monate. Unter drei Fällen w nur einmal spärlich Tuberkelbazillen im Mageninhalt (Nüchter heberung) gefunden. Auch bei anderen Autoren ist der Ba befund nicht häufiger in diesen Fällen. Es scheint, daß das da zige Zeichen ist, woraus man einige Anhaltspunkte für die Pro der einzelnen Fälle gewinnen kann.

Ueber die Dysplasia periostalis oder Osteogenesis imper Auf Grund der Beobachtung eines ganz typischen Falles von (genesis imperfecta haben die Verfasser die Literatur genau sucht und viele nicht französische Arbeiten (englische und deu besonders) gefunden, welche das Wesentliche der Krankheit ge beleuchten. Auf Grund der ganzen Untersuchung zweifeln die fasser nicht mehr daran, daß Osteogenesis imperfecta, Dys periostalis und Osteopsathyrosis congenita ein und dieselbe K heit, die nur in verschiedenen Entwicklungsphasen des me lichen Körpers auftreten: Treten die Frakturen intrauterin a heißt die Krankheit Dysplasia periostalis oder Osteogenesis i fecta. Treten sie in den ersten Lebensmonaten auf, so nennt m Osteopsathyrosis congenita. Die Arbeit umfaßt klar und kritisc Seiten des Problems: historisches, klinisches, anatomisch-l logisches Bild und anatomisch-histologische Untersuchungen.

Beitrag zur Optochinbehandlung der eitrigen Pleuritis. Dre 5 Fällen mit Pleuritis purulenta, bei denen bakteriologisch die lente Form der Pneumokokken (Smouthform) nachgewiesen heilten unter Optochinbehandlung. Zwei Fälle waren resistent

...eumokokken verschwanden nicht aus dem Eiter, auch wandelte ...h ihre virulente Form (Smouth) nicht um in die benigne Form ...ough). Die Autoren injizieren in die Pleurahöhle nach voran...hender Evakuation des Eiters 0,1 bis 0,2 g Optochin-Chlorhydrat. ...s Mittel wird gut ertragen. Es genügen 2 bis 3 Injektionen.

Die aseptischen eitrigen Meningitisfälle mit unversehrten poly...kleären Zellen bei Kindern. Beschreibung von 2 Kindern mit ...riger Meningitis, von denen eines zugleich 12 Askariden aufwies. ... während der Behandlung (Lumbalpunktion) die Würmer abgingen ...ne Abführmittel) schließen die Verfasser, es handle sich wahr...einlich um eine toxische Askariden-Meningitis.

Der Einfluß des Sonnenlichtes auf das Erscheinen und den Ab...f des Masernexanthems. Bei einem Kind, das teilweise dem ...ekten Sonnenlicht ausgesetzt worden war, erschien das Masern...anthem früher und stärker und verschwand schneller an den be...nteten Hautpartien als an den nicht besonnten.

Drei Fälle von Volvulus durch Torsion eines persistierenden ...senterium commune. Beschreibung von drei Fällen, die in Straß...g innerhalb von 2 Jahren zur Beobachtung und Sektion kamen. ... Hand der Literatur wird gezeigt, daß die Mißbildung, welche zu ...sem Volvulus führt, nicht so selten ist, wie man annimmt.

Ulzeronekrotische Ileojejunitis mit multiplen Perforationen bei ...em Säugling. Ein 2 Monate altes Kind mit Entwöhnungsdys...sie zeigt nach der üblichen Therapie, Teepause, Buttermilchnah...g, am vierten Tag nach der Aufnahme in die Klinik alle Zeichen ...er akuten Darmlähmung. Wegen Verdacht auf Ileus resp. In...gination wird operativ das ballonierte Abdomen angegangen. Es ...gt sich, daß eine nekrotisierende ulzeröse Darmentzündung vor...gt. Durch die Sektion wird die Diagnose bestätigt.

Statistik über die Häufigkeit der luetischen Osteopathien im ...ten Kindesalter. Unter 85 Luesfällen fanden sich röntgenologisch ... 67 Kindern Knochenveränderungen. Osteochondritis luetica 25mal, ...iostitis ossificans 43mal, gummöse Ostitis 3mal, Destruktive und ...trophische Formen 26mal. Hottinger, Basel.

Bruxelles Médical.

Nr. 45, 4. September 1927.

...llikelsaft und innere Sekretion des Ovars (Fortsetzung und Schluß). L. Brouha und H. Simonnet.
...vei Fälle von Chorionepitheliom. R. Schockaert.
* ...ngenlipase. Antituberkulöse Lipasotherapie. Marie Rome.

Zwei Fälle von Chorionepitheliom. Klinischer Bericht über zwei ...le von Chorionepitheliom, fälschlich Deciduoma maligna genannt. ...se ernsteste aller Komplikationen der Gravidität kommt glück...erweise nur sehr selten vor. Erschreckend ist die Häufigkeit ... Metastasen. In allen dem Verf. bekannten Fällen ist trotz ...sterektomie spätestens ein Jahr nach der Operation der Tod ...olgt.

Lungen-Lipase (Antituberkulöse Lipasotherapie). Das lipo...ische Ferment darf als eines der wirksamsten Mittel gelten, die ... Organismus zur Abwehr des Tuberkelbazillus besitzt. Vom ...rapeutischen Standpunkt kann man die Bakterien in zwei ...uppen einteilen: a) die säure- und alkoholfesten, deren Haupt...treter Tuberkel- und Leprabazillus sind; diese Bakterien ver...iken ihre hohe Widerstandskraft einer wächsernen Hülle; ... die nicht säurefesten. Die säurefesten Bakterien werden im ...ganismus durch Lipase zerstört, die nicht säurefesten durch ...teasen, erstere sind daher der Lipasotherapie zugänglich, letztere ... Proteinotherapie. Da beim Tuberkulösen die Lipase vermindert ... muß man dem Organismus dieses mangelnde Ferment von außen ...ühren. Von dieser Erkenntnis ausgehend, haben Bossan und ...vay ein Medikament hergestellt, das die Eigenschaft besitzt, das ...lytische Vermögen der Lunge stark zu vermehren. Dieses ...zifikum bereiten sie aus 6 Wochen alten Kulturen von Tuberkel...illen, die etwa einen Monat lang mit einem von allen Un...heiten befreiten Pflanzenöl (vor allem Olivenöl) in Kontakt ...racht werden. Bei 70° werden die Bazillen abgetötet; auf diese ...ise bleiben die biologischen Eigentümlichkeiten des Bakterien...chses unverändert, es löst sich direkt im Oel auf. Held.

The Journal of the American Medical Association.

89., Nr. 6, 6. August 1927.

...twerdigkeit weiterer Forschungen in der Behandlung der Epidermophytosen. J. H. Mitchell.
* ...ismut in der Behandlung der kongenitalen Syphilis. C. S. Wright.
Venöser Blutdruck bei Kompensationsstörungen des Herzens. J. A. E. Eyster.
Reflektorisches, vom Herzen ausgehendes Erbrechen und der Mechanismus des durch Digitalispräparate erzeugten Erbrechens. R. A. Hatcher und S. Weiss.
Die Drogenbehandlung von Herzkrankheiten. R. L. Levy und Th. T. Mackie.
Die Behandlung von Herzkrankheiten, ausgenommen durch Drogen. P. D. White.
Behandlung nervöser Verdauungsstörungen. W. C. Alvarez.
* Calcium carbonicum und Calcium bicarbonicum; die H-Ionenkonzentration gesättigter wäßriger Lösungen. J. W. Williams und J. A. Chucka.
Fünf Fälle von Epitheliom des Penis. Ch. H. de Shivers.
* 27 Fälle von Hypopituitarismus in siebenjähriger Beobachtung. J. Eidelsberg.
Leseproben zur Untersuchung der Sehschärfe. E. B. Heckel.
Ein Fall von Vincentscher Angina. C. E. Ware.
Ein neues Rasiermesser für Transplantationen nach Thiersch. A. G. Bettman.
Bericht des chemischen Laboratoriums der A. M. A. über Aethylen.

Wismut in der Behandlung der kongenitalen Syphilis. 54 kongenital syphilitische Kinder wurden mit Wismut behandelt, die meisten hatten zuvor Kuren mit Neosalvarsan, und einige mit Hg-Injektionen durchgemacht. Von 47 Kindern, die an später Syphilis erkrankt waren (zwischen 2—16 Jahren), zeigten nur vier nach durchschnittlich 30 Neosalvarsaninjektionen negative WaR. Von den übrigen Wa positiven Kindern bekamen 20 nach Wismutbehandlung eine negative WaR, die nur viermal zeitweise umschlug und in allen andern Fällen andauerte. In 3 Fällen mit Hautsymptomen verschwanden solche rasch, die Spirochäten schon innerhalb 48 Stunden nach intramuskulärer Injektion der Kaliverbindung des Bismuthum tartaricum (5 mg pro Kilo Gewicht). Vier Kranke mit frischer interstitieller Keratitis wurden schnell geheilt. Die Bi-Injektionen wurden von Kindern aller Altersklassen gut vertragen und waren sehr wenig schmerzhaft.

Calcium carbonicum und Calcium bicarbonicum, die H-Ionenkonzentration gesättigter wäßriger Lösungen. Mit Rücksicht auf die Empfehlung des Calcium carbonicum in der Behandlung der Hyperacidität des Magens wurden die Untersuchungen ausgeführt. Der pH-Wert einer gesättigten Lösung von Calcium bicarbonicum ist 8,8, der pH-Wert einer Lösung von Calcium bicarbonicum (hergestellt mittels Durchleiten reiner CO_2 durch eine Suspension von Calcium carbonicum) ist 6,0. Calcium carbonicum kann also den Magensaft nicht alkalisieren.

27 Fälle von Hypopituitarismus in siebenjähriger Beobachtung. Eine Analyse von 27 Fällen dieses Krankheitsbildes, die 7 Jahre lang in Beobachtung standen, von denen 12 im Alter von 16 bis 23 Jahren standen. Wenige Kranke zeigten den vollkommenen Symptomenkomplex mit allen klinischen Zeichen. Organtherapie wurde mit täglichen Dosen von 1—5 g der Drüse eingeleitet. 14 Kranke waren um durchschnittlich 27 cm unter der normalen Größe ihres Alters und Geschlechts, von 15 weiblichen Kranken hatten 8 nie menstruiert, von 12 männlichen Kranken hatten 8 keine Scham-, Achsel- und Gesichtshaare; 18 Kranke waren fettleibig (60—130 Kilo Gewicht), 12 klagten über Kopfschmerzen, 11 hatten einen systolischen Blutdruck zwischen 86—100. Während in den 4 Jahren vor der Organtherapie jede Besserung ausblieb, wurden mit Beginn derselben recht gute Erfolge hinsichtlich aller Symptome erzielt, die besten bei den jungen Menschen unter 20 Jahren und mit großen Dosen zwischen 3¼—5 g. Geduld und Ausdauer in der Behandlung sind eine Grundbedingung für den Erfolg. Rontal.

The Boston Medical and Surgical Journal.

Nr. 27, 7. Juli 1927.

* Fibrome der Intestina. Harry C. Clifton, Benedikt B. Landry.
Unerkannte Krankheitsfälle in Haverhill Massachusetts. Lyman A. Jones, Herbert L. Lombard.
Kongenitale Okklusion der Intestina. Clara Loitman.

Fibrome der Intestina. Uebersicht über 45 Fälle, wovon 1 im Duodenum, 3 im Jejunum, 18 in Ileum, 3 im Ileokökalteil, 3 in Kökum, je 2 im Transversum und Deszendens und je 1 im Aszendens und Sigmoid und 4 im Rektum waren. Mittleres Alter 39 Jahre (von 8 bis 66). Bei Frauen 25, bei Männern 20. Die intraluminaren Tumoren geben früher Erscheinungen als die außerhalb und zwar im Dünndarm früher als im Dickdarm. Größe von einer Erbse bis zu einer kleinen Zitrone; die extraluminaren bis zu Kindskopfgröße. 40 wurden durch Operation festgestellt und 31 davon heilten, 9 starben. 1 starb an Pneumonie 5 Wochen nach der Operation. Bei 31 operativen Fällen lag in 29 Intussuszeption vor. Die intraluminären Fibrome sind äußerst latent. Nur 2 Fälle im Kolon waren vor der Operation palpabel. Die im Dünndarm wurden meist nur bei der Operation wegen Intussuszeption entdeckt. Man findet Anfälle von partieller intestinaler Obstruktion, seltener von kompletter. Symptome: Schmerzen, intermittierend, kolikähnlich mit Nausea.

Der Schmerz geht oft von derselben Stelle aus und bleibt lokal. Dann ist charakteristisch die plötzliche Besserung. Die Schmerzen werden wahrscheinlich verursacht durch lokale Spasmen proximal vom Tumor, durch eine partielle Invagination oder gar eine Intussuskeption, die sich plötzlich bessert. Sie sitzen nach der Häufigkeit im Dünndarm meist rechts; deshalb ist eine Verwechslung mit Appendizitis begreiflich. Zumal da die Symptome anfangs leichte sind. Die Nausea dauert so lange wie die Schmerzen. Erbrechen in der Regel erst bei Obstruktion, allerdings oft länger vorausgehende Nausea. Diarrhoe und Verstopfung wechseln häufig ab. Dies führt oft zur falschen Diagnose Kolitis, und Dysenterie. Gewichtsverlust, Hämorrhagien, Anämie kommen vor. Die Blutungen können u. U. so massiv sein, daß sie lebensgefährlich werden können. Entweder rot oder teerähnlich. Auch okkultes Blut. Die Intussuszeption kommt zustande durch umgekehrte Paristaltik, paralytische Zustände im Eingeweide, die einen Teil in anderen prolabieren lassen. Oder durch die Reaktion des Darms wie auf einen Fremdkörper. Die letztere Ursache ist die häufigste. Das Streben des Darms den Tumor auszutreiben, verursacht intestinalen Spasmus und Schmerzen. Kolik und Nausea kommen von partieller Invagination. Frühsymptome sind selten. Jedenfalls leicht. Mit dem Wachsen der Geschwulst werden die Symptome progressiv. Je höher sie liegt, um so später treten die Symptome auf, weil hier der Darminhalt noch flüssig ist.

v. Schnizer.

The Journal of Nervous and Mental Disease.

65., Nr. 6, Juni 1927.

Die Pupillen als diagnostisches Hilfsmittel bei Komazuständen. Bei 225 Fällen von komplettem Koma ergab die Analyse des Pupillenbefundes hinsichtlich Symmetrie, Größe und Lichtreaktion folgendes: Bei Alkoholikern fand sich zum Teil Anisokorie, meist Miosis, in ⅓ der Fälle Pupillenstarre. Bei Diabetes war der Befund uneinheitlich; in zwei Fällen fand sich Pupillenstarre. Bei Urämie war die Lichtreaktion in der Regel schlecht. Bei Hirnblutungen bestand in 75% der Fälle Anisokorie, wobei die der Blutung entsprechende Pupille mydriatisch war; in der Hälfte der Fälle bestand komplette Starre, bei fast allen übrigen Fällen träge Reaktion der Lichtstarre. Bei CO-Vergiftung bestand in der Hälfte Seite des Hirntraumas, was als wichtiges lokalisatorisches Zeichen für chirurgische Eingriffe verwertbar ist; fast in der Hälfte der Fälle bestand Lichtstarre, bei einem Viertel träge Reaktion. Von diagnostischer Bedeutung sind also die Pupillenstörungen bei Komazuständen in Folge von Hirntrauma (Hämorrhagie oder Druckder Fälle prompte Reaktion, bei einem Drittel Starre. Bei Schädelfraktur bestand oft Anisokorie und zwar mit Mydriasis auf der wirkung), dagegen diagnostisch von geringer Bedeutung bei Alkoholvergiftung, Diabetes, Urämie und CO-Vergiftung.

Blutgruppen bei Geisteskrankheit. Der Charakter einer Psychose ist durch die Blutgruppe weder bestimmt noch angedeutet, wohl aber die Disposition dazu. Die Verteilung der Blutgruppen bei den Psychosen und bei einer einzelnen Psychose ist konstant, ebenso wie die Verteilung der einzelnen Psychose innerhalb der Blutgruppen. Die Empfänglichkeit der 4 Blutgruppen weist ein konstantes Verhältnis auf, das von dem der Gesamtbevölkerung abweicht und das sich für die Blutgruppen I, II, III und IV durch die Proportion 4:2:4:1 ausdrücken läßt. Diese Schlußfolgerungen wurden aus der Gruppierung von über 2100 Fällen einer Irrenanstalt gezogen.

Endokrine und biochemische Untersuchungen bei Schizophrenie. 24 Schizophreniefälle wurden mit Tests, die sich auf endokrine Funktionen beziehen, untersucht; folgende Untersuchungen wurden angestellt; vollständige Röntgenuntersuchung, Grundumsatz, Blutzuckerkurve, Prüfung der Milchzuckertoleranz, chemische und mikroskopische Blutuntersuchung, Liquoruntersuchung, Magenanalyse, Nierenfunktionsprüfung und Aschnersches Phänomen. Ein abnorm niedriger Grundumsatz fand sich bei 50% der Fälle, aber auch die übrigen ergaben auffallend niedrige Werte. Bei 50% fand sich eine abnorm hohe Blutzuckerkurve, bei über ⅓ ein positiver Milchzuckertest. Die Röntgen- und Magenuntersuchung wies in mehr als 50% der Fälle Funktionsstörungen des Magen-Darmtraktes nach, außerdem zeigte die Röntgenuntersuchung Zahndefekte bei 40%, Tropfenherz bei 30% und Verdacht auf Lungentuberkulose bei 13%. Es geht daraus hervor, daß endokrine Störungen bei Schizophrenie nicht so regelmäßig vorkommen, daß man etwa eine einfache glanduläre Dysfunktion von konstantem Typ als ä gischen Faktor der Schizophrenie betrachten könnte. Als ein konstanter Befund erscheint eine Stoffwechselstörung verschie Grades, die fast immer in der Gestalt funktioneller Magen-I störungen und der Neigung zu niedrigem Grundumsatz gewiesen ist.

W. Misch, Be

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. XIV, Nr. 2. August 1927.

Nasale Applikation von Hypophysenextrakt zur Einleitung Geburt. Ein mit 1,2 ccm Pituitrin getränkter Wattebausch wi Nasenspekulum in ein Nasenloch zwischen Septum und u Muschel eingeführt. Nach 1 bis 2 Stunden wird der Bausch en und ein neuer in das andere Nasenloch appliziert. Evtl. wir Bausch nach 2 Stunden nochmals erneuert. Mit dieser Me gelang es den Verif. bei 72 unter 80 Graviden die Geburt zuleiten. Besondere Aufmerksamkeit ist in den ersten 20 Mi nach der Applikation erforderlich: Treten Wehen auf, die l als 4 Minuten anhalten, oder machen sich Störungen der kind Herztätigkeit bemerkbar, so ist der Wattebausch sofort zu entf In solchen Fällen ist eine weitere Applikation nicht mehr erford Nach 20 Minuten sind tetanische Uteruskontraktionen nicht me befürchten. Da die Methode unter Beobachtung der angege Kautelen gefahrlos und für die Patientin nicht unangenehm in einigen Fällen trat ein leichter, wenige Stunden anhalt Schnupfen auf —, so ist sie sowohl zur Einleitung der Gebu auch zur Anregung der Wehentätigkeit bei bereits im Gang b licher Geburt zu empfehlen.

Geburtsgewicht des Kindes und Gewichtszunahme der M während der Schwangerschaft. Verff. fanden folgende Durchsch zahlen: Das Gewicht der Mutter stieg während der Graviditä 11 Pfund, wenn das Neugeborene 5 bis 6 Pfund wog; um 14 P wenn es 6 bis 7 Pfund wog; um 17 Pfund, wenn es 8 Pfund wog; um 18 Pfund, wenn es 8 bis 9 Pfund wog 24 Pfund, wenn es 9 bis 10 Pfund wog; um 26 Pfund, es über 10 Pfund wog. Im allgemeinen gehen also die Gew zunahme der Mutter und das Gewicht des Neugeborenen pa wenn auch zuweilen Ausnahmen von dieser Regel beob werden. Die Frage, ob man durch eine Diät während Schwangerschaft das Gewicht des Neugeborenen genau beeinfl kann, muß mit „nein“ beantwortet werden. Jedoch ist eine sprechende Diät imstande, eine ungefähre Wirkung auf die und das Gewicht des Kindes auszuüben.

Unterbindung der Arteriae uterinae zur Stillung der Blutun Placenta praevia. Verf. empfiehlt die Unterbindung der Ar uterinae bei Placenta-praevia-Blutungen, die sich in we Minuten in jedem Hause ausführen läßt. Beschreibung der Te an Hand einer Abbildung. Die Unterbindung kommt auc prophylaktische Maßnahme in Frage.

Schwangerschaft nach Strumektomie. Wenigstens 2 Jahre nach er Operation soll eine Schwangerschaft verhütet werden. Tritt ennoch eine Gravidität ein, so ist sorgfältige Behandlung mit edativen, Bettruhe und vorsichtigen Dosen von Jod und Schildrüsenextrakten erforderlich. Solange Symptome seitens der Schildrüse bestehen, liegt die Gefahr vor, daß auch das Kind an einer childdrüsenerkrankung leiden wird.

Zuckerprobe zur Diagnose der Schwangerschaft. Die Zuckerobe hat sich zur Diagnose der Gravidität nicht bewährt. Verf. itte bei Graviden weniger als 60%, dagegen bei Nichtgraviden ehr als 30% positive Resultate. Auch zur Diagnose des drohenden, ıvollständigen oder vollendeten Abortes ist die Probe nicht rauchbar.

Vakzination der Schwangeren und Neugeborenen. Vakzination er Schwangeren verleiht dem Fötus keine Immunität, da 71% der eugeborenen bei der Impfung positiv reagieren. Die Immunität der estlichen 29% ist wahrscheinlich als Teilerscheinung einer allemeinen Immunität aufzufassen, die jedes Neugeborene besitzt. uch sind technische Irrtümer zu berücksichtigen. Wenn auch die lutter nach früheren positiven und mehrfachen negativen Impfungen cher als immun zu betrachten ist, so besteht dennoch keine nmunität des Fötus bzw. des Neugeborenen. Die Vakzination ann zu jeder Zeit der Schwangerschaft vorgenommen werden. benso können Neugeborene am 1. Tage nach ihrer Geburt geimpft erden, ohne daß man Schädigungen zu befürchten braucht.

Wert der Sedimentierungsprobe in der Gynäkologie. Eine Behleunigung der Blutkörpersenkungsgeschwindigkeit ist in Verndung mit dem gesamten klinischen Bilde für die Diagnosenellung von Bedeutung. Sie gibt aber keinen Gradmesser ab für e Widerstandsfähigkeit des Patienten gegen eine Infektion oder r die Prognose. Besteht weder Fieber noch eine Leukozytose, spricht eine Senkungsbeschleunigung für eine Eiterung im kleinen ecken. Im allgemeinen ist die Senkungsbeschleunigung direkt oportional der Ausbreitung bzw. der Schwere einer Entzündung.

Benigne Uterusblutungen. Verf. bespricht eine Reihe von terusblutungen, die extragenital bedingt sind. Hypothyreoidismus ler Myxödem verursachen Menorrhagien. Man muß in solchen ällen als Kompensation eine Hyperfunktion der Ovarien vermuten. enn es hat sich gezeigt, daß nach aktinotherapeutischer Herabtzung der ovariellen Hyperfunktion ein Myxödem auftrat. Die rhaltung der Ovarien ist also in solchen Fällen von großer Vichtigkeit. Zuweilen haben sich bei den Blutungen der jungen lädchen Schilddrüsen- oder Corpus-luteum-Extrakte bewährt. ndererseits verursacht Hyperthyreoidismus Oligo- oder Amenoroe; der menstruelle Ablauf kann aber nach Entfernung der ruma völlig normal werden. Auch bei Purpura hämorrhagica eten sehr starke uterine Blutungen auf. Abgesehen von den ngeführten Krankheiten gibt es Fälle von Blutungen, bei denen berhaupt kein pathologischer Befund zu erheben ist.

Paul Braun, Stettin.

The American Journal of Syphilis.

Vol. XI, Nr. 2, April 1927.

Malariabehandlung der Neurosyphilis und Paralyse. Verf. berichtet über 14 Fälle von Paralyse, die in seiner Klinik mit Malaria tertiana behandelt wurden. Die Fälle waren bis auf drei noch gutartige Initialerkrankungen. Drei der Kranken hatten ungefähr zwei Jahre lang intensive Kuren mit Jod, Quecksilber und Salvarsan erhalten. Acht Patienten sind heute geheilt und gehen ihren Geschäften nach. Es kann nicht warm genug empfohlen werden, vor der Malariabehandlung den Patienten sorgfältig zu untersuchen und zu überwachen. Die schwächsten Punkte solcher Kranken sind: Blut, Nieren, Lunge und Herz. Der Liquorbefund zeigte nach der Behandlung nur geringe Besserung. Der Blutwassermann wurde bei vier der acht geheilten Fälle negativ. Bei den übrigen blieb er wie vor Beginn der Kur. Fast alle Patienten wiesen Gewichtsabnahme und starke Anämie auf. Das Hämoglobin sank bis auf 35 %. Sogleich mit Beginn der Chinintherapie bekamen die Patienten alle vier Tage Neoarsphenamin intravenös. Jede Woche wurde Lumbalpunktion gemacht. Die Krankenhausbehandlung sollte nie länger als die Zeit der Anfälle und eine Woche Chinintherapie umfassen. Verf. sah keine Malariarückfälle. Zur Roborierung erhielten die Patienten Jodeisensyrup und Injektionen mit kakodylsaurem Natrium. Die Behandlung wurde in den allgemeinen Krankensälen ausgeführt. Malariabehandlung ist ein außerordentlich wertvolles Hilfsmittel im Kampf gegen die Paralyse und sollte von allen Kliniken und Hospitälern übernommen werden.

Gelbsucht bei Syphilitikern. Die Leber spielt bei Syphilis eine doppelte Rolle: ihre Zellen müssen einerseits das Einströmen der Spirochäten kontrollieren, das schon frühzeitig beginnt, andererseits und zur selben Zeit den Stoffwechsel und Exkretionsstoß des in der Therapie verwendeten Arsens aushalten. Daß nicht öfters Leberschädigungen manifest werden, kann möglicherweise durch die Reservekraft dieser Zellen erklärt werden. Auch dürfte als Schutz der reiche Glykogengehalt der Leber in Betracht kommen, der ja die Empfänglichkeit der Leber für von außen eindringende Gifte herabsetzt. Gelbsucht bei unbehandelten Kranken ist selten. Es dürfte sich in solchen Fällen bei Frühsyphilis um parenchymatöse Hepatitis handeln. Bei Spätsyphilis finden sich Gummen, diffuse Cirrhose, Amyloiddegeneration, Perihepatitis und Venenthrombose. Gelbsucht bei behandelten Fällen kann durch die Krankheit selbst oder durch die Arsenpräparate hervorgerufen sein. Sie findet sich als Herxheimersche Reaktion der Leber, bei ausgesprochener Arsenintoxikation und als akute gelbe Leberatrophie. Daneben darf nicht übersehen werden, daß der Syphilitiker Gelbsucht auch aus anderen Gründen — Duodenalkatarrh, Infektionen, Steine, Karzinom — haben kann. Zur Vermeidung von Ikterus kann prophylaktisch vor der Kur kohlehydratreiche Kost dargereicht werden. Bei wirklicher Arsenintoxikation gibt man Sodiumthiosulfat.

Kopfschmerzen. Verf. zeigt an einer großen Anzahl Krankengeschichten, daß es sehr wichtig für die Diagnose von Hirnkrankheiten ist, jedes auch geringfügige Kopfweh genau zu beachten. Bei Kopfweh sollte immer der Augenhintergrund gespiegelt und schon den Studenten eine große Uebung in dieser Untersuchung beigebracht werden. Beim Verdacht auf syphilitische Aetiologie ist die Lumbalpunktion auszuschließen.

Extragenitale Syphilisinfektion bei Aerzten. Unter einer größeren Anzahl extragenital infizierter Fälle stellten die Aerzte 37 %. Bei einem der Patienten saß die Primärläsion am Unterarm, bei den übrigen am Finger. Der Primäraffekt am Unterarm saß genau an der Stelle, wo der Gummihandschuh abschloß. Zwei der Aerzte infizierten sich bei der Tonsillotomie. Geburtshelfer und Nasen-Rachenspezialisten sollten stets mit langen Gummihandschuhen bekleidet sein. Ein Teil der nichtärztlichen Erkrankten konnten ihre Infektion auf schadhafte Trinkgefäße zurückführen.

Syphilis des Nebenhodens. Syphilitische Epididymitis ohne Orchitis ist selten. In der Literatur findet man nur wenige Fälle. Auch Gummata des Epididymis sind nicht häufig. Die Mehrzahl der Fälle zeigt nach genauer Untersuchung eine Epididymoorchitis. In der Beobachtungsreihe des Verfassers machten sie 90 % aus. Außer in Fällen mit ausgesprochener fibröser Degeneration ist die antiluetische Behandlung wirksam. Wenn monatelange Behandlung praktisch keine Besserung bringt und tiefe Narben im Gewebe zurückbleiben, ist die Operation indiziert.

Ein interessanter Fall von Cerebrospinalsyphilis hinsichtlich Diagnose und dem Resultat der Behandlung. Eine Patientin war vor drei Monaten, als sie von einem Spaziergang zurückkehrte, plötzlich unfähig zum Gehen und Stehen geworden. Zuerst wurde das linke und bald darauf auch das rechte Bein unsicher. Dabei hatte sie das Gefühl des Ameisenkriechens. Zwei Wochen später war sie wieder drei Tage fähig zu gehen. Doch blieb das Gefühl, als ob die Füße eingeschlafen wären. Im Bett kam es zu Zuckungen des rechten Beines. Die Sehfähigkeit des rechten Auges verschlechterte sich.

Es bestand teilweise Incontinentia urinae. Die Anamnese ergab nur Masern im Kindesalter. Patientin, seit drei Monaten verheiratet, war vor der Ehe Gefangenenwärterin. Eine ihrer letzten Pflichten war, eine zum Tode verurteilte Frau zu bewachen, welche sie auch zum Galgen bringen sah. Bald nach ihrer Ankunft im Spital hatte eine Bekannte einen apoplektischen Insult, der zu einer leichten Paralyse führte. Status präsens: Gutgenährte, intelligente Frau. Rechte Pupille weiter als die linke, reagiert träge auf Licht und Akkommotation. Optikus rechts etwas blaß, links normal. Augenmuskeln normal. Reflexe der oberen und unteren Extremität gesteigert. Handdruck normal. Kein echter Babinski. Keine Bauchdeckenreflexe. Unfähigkeit zum Stehen und Gehen. Oberhalb des 10. Thorakalsegmentes herabgesetzte Sensibilität, doch keine echten Anästhesien. Keine Sprachstörung. Wassermann und Liquor negativ. Wa-Reaktion des Ehemannes auch negativ. Die Auszählung der Spinalflüssigkeit ergab 69 Zellen. Röntgenuntersuchung von Kopf und Rückenmark negativ. Unter konzentrierter antisyphilitischer Behandlung mit Salvarsan, Neo-Salvarsan, unlöslichen Quecksilbersalzen, Wismut und Jodiden wurde die Patientin wieder vollständig hergestellt, mit Ausnahme des rechten Optikus, gesteigerte Reflexe und leicht spastischen Ganges. Sie gebar einen achtpfündigen, normalen Buben. Der Fall konnte leicht im Sinne einer Hysterie gedeutet werden. Trotz negativen Wassermanns wurde die antiluetische Behandlung eingeleitet, auf die Patientin sehr gut ansprach. So konnte ex juvantibus die Diagnose Cerebrospinalsyphilis hinreichend gesichert erscheinen.

Das tiefe Schmerzgefühl bei Tabes dorsalis. Preßt man den Wadenmuskel zwischen den Fingern langsam, doch fest, so fühlt der Normale, doch nur bei erschlaffter Muskulatur, einen akuten, tiefgelagerten Schmerz. Die Verminderung dieser Empfindung ist bei der Mehrzahl der Tabiker oft das erste objektive Zeichen der Krankheit. Das nächste Symptom ist erst die Herabsetzung des Patellarreflexes und zwar in demselben Bein, in dem die Verminderung des tiefen Schmerzes zuerst auftritt. In der Folge tritt derselbe Befund auch im anderen Beine auf. Zu dieser Zeit wird auch das Schmerzgefühl der Achillessehne und der Hoden akut. Sind einmal die Patellarreflexe nicht mehr auszulösen, so dürften dauernde Schädigungen im Rückenmark Platz gegriffen haben. Zugegeben, daß die frühesten Symptome tabischer Störungen im Hörorgan zu finden sind, allein nur wenige Allgemeinpraktiker besitzen eine Stimmgabel, welche dazu kein hinreichend genaues Instrument ist, die ersten Veränderungen zu entdecken. Differentialdiagnostisch ist der tiefe Muskelschmerz allerdings viel seltener, auch bei subakuter, kombinierter Sklerose, Friedreichscher Ataxie, multipler Sklerose und gewissen Spinaltumoren gefunden worden. Er spricht für den peripherischen Ursprung der Tabes. Man darf wohl den akuten Beginn der Tabes in der übergroßen Mehrzahl der Fälle von zwei Prozessen herleiten: von einer Meningitis, wie die Franzosen dargetan haben oder von einer Wurzel- oder Ganglienentzündung, wie Oppenheim und andere annehmen. Mit Hilfe des Tiefenschmerzes mag es möglich sein, im Einzelfalle genauer den Ausgangspunkt des Krankheitsprozesses zu bestimmen. Bei einer gewissen Zahl von Fällen wird frühzeitig der Tiefenschmerz verbunden sein mit einer praktisch zu vernachlässigenden oder nur leichten Verminderung der Patellarreflexe. Während in einem andern Teil der Fälle die Patellarreflexe unverhältnismäßig stark oder unerregbar sind. Die erste Gruppe wird man in ihrem Beginn der Meningitis, die zweite der Wurzel- und Ganglienentzündung zurechnen. Bei den ursprünglich meningitischen Fällen kommt es, indem die hinteren Wurzeln die pia mater durchsetzen, zu einer Kompression und Beeinträchtigung durch Toxine, wodurch zwei Wirkungen ausgelöst werden: die lanzinierenden Schmerzen und eine Blockierung der Leitung des Schmerzgefühles. Die Wurzelbündel, welche diesen besonderen Sinn leiten, dürften eine periphere Lage haben, so daß sie zuerst die Wirkung der Kompression erfahren. Erst später kommen die tiefergelegenen, wie die des Patellarreflexes, an die Reihe. Beim radikulären Typ spielt sich die Infektion hauptsächlich in den Wurzeln selbst ab, wodurch naturgemäß mehr Gewebsschichten ergriffen werden, was zur frühzeitigen Beeinträchtigung der Patellarreflexe führt.

Syphilis des Nervensystems. Die parenchymatöse und exsudative Form der Syphilis beruht wahrscheinlich grundsätzlich auf der verschiedenen Virulenz der Spirochäten. Kritiklose Anwendung der Mittel im Beginn der Erkrankung zerstört des Patienten Fähigkeit, seine natürlichen Abwehrkräfte anzuwenden und auszubauen. Negativer Wassermann ist kein absoluter Beweis gegen die syphilitische Grundlage einer Erkrankung. Veränderungen am Zentralnervensystem sind oft von größerem diagnostischem Wert, als die Resultate von Blut und Liquor. Bei gewissen, klinisch nicht erklärbaren, nervösen Krankheitssymptomen sollte man immer zuerst an Syphilis denken, bis dieser Faktor klinisch und serologisch ausgeschaltet werden kann.

Die Resultate der Massenbehandlung epidemischer Treponematosis auf Haiti. Der Name Treponematosis faßt den ganzen Komplex der „Yaws-Syphilis" zusammen. Diese Krankheit identisch mit der Syphilis zivilisierter Länder. Sie besteht in z verschiedenen Formen: den ungeschlechtlichen, schon in der K heit erworbenen Yaws der ländlichen Bevölkerung mit Knoch veränderungen und Frambösieeffloreszenzen und der venerisc Erkrankung der Städter, die der uns bekannten Lues durchaus gl ist. Die Behandlung ist mehr ein sanitäres, als therapeutisc Problem. Sie muß auf die Masse eingestellt sein und weniger das einzelne Individuum. Seit 1½ Jahren ungefähr besteht die handlung in wöchentlichen Dosen von Sulpharsphenamin. Die Z der Patienten ist einzig begrenzt durch die Menge des vorräti Präparates. Aus diesem Grunde entschied man sich Kaliumchlo Bismutotartrat anzuwenden, dessen Kosten ungefähr den hundert Teil einer Sulpharsphenaminbehandlung ausmachen. Durch die Wechsel konnte jeder Nachsuchende mit dem gleichen therap tischen Effekte behandelt werden und diese Art der wöchentlic Bismutinjektionen wird seitdem in den ländlichen Kliniken und a in einer großen Anzahl städtischer Krankenanstalten dauernd ge Die Hospitäler verbrauchen außerdem wachsende Mengen Sulpharsphenamin und Neoarsphenamin. Die therapeutischen sultate waren von Beginn an sehr gute, allein im Hinblick auf Uebermaß der Krankheit, schien sich die Zahl der sich anmelden Patienten verhältnismäßig ständig zu verschlechtern und kein h nungsvolles Zeichen konnte beobachtet werden, welches einen Rü gang der Krankenzahl erkennen ließ. Noch jüngst war das V hältnis der Frühfälle (Jener, welche primäre und sekundäre Fr bösieerscheinungen aufwiesen) gegenüber den vorgeschrittene Fällen 1 : 4. Betrachtet man die Tatsachen: 1. daß fast jederm hier im Alter von 5 Jahren die Krankheit hat, 2. daß die Krank das ganze Leben dauert, 3. daß Sekundärinfektionen praktisch bekannt sind, so wird es augenscheinlich, daß die Möglichkeit ei so hohen Verhältnisses nur durch eine exzessiv hohe Geburts und Todesrate aufrecht erhalten werden kann. Um die Kran besser erreichen zu können, wurden im Gebirge der Repu während der letzten zwei Jahre 25 Armenapotheken errich ebenso wurde eine stets wachsende Zahl ländlicher Kliniken gemacht. Das Resultat war eine zunehmende Zahl von Trepo matosisfällen fast in jedem Monat. In gewissen Bezirken ließ nach einigen Wochen ländlichen Klinikbetriebs eine merkliche nahme der Frühfälle nachweisen. Zur Zeit muß jedes bekannte Mi angewendet werden, die Masse der Eingeborenen zur gleichen, sprechenden Behandlung zu ermuntern. Selbst das Radio wird diesem Sinne gebraucht. Im letzten Jahre wurden über 200 000 jektionen vom öffentlichen Gesundheitsdienst verabfolgt. Aber wa scheinlich sind 1½ Millionen nötig, ehe der Reisende in Haiti lä des Straßenrandes weniger schreckliche Szenen sieht, als die, wel Père Labat vor 226 Jahren in seinen „Reisen auf den Ins Amerikas" geschildert hat. Die Art Erkrankungen, welche er schrieb, herrschte in Haiti bereits vor dieser Zeit und wird d zweifellos noch für viele Generationen bestehen, wenn auch, wir hoffen, weniger übermächtig.

Syphilis und Keimplasma. Am wahrscheinlichsten ist es, keine spezifisch neurotrope Varietät der Spirochäte existiert daß die Syphilismanifestation ganz von den Verschiedenartigkei des Krankheitsbodens abhängt. Die Menschheit scheint eine Rass immunität zu erwerben, welche zuerst eine Modifikation der vi lenteren Typen der Haut- und Knochenerkrankungen herbeifü unter meist gleichzeitiger Steigerung der Tendenz parenchymatö Leiden und solcher des Zentralnervensystems: Tabes und Paraly Später beginnt die Neigung zu diesen Manifestationen abzunehm so daß in einer seit langem verseuchten Bevölkerung die Syph einen relativ benignen Charakter annimmt. Diese erworbene Immu tät scheint vererblich zu sein. Dies ist um so bedeutsamer, als im Widerspruch zu dem steht, was wir über Heredität wissen, ind erworbene Eigenschaften für gewöhnlich erblich nicht übertragl sind. Eine andere Möglichkeit zur Erklärung der Rassenimmuni ist dies: eine neue Krankheit, welche eine Gemeinschaft ergre tötet oder schwächt die anfälligen Individuen, so daß nur jene einer relativen natürlichen Immunität leben bleiben, welche da von ihrer Nachkommenschaft ererbt wird. So ließe sich die v gleichsweise Immunität der europäischen Juden gegen Tuberkul erklären, deren Vorfahren durch manche Jahrhunderte hindurch ihren engen und schlechtventilierten Ghettos ihre empfindliche Glieder durch die Krankheit verloren. Für die Syphilis lehnt V diese letztere Theorie ab, weil in der europäischen Welt schon Ja hunderte hindurch die Wirkung des Quecksilbers und anderer Drog die Krankheitserscheinungen in Schacht hielten. Die heredit Syphilis kommt, entsprechend der Anschauung des Verfassers, ni von einer Beeinträchtigung des Spermatozoon oder des Eies, sond der Fötus akquiriert sie auf dem Weg der Plazenta im mütterlich Uterus. In gleicher Weise erlangt er auch einen gewissen Grad v Immunität. Indem wir so wahrscheinlich machtlos sind, die nat liche Entwicklung der Syphilis in der Gemeinschaft wesentlich wandeln, erhebt sich die Frage, ob wir, wenn wir unsere Patient

zw. deren Frauen oder Männer und ihre mögliche Nachkommen- :haft geschützt haben, berechtigt sind, die Tatsache alarmierend .ı finden, daß die Mehrzahl der Syphilitiker heiratet und sich ver- ehrt. Dürfen wir die Ausbreitung der Syphilis unter den nord- nerikanischen Negern noch als den Beginn der Degeneration ihrer asse ansehen? Wir haben allen Grund das Gegenteil zu erwarten. er Neger wird mit der Zeit eine relative Immunität entwickeln,)enso wie der nordamerikanische Indianer oder der weiße Mann Teilen Spaniens. Nach unserem Wissen von Syphilis und Heredität heint die Idee eines minderwertigen Keimplasmas als Grundlage on Geisteskrankheiten künftiger Generationen widersinnig. Die nzige Beziehung, welche dem Individuum zur Syphilis übertragen erden kann, ist das Syphilisgift, aber niemals die Folgen, welche eses Gift im Körper hervorgebracht hat. Ein Mann, welcher an ner syphilitischen Amblyopie oder Hemiplegie oder selbst Geistes- ankheit leidet, kann diese Defekte nicht m e h r vererben, als etwa ne, welche die Folge eines Eisenbahnunfalls sind.

Treponematosis bei der ländlichen Bevölkerung von Haiti. Der ısdruck „Treponematosis" umfaßt die Syphilis und eine Krankheit 'aws" genannt, wie sie als „Himbeerpocken" bei den Negern vor- ommt. Die Autoren nehmen an, daß diese Erkrankung lediglich ein sonderer Typ der Syphilis ist. Die histologische Struktur der ıwsefflloreszenzen gleicht durchaus der der syphilitischen Kondy- me, auch die Allgemeinerscheinungen sind analog. Gegen die entität beider Krankheiten spricht die Tatsache, daß die Yaws t in der Kindheit vorkommen und daß sie anscheinend nicht here- tär übertragbar sind. Allein man muß sich daran erinnern, daß ter den primitiven Verhältnissen der persönlichen Hygiene eine geschlechtliche syphilitische Infektion stattfinden kann, und daß wohl die hereditäre, als auch die in frühester Kindheit erworbene philis (Syphilis insontium) nicht nur Immunität herbeiführen kann, ndern daß auch diese Individuen, wenn sie ins geschlechtsreife ter kommen, die Syphilis latent oder tertiär in sich tragen. Die schlechtlichen Verhältnisse der Bevölkerung von Haiti unterein- der sind von sexuell-wahlloser Mischung beherrscht. Die formale ıe ist eine Seltenheit. Dabei gibt es kaum ein Volk der Erde, elches einen so lebhaften Verkehr des Inlandes mit den Häfen ınnt, als die Bewohner der kleinen Republik Haiti, welche nur ringe Ausmaße von der Meeresküste nach dem Innern besitzt. enn man nun so geringe venerische Schankeraffektionen trifft, so ınn man dafür ebenso wie in Guana, Samoa und auf den Philippinen, vei Möglichkeiten zur Erklärung heranziehen: 1. daß die Be- lkerung so durchaus syphilitisch verseucht ist, daß die geschlecht- lh übertragbare Syphilis selten ein infektionsfähiges Opfer findet, daß die venerischen Geschwüre übersehen werden. Die Verff igen entschieden der ersten Möglichkeit zu. In diesem Sinne rechen auch die Erfahrungen, daß Europäer, welche in den Tropen ws akquirierten, mit Syphilis nach Hause kamen.

Multiple trophische Störungen durch Tabes. Verf. beschreibt ıen Fall, der trophische Störungen der Haut, des rechten Knies, s Rückgrates, beider Nieren, der Blase und des Dickdarms sehr truktiv aufweist. An Hand schöner Röntgenphotographien zeigt die beginnende Entstehung eines Charcotschen Gelenkes, Ver- derungen der Blase, die durch Versagen des Schließmuskels sich weitert und nur unvollständig entleert, was eine Rückstauung in n Nieren zur Folge hat. Ein sehr lehrreiches Nierenbild stellt die reits eingetretene, doppelseitige Hydronephrose dar, ein Dick- rmbild die Erweiterung atonischer Stellen unterbrochen von astischen Verschlüssen.

E. Kottmaier, Mainz.

California and Western Medicine.

27., Nr. 1, Juli 1927.

Der antirachitische Wert der menschlichen Milch. Wenngleich n glaubt, daß die Rachitis den Körper als ganzes angreift, so sehen wir in ihrem klinischen Bilde, daß sie das Ergebnis patho- logischer Veränderungen ist, welche sich hauptsächlich im Knochen- system entwickeln. Man hat daneben auch noch Veränderungen im Muskel- und Nervensystem beobachtet. Smith nimmt an, daß die hauptsächlichste Grundursache in der ungleichmäßigen Aussetzung der menschlichen Haut den Sonnenstrahlen gegenüber zu suchen ist und infolgedessen ist er der Ansicht, daß die Rachitis mehr eine klimatische als diätetische Krankheit ist. Es wird in der vorliegen- den Arbeit die Einwirkung der menschlichen Milch auf die Rachitis gezeigt. Es soll nicht geleugnet werden, daß die Einwirkung der Sonnenstrahlen auf die Entwicklung des Knochensystems eine günstige ist; aber allein ist sie natürlich nicht ausschlaggebend. Sie wirkt aber auf die Milch der Mutter, und es ist beobachtet worden, daß Milch, welche von Müttern stammte, die künstlichen Höhen- sonnestrahlen ausgesetzt worden waren, starke antirachitische Eigenschaften besitzt; denn Smith hat festgestellt, daß rachitische Kinder, welche mit solcher Milch genährt wurden, unter denselben Bedingungen rascher geheilt wurden, als solche Kinder, die nur ge- wöhnliche menschliche Milch bekamen. Daraus beweist Verf. also einwandfrei, daß die Bestrahlung mit Sonne oder künstlicher Höhen- sonne für ein rachitisches Kind weit wichtiger ist, als die Krankheit nur auf diätetischer Grundlage zu heilen.

Das Kropfproblem. Wenn man den Streit zwischen innerer Medizin und Chirurgie in Bezug auf das Kropfproblem genau kennenlernen und verstehen will, so braucht man nur eine kurze Zeitspanne in der diesbezüglichen Literatur zurückblättern, und man findet alles, was man benötigt. Wir teilen für gewöhnlich — und das ist die sachliche Einteilung — den Kropf in drei Gruppen: 1. den kolloiden, 2. den adenomatösen, 3. den hyperplastischen Kropf. Ent- sprechend der Einteilung hat man geglaubt, auch den Kropf ver- schieden behandeln zu müssen. Die Ansichten sind sehr geteilt. Einig ist man sich in der Frage der Behandlung des toxischen Kropfes. Da gibt es nur einen Weg und das ist der chirurgische. Interessant ist zu beobachten, daß die adenomatöse Art bei jungen Mädchen nach Jodbehandlung besser wird, während man mit der Jodbehand- lung sonst ganz verschiedene Erfolge beobachtet hat. Wenn man die Kropfbehandlung lange Zeit und d. h. mehrere Monate hindurch genau durchgeführt hat, so kann man ungefähr ein Urteil bilden, ob die Art der Behandlung gut war; denn wir wissen, daß wir erst mitunter nach einer langen Periode gute Ergebnisse sehen können und häufig genug ist beobachtet worden, daß nach monatelanger Medikation ohne Rückbildung des Kropfes plötzlich eine Verminderung desselben ein- setzte. Man darf also infolgedessen nicht nach kurzer Zeit sich einer- seits von Erfolgen täuschen und andererseits von noch nicht ge- nügenden Erfolgen drücken lassen. Der Kropf-Patient, welcher älter als 25 Jahre ist, müßte von selbst entscheiden, ob er chirurgisch be- handelt werden will oder nicht; denn wir wissen genau, daß häufig genug die einfachsten Arten des Kropfes doch toxisch werden können und dann ist, wie schon oben erwähnt, die chirurgische Behandlung die Methode der Wahl.

Ketogene Diät bei Epileptikern. Ueber die Häufigkeit der Epi- lepsie in Nordamerika äußert sich Pullfort, daß nach statistischen Angaben etwa ½ Million Epileptiker in den Vereinigten Staaten an- zutreffen sind oder mit anderen Worten jeder 250. Mensch von dieser Krankheit befallen ist. Die Art ist verschieden; denn es ist sicher, daß manche Fälle schwerer sind als andere. Einige sind organisch und einige zeigen degenerative Prozesse, und zwar von der Art, daß keine Art von Behandlung heilt. Die ketogene Diät erzielt nur in den leichten Fällen Erfolge. Sie enthält große Mengen von Fett und ganz wenig Kohlehydrate und Protein. Jeder Patient sollte eine individuelle Diätbehandlung erfahren, wobei man besonders 1. auf die Totalkalorien und 2. auf das Steigen des Proteingehaltes achten muß. Ferner ist es wichtig, für Glukosebildner auf die ketogene-anti- ketogene Ration zu achten. Die Ergebnisse sind sehr verschieden, da jeder Fall ein individuelles Problem darstellt: aber der Erfolg in manchen Fällen und nur die Besserung der Symptome in anderen soll nicht verkannt werden. Man gibt sehr gern außer Luminal noch Hypophysen-Extrakt, welches ein sehr wertvoller Faktor ist. Die Hauptgründe für einen Mißerfolg sind die, daß die Ketosis nicht auf einem möglichst hohen Grad erhalten bleibt und daß zu wenig auf die Kalorien geachtet wird. Das ist nun besonders bei den Patienten mit Epilepsie auf organischer Grundlage wichtig; denn diese sind nicht ungeeignet für die oben angegebene Behandlung.

Die Lachgas-Sauerstoff-Narkose bei Kindern. Die Anaesthesie der Wahl und besonders anzuwenden bei Infektionen und Eingriffen am Atmungstraktus, bei Tuberkulose, Heufieber, Diabetes, bei der Nieren-Pathologie und akuten Infektionen von Ohr, Nase und Kehl- kopf ist die Lachgas-Sauerstoff-Narkose. Diese wird von Kindern sowohl wie auch von Erwachsenen sehr gut vertragen und Verf. ist der Ansicht, daß es keine Altersgrenze gibt, über die hinaus man diese Art der Betäubung nicht anwenden dürfe. Die Anwendungs- technik bei Kindern ist dieselbe, wie bei Erwachsenen. Die Verände-

rung der Farbe bei blassen Kindern ist schwer abzugrenzen, man hat sich in Amerika dahin geeinigt, daß man blassen Kindern bei Anwendung dieser Art von Narkose prinzipiell mehr Sauerstoff gibt. Es ist bemerkenswert, daß keinerlei Störungen beobachtet wurden, wenn bei demselben Pat. mehrmals hintereinander diese Narkose vorgenommen wurde, und Verf. hat sich zu dieser Narkose darum entschlossen, weil er an 200 Fällen, welche nur mit der oben angegebenen Narkose behandelt wurden, keine Komplikationen und keine Todesfälle gesehen hat.

Nichteinstülpung des Appendix-Stumpfes. Harris beschäftigt sich seit langer Zeit mit allen Fragen, welche zum Appendix-Problem gehören und er wie viele andere dieser Fachautoren können von Zeit zu Zeit Ergebnisse aufweisen, weil sie sich mit dem Appendix-Problem auf Grund der relativ hohen Mortalität in Amerika fortgesetzt mit der Frage befassen, wie man die Mortalitiät drücken kann. So schreibt Verf. einen Teil der schlechten Erfolge der Einstülpung des Appendix-Stumpfes zu, welche bei uns in Deutschland als absolut korrekt stets angewendet wird, ja man kann sogar soweit gehen, daß es geradezu als Kunstfehler betrachtet werden würde, wenn man in Deutschland nach der Abtrennung der Appendix den Stumpf nicht mit einer Tabaksbeutelnaht im Kökum versenken würde (Ref.) Harris glaubt nun, daß durch die Einstülpung eine Gefahr der Abszessbildung in der Kökumwand gegeben sei und fernerhin könnte eine sekundäre Haemorrhagie von der appendikulären Arterie entstehen. Ferner glaubt er, daß die Einstülpung eine Methode mit großen technischen Schwierigkeiten darstellt und es soll ihm diesbezüglich nicht widersprochen werden; denn häufig genug bietet das Anlegen der Tabaksbeutelnaht in der Kökumwand besonders dann, wenn dieselbe auf Grund einer starken Entzündung leicht rissig ist, große Schwierigkeiten. Häufig genug bietet die Einstülpung, so sagt Verf. weiter, die Grundlage für postoperative Adhäsionen und Kotfisteln, auch meint er, daß auf Grund der Einstülpung entzündliche Kökal-Tumoren und Divertikel entstehen können. Zu diesen Ueberlegungen kommt er auf Grund der Beobachtung, daß der Hauptanteil der zu Grunde gegangenen, an Appendizitis operierten Patienten von appendektomierten Menschen gebildet wird, bei welchen eine Einstülpung vorgenommen worden war und so, wie Verf. dieses an seinem Berg-Zion-Krankenhaus in den letzten vier Jahren beobachtet hat, glaubt er auch diese Beobachtung auf ganz Franzisco und Umgebung ausdehnen zu dürfen.

Hofbauer, Berlin.

Buchbesprechungen.

Ragnar Berg: **Die Vitamine.** 2. Aufl. Verlag von S. Hirzel in Leipzig 1927. Geheftet 33 M. — Eine kritische Uebersicht der Lehre von den Ergänzungsstoffen nennt der Verf. selbst sein Werk, das am Schluß ein Literaturverzeichnis von 3450 Nummern bringt. Der Verf. bemüht sich, die vorliegende Literatur möglichst objektiv darzustellen; versäumt aber nicht, zu jeder Frage seine eigene Meinung zu entwickeln. Stoffwechselfragen sind weitestgehend berücksichtigt, namentlich Eiweiß- und Mineralstoffwechsel, wobei die Bedeutung des Basenüberschusses in der Nahrung stark, zu stark in den Vordergrund gestellt wird. Eine Uebersicht über den Inhalt gibt die Kapiteleinteilung: Biologische Wertigkeit der Eiweißarten — Bedeutung der Mineralstoffe — Beriberi und andere Polyneuritide — Bedingungen des Wachstums — das fettlösliche Kompletin A — Rachitis — das antiskorbutische Kompletin C — die Oedemkrankheit — Pellagra.

Das Werk ist denen, die sich für Vitamine- und Stoffwechselforschung interessieren, zu empfehlen. Arthur Keller.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Goldscheider: **Zeit- und Streitfragen der Heilkunst.** Für ärztliches Wissen und medizinisches Denken, gegen geistige Verflachung und Kurpfuschertum. Leipzig. 1927. Georg Thieme, Verlag. Preis 1,80 M. — Diese Zeit- und Streitfragen zeichnen sich vor manch anderem ähnlichen Werke durch wohltuende Sachlichkeit, Klarheit und Reife des Urteils aus sowie durch Vornehmheit auch gegenüber dem Gegner. Einseitigkeit des Urteils liegt dem Verf. fern. In vier Kapiteln hat er sein Thema eingeteilt. In „Intuition und Wissen" setzt er sich mit Sauerbruchs Veröffentlichung auseinander. „Es kann keine Rede davon sein, daß die Intuition an Wahrhaftigkeit der exakten Naturforschung gleichwertig ist, während sie ihr natürlich schöpferisch überlegen ist." „Es kann nicht die Aufgabe der Klinik sein, Routiniers zu dressieren, welche wohl einmal das Richtige treffen, aber noch öfters gründlich daneben hauen." „Die wesentliche Voraussetzung für eine wissenschaftliche Therapie ist die Sicherheit der Diagnose, die Erkenntnis der Ursachen und des Wesens der Krankheitsprozesse, die Feststellung des natürlichen Verlaufs der Krankheiten und der Natu Selbstheilungsvorgänge, die Prüfung der Wirksamkeit der Mitte kritische Sichtung der Erfahrungen am Krankenbett. Die G liegt heute gerade in dem Nachlassen des strengen induktiven wissenschaftlichen Denkens und dem Ueberhandnehmen sei willkürlicher Arbeitsweise. Zur Genialität können wir u Schüler nicht erziehen, wohl aber zur korrekten, zuverlässigen A und zum wissenschaftlichen Denken." Im „Wesen des Arzt bekämpft er Lieks: Der Arzt und seine Sendung in streng vorne Weise. Lieks Aeußerungen über Diagnostik und Differentialdiagn sind ein treffender Beweis für Goldscheiders Ausführung. Au dieser Stelle möchte ich — als etwa gleichaltriger Kollege Lie auf dessen unrichtige Darstellung des damaligen Ausbildungsga des klinischen Mediziners hinweisen. Gewiß, es gab auch d manchen Kollegen, der mit dem Besuche des Kollegs sein Stu beendet glaubte, wir anderen aber — und es war wohl die M zahl —, wir suchten und fanden als Famulus, Protokollant Aushilfsassistent, sowie als freiwilliger Helfer — z. T. Bezahlung — an Kliniken, Polikliniken und Privatanstalten rei Gelegenheit, uns praktisch zu betätigen — unter Anleitung Schwester und alter erfahrener Pfleger, was ich und die an niemals als unwürdig empfanden, lernten wir alles das, was zu lernen nicht das Glück hatte. Goldscheiders Worte in d Kapitel dürften wohl im Sinne aller sein, welche gern ihrer demischen Lehrer gedenken — bei manchem tritt dieser Zeit allerdings spät ein, bei einzelnen soll er ganz ausbleiben. „ weniger, sondern mehr, allerdings wahre Wissenschaft." lesens- und beherzigenswert ist das Kapitel: Das Wesen des pfuschertums und der ärztlichen Wissenschaft. Hier wird ma Kollege manchen Fingerzeig zur Besserung seiner Praxis f Das inhaltreiche Kapitel „Das Denken in der Medizin" bildet Schluß des kleinen Werkes, welches dem Praktiker in sommerl Mußestunde zu genuß- und gewinnreicher Lektüre empfohlen

Dr. Paul Michaelis, Bitterf

Jahrbuch der Krankenversicherung 1926. Unter Mitarbeit Geschäftsführer Fritz Bohlmann-Berlin, Dr. med. K. Bo stein-Berlin, Prof. Dr. B. Chajes-Berlin, Dr. med A Fischer-Karlsruhe i. Baden, Dr. med. W. Fischer-B Generalsekretär Dr. Helm-Berlin, Reg.-Rat a. D. Hans Kam meyer-Wien, Prof. Dr. Alfred Lewandowski-Berlin, Dr. W. Liepmann-Berlin, Verwaltungsdirektor Paul Lohm Köln, Geschäftsführer Fritz Okrass-Berlin, Referent Dr. P Berlin, Prof. Dr. Pinkuss-Berlin, Dr. med. H. Ulr Sommerfeld, Reg.-Rat Hans Wahrburg-Berlin. Herausgeg im Auftrage des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen von Helmut Lehmann-Berlin. 264 S. 1927. Berlin. Ver gesellschaft deutscher Krankenkassen m. b. H. — Das vorlieg Jahrbuch gibt einen statistischen Ueberblick über die Entwic der deutschen Sozialversicherung. Ferner sind im Kapitel „Ei fragen der Kranken- und Sozialversicherung" die Ausführungen besonders hervorzuheben, die der Arztfrage gewidmet Im Umfange von 20 Seiten versucht die Kassenleitung sich mi Aerzteschaft auseinanderzusetzen. Allein von dem Prinzip gehend „audiatur et altera pars" ist diese Lektüre sehr empfeh wert. Dem Referenten scheint es jedoch, daß diese Ausführu so hätten verfaßt werden müssen, daß sie eine Hoffnung auf modus vivendi geben. Aber leider hinterläßt die Lektüre eher pessimistischen Eindruck. So sei im Zusammenhang hiermit mals auf ein Unternehmen hingewiesen, daß wir in dieser Zeits auf den Seiten 1423 f. des vorigen Jahrganges ausführlich sprochen haben — Die Verdienste der Krankenkassen auf dem biet der Prophylaxis sind anerkennenswert. — Auch in di Jahrbuch sind lesenswerte Abhandlungen namhafter Autoren Volksgesundheitspflege veröffentlicht worden. Ei fragen sind in folgenden Aufsätzen behandelt worden: Oeffent Gesundheitspflege (Prof. Dr. B. Chajes-Berlin), Gesundheitsp (Dr. med. Alfons Fischer-Karlsruhe), Hygienische Volksbelehrun Jahre 1926 (Dr. med. Karl Bornstein-Berlin), Mutterschutz Säuglingsfürsorge (Dr. med. Alfons Fischer-Karlsruhe), Ein V museum für Frauenkunde (Prof. Dr. W. Liepmann-Berlin), Ki fürsorge und Jugendfürsorge (Prof. Dr. Alfred Lewandowski-Be Bekämpfung der Tuberkulose (Dr. H. Ulrici-Sommerfeld), Die kämpfung des Lupus (Generalsekretär Dr. Helm-Berlin), Die kämpfung des Krebses (Prof. A. Pinkus-Berlin), Bekämpfung Geschlechtskrankheiten (Dr. W. Fischer-Berlin), Gewerbekr heiten (Prof. Dr. Chajes-Berlin, Unfallheilverfahren (Verwalt Direktor Paul Lohmar-Köln), Wohnungswesen (Reg.-Rat a. D. Kampffmeyer-Wien). Allein dieser Umriß zeigt die Vielseiti des behandelten Stoffes, so daß das vorliegende Jahrbuch auch Praktiker viel Interessantes bieten kann.

M. Kantorowi

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

erlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854

UMMER 43 BERLIN, DEN 28. OKTOBER 1927 45. JAHRGANG

Originalien.

Aus der Univers.-Kinderklinik zu Berlin.

Diagnostische Besonderheiten der kindlichen Tuberkulose.*)

Von

Prof. E. Schiff.

Die Zeit, die mir zur Verfügung gestellt wurde, ist viel zu kurz, das ganze Kapitel der kindlichen Tuberkulose behandeln zu nnen. Ich werde mich deshalb nur auf die Besprechung der intrarakal lokalisierten Tuberkulose beschränken vor allem aus dem unde, weil diese gegenüber dem Erwachsenen die meisten agnostischen Besonderheiten bietet.

Wir wollen annehmen, daß uns ein Kind im Schulalter vorstellt wird. Die Angehörigen des Kindes geben an, daß das Kind chte Temperatursteigerungen hat, hustet, über Seitenstiche klagt, der Nacht schwitzt und schlecht aussieht. — Diese Anamese bei nem Erwachsenen legt sofort den Gedanken einer tuberkulösen krankung nahe. Beim Kinde bekommen wir solche anamnestische gaben oft zu hören. Auf das Bestehen einer tuberkulösen Erankung beim Kinde läßt sie aber keine Schlüsse zu. Wir hören se Klagen in der Regel bei Kindern, die wir im allgemeinen als uropathen bezeichnen. Von den erwähnten subjektiven Beswerden möchte ich nur einige hervorheben und kurz besprechen d zwar jene, welchen in der Tuberkulosediagnostik beim Erchsenen eine besondere Bedeutung zugeschrieben wird. — Ich öchte zunächst mit der gesteigerten K ö r p e r t e m p e r a t u r bennen. Beim Erwachsenen wird die Subfebrilität in der Diagnostik r Lungentuberkulose hoch eingeschätzt. Derselbe diagnostische ert wird auch der sogenannten Labilität der Temperaturregurung zugeschrieben. — Wie hoch die Symptome beim Erchsenen eingeschätzt werden, zeigt die Aufstellung des Begriffes m relativen Fieber. Nach S a h l i ist dies ein Zustand, bei lchem die Körpertemperatur die angenommene Fiebergrenze ar nicht überschreitet, aber durch die tuberkulöse Erkrankung her zu liegen kommt als die Individualtemperatur des betreffenden nsehen in gesunden Tagen ist. Wie liegen nun diese Verhältnisse i Kindesalter? Hierzu ist folgendes zu sagen:

1. Ist die „normale" Körpertemperatur keine konstante Größe. Sie weist, wenn auch innerhalb relativ enger Grenzen individuelle Verschiedenheiten beim gesunden Kinde auf.
2. Sehen wir bei vielen gesunden Kindern — meist, aber nicht ausschließlich bei Asthenikern — eine auffallende Labilität der Temperaturregulierung. Die Temperatur steigt an bei körperlicher Arbeit (z. B. Bewegung) und sinkt zum Normalwert, wenn das Kind sich einige Zeit ruhig verhält. Ist die Labilität der Temperaturregulierung stark ausgesprochen, so haben die Kinder während des Tages, also in der Zeit, wo sie auf sind und sich bewegen, eine erhöhte Körpertemperatur (meist um 38 ° herum), während sie frühmorgens nach dem Schlafe, also bevor das Kind aufgestanden ist, einen niedrigeren, dem normalen Durchschnitt entsprechenden Wert aufweist. Man spricht in diesen Fällen auch von einer n e r v ö s e n H y p e r t h e r m i e. Nachdem wir, wie erwähnt, diese Form der Subfebrilität bei vielen sicher nicht tuberkulösen Kindern zu sehen bekommen, so kann die Labilität der Temperaturregulierung, wie auch die Subfebrilität beim Kinde in der Tuberkulose-Diagnostik nicht verwertet werden.
3. Schließlich darf auch nicht vergessen werden, daß oft banale, dem klinischen Nachweis kaum zugängliche Infekte, insbesondere der oberen Luftwege, leichte Temperatursteigerungen herbeiführen können.

Diese Feststellungen führen gleich zu einer weiteren praktisch wichtigen Frage, deren allgemeine Formulierung so lauten würde: T u b e r k u l o s e u n d F i e b e r. Sicher ist, daß akut einsetzende unklare fieberhafte Zustände mit einer tuberkulösen Erkrankung in Zusammenhang stehen können. Sicher ist, daß gewisse tuberkulöse Lokalisationen fast regelmäßig mit Fieber einhergehen, wie die Meningitis tbc., Miliartuberkulose und häufig auch die Abdominaltuberkulose. Ebenso sicher aber ist, und dies sei betont, daß wir bei vielen Fällen sowohl im Primär-, wie auch im Sekundär- und Tertiärstadium jegliche Temperatursteigerung vermissen. Ich sah eine ganze Anzahl von Kindern mit schwerer progredienter Tuberkulose, bei welchen wir bei der fortlaufenden Beobachtung in der Klinik auch die Entstehung von Kavernen verfolgen konnten, usque ad finem, ohne Fieber. Und schließlich muß erwähnt werden, daß bei der kindlichen Tuberkulose fieberfreie Perioden nicht selten mit fieberhaften sich abwechseln (F. H a m b u r g e r). Ich möchte mich nicht auf theoretische Erörterungen über diese Fragen einlassen. F ü r d i e P r a x i s e r g i b t s i c h a u s d i e s e n B e o b a c h t u n g e n a b e r, d a ß F i e b e r b e i e i n e m f r a g l i c h e n L u n g e n b e f u n d n i c h t o h n e w e i t e r e s f ü r d i e t u b e r k u l ö s e N a t u r f ü r d i e E r k r a n k u n g s p r i c h t. F e r n e r, d a ß F i e b e r f r e i h e i t b e i e i n e m f r a g l i c h e n L u n g e n b e f u n d n i c h t g e g e n T u b e r k u l o s e z u s p r e c h e n b r a u c h t, u n d s c h l i e ß l i c h, d a ß n o r m a l e K ö r p e r t e m p e r a t u r n i c h t o h n e w e i t e r e s d i e I n a k t i v i t ä t e i n e s t u b e r k u l ö s e n P r o z e s s e s b e w e i s t.

Ein Kind kann also eine schwere progrediente Tuberkulose haben, obwohl es nicht fiebert, oder es hat einen im ersten Augenblick unklaren, mit Fieber einhergehenden Lungenbefund, und braucht trotzdem nicht an Tuberkulose erkrankt zu sein.

Auch die N a c h t s c h w e i ß e sind in der Diagnostik der kindlichen Tuberkulose nicht zu verwerten. Zur Zeit des ersten Maximums der Schlaftiefe, also ungefähr 1—2 Stunden nach dem Einschlafen ist das Schwitzen ein physiologischer Vorgang. Ferner gibt es Kinder, die überhaupt leicht schwitzen. Meist sind es Kinder mit einer labilen Gefäßinnervation, die oft durch einen plötzlichen Farbenwechsel und eine starke Dermographie stigmatisiert sind. Bei diesen kann ein jeder psychischer Reiz, oft schon die ärztliche Untersuchung einen starken Schweißausbruch herbeiführen.

Nicht viel besser steht es mit der diagnostischen Bewertung des H u s t e n s. Mehr oder weniger lang andauernder Husten kommt im Kindesalter bei so vielen nicht tuberkulösen Prozessen vor, daß diesem in der Tuberkulosediagnostik keine Bedeutung zugesprochen werden kann. Charakteristisch ist bis zu einem gewissen Grade der hochklingende spastische Husten in den ersten Lebensjahren bei der Bronchialdrüsentuberkulose. Häufig ist dieses Symptom allerdings nicht zu beobachten.

*) Fortbildungsvortrag.

Schließlich noch ein Wort über den Habitus tuberkulöser Kinder. Die Frage hat eine gewisse praktische Bedeutung, weil dem asthenischen Habitus in der Tuberkulosediagnostik viel zu oft noch eine besondere Rolle zugeschrieben wird. Untersucht man Kinder einer großen Tuberkuloseabteilung von diesem Gesichtspunkt aus, so wird man bei objektiver Betrachtung nur zu dem Schluß gelangen, daß der Habitus keinen Schluß auf das Vorhandensein oder Fehlen einer tuberkulösen Erkrankung zuläßt. Auf der einen Seite gibt es typische Astheniker, die vielleicht nicht einmal mit Tuberkulose infiziert sind, auf der anderen Seite sehen wir blühende Kinder, im besten Ernährungszustand mit schwerer progredienter Lungentuberkulose.

Als ich mich vor mehreren Jahren mit dieser Frage eingehender beschäftigt habe, kam ich allerdings zu dem Resultat, daß Tuberkulose bei asthenischen Kindern häufiger zu beobachten ist, als bei Kindern mit normaler Körperkonfiguration. Zu diesem Ergebnis kam auch Kleinschmidt und Peiser. Immerhin lehne ich nach wie vor einen direkten Zusammenhang zwischen Asthenie und Tuberkulose ab. Die Erklärung dürfte vielmehr darin zu suchen sein, daß die Astheniker in der Regel anfällige Kinder sind. Wenn also bei diesen die Tuberkulose häufiger angetroffen wird, so ist das auf eine Disposition zu Infekten im allgemeinen zurückzuführen und beruht nicht auf einer besonderen, spezifischen Disposition zur Tuberkulose.

Das bisher Erwähnte zeigt, mit welchen Schwierigkeiten die Verwertung der subjektiven Beschwerden in der Diagnostik der kindlichen Tuberkulose verbunden ist.

Es ist eine alte und durchaus berechtigte Forderung in der inneren Medizin, die Tuberkulose möglichst frühzeitig, bereits in den Anfangsstadien zu erkennen. Beim Erwachsenen wird dies dem geübten Untersucher in vielen Fällen ohne Schwierigkeiten gelingen. Beim Kinde sind wir leider nicht in einer so glücklichen Lage. — Hieraus werden sie bereits vermuten, daß auch die physikalische Diagnostik der intrathorakalen Tuberkulose beim Kinde oft erhebliche Schwierigkeiten machen kann. Wenn sie sich die anatomischen Vorgänge vom Moment der Infektion mit den Tuberkelbazillen bis zur vollen Entwicklung der Tuberkulose vergegenwärtigen, so werden sie ohne weiteres ersehen, daß die Anfangsstadien der Erkrankung durch Perkussion und Auskultation in der Regel nicht zu fassen sind. — Ich möchte nun diese anatomischen Prozesse zunächst kurz erläutern.

Der häufigste Infektionsmodus ist die aerogene Infektion mit Tuberkelbazillen. Gelangen Tuberkelbazillen auf diesem Wege in den Organismus eines Kindes, das bislang mit Tuberkelbazillen noch nicht in Berührung gekommen ist, so siedeln sich die Bazillen in der Lunge an. Hierbei entsteht ein entzündlicher, exsudativer Herd, der den Umfang eines 3 Markstückes in der Regel nicht überschreitet. — Dieser Herd wird als der primäre Lungenherd bezeichnet. Fast gleichzeitig erkranken die im lymphatischen Abflußgebiet liegenden Drüsen. Primärer Lungenherd und die dazugehörige lymphatische Metastase stellen nach Ranke den Primärkomplex dar. Der Primärkomplex kann nun vollkommen ausheilen, ohne Spuren zu hinterlassen, oder es kommt im Lungenherd zur Verkäsung, und die anatomische Heilung kann durch Vernarbung bzw. durch Verkalkung erfolgen. Es ist natürlich klar, daß diese in ihrer Ausdehnung nur relativ geringfügigen Prozesse der Perkussion und Auskultation nicht zugänglich sind. Die beginnende intrathorakale Tuberkulose ist also durch die gewöhnliche klinische Untersuchung nicht zu fassen.

Gleich an dieser Stelle muß aber betont werden, daß diese Anschauungen über den Infektionsmodus von Czerny nicht vertreten werden. Er lehnt die Ansicht, daß die primäre Eintrittspforte der Tuberkelbazillen im Lungengewebe zu suchen sei, ab. Czerny vertritt den Standpunkt, daß die Mehrzahl aller Infektionen mit Tuberkelbazillen beim Kinde wahrscheinlich auf intestinalem Wege erfolgt. In diesem Sinne würden auch die Beobachtungen von Still sprechen, der bei tuberkulösen Kindern in 88,3% tuberkulöse Herde im Abdomen fand. Ferner die unlängst erschienene Mitteilung von Dunham und Smyth, die von 120 tuberkulinempfindlichen Kindern in 17% der untersuchten Fälle tuberkulöse Veränderungen der Abdominaldrüsen röntgenologisch nachweisen konnten. Viele dieser Kinder zeigten keine klinischen Symptome der Tuberkulose. Schließlich wäre auch der unlängst gehaltene Vortrag von Sata in der Berliner med. Ges. zu erwähnen. Er kam auf Grund seiner umfangreichen Tierversuche zu dem Resultat, daß der Primäraffekt in d[...] Darmschleimhaut lokalisiert ist und daß die Tuberkelbazillen von h[...] aus mit dem Chylus in die Pfortader und so in die Lungengew[...] gelangen.

Geht der Prozeß nun weiter, so entwickelt sich nach verschie[...] langer Latenz das Sekundärstadium oder das Stadi[...] der Generalisation nach Ranke.

Im Vordergrunde steht jetzt anatomisch die haematogene Me[...] stase. Immunbiologisch die Allergie, oder richtiger die Hypererg[...] Drüsen, Haut, Knochen, Gelenk, Meningeal und gewisse Formen [...] Lungentuberkulose gehören diesem Stadium an. — Außer der haem[...] togenen kann es auch zur lymphogenen wie auch zur intrakan[...] kulären Metastasierung kommen. Letztere, wenn der tuberkul[...] Lymphknotenherd in die Bronchien, in den Darm oder in den Ha[...] apparat durchbricht. Auf diesen Wegen, und nicht durch direk[...] Uebergreifen des Prozesses von der kranken Drüse auf das u[...] gebende Lungengewebe erfolgt die Propagation der Tuberkulo[...] Für uns Pädiater ist das Sekundärstadium von der größten Bede[...] tung, nicht nur aus dem Grunde, weil die tertiäre Tuberkulose be[...] Kinde relativ selten ist, sondern vornehmlich deswegen, weil d[...] Schicksal des an Tuberkulose erkrankten Kindes sich meist in dies[...] Stadium entscheidet.

Wir haben bereits erwähnt, daß im Sekundärstadium im [...] Tuberkelbazillen infizierten Organismus eine Hyperergie sich e[...] wickelt. — Im klinischen Bilde macht sich dieser Zustand durch [...] Entstehung unspezifischer Gewebsreaktionen gelte[...] Im Sekundärstadium sehen wir also einerseits die spezifischen tub[...] kulösen Gewebsformationen, andererseits die unspezifischen, [...] zwar ihren Ursprung ebenfalls den Tuberkelbazillen verdank[...] pathologisch-anatomisch aber kein spezifisches tuberkulöses Gewe[...] darstellen. Sie entsprechen einer serös lymphozytären Durchtränku[...] des in der Umgebung des tuberkulösen Herdes gelegenen Geweb[...] Man spricht von einer perifokalen oder kolateralen E[...] zündung, von einer epituberkulösen Infiltrati[...] (Eliasberg und Neuland), um den genetischen Zusamme[...] hang mit der Tuberkuloseinfektion zum Ausdruck zu bringen. [...] wird auch von allergischen Gewebsreaktionen g[...] sprochen, weil sie nach Ranke durch Autotuberkulinisation d[...] gegen die Tuberkelbazillen hyperergischen Organismus zustand[...] kommen.

Wie äußern sich nun im klinischen Bilde diese epitube[...] kulösen Infiltrate. — Zunächst gibt es Fälle, bei welch[...] sie sich ganz allmählich entwickeln, ohne daß das Befinden d[...] Kindes auch nur im geringsten gestört würde. In anderen Fäll[...] können uncharakteristische Erscheinungen auftreten. Es kann [...] leichteren Temperatursteigerungen kommen, die Kinder klagen üb[...] Müdigkeit, bei manchen fällt das Blässerwerden der Hautfarb[...] herabgesetzte Nahrungsaufnahme und die Abnahme des Körpe[...] gewichtes auf. Die Perkussion und Auskultation ergibt je nach d[...] Ausdehnung des epituberkulösen Infiltrates wechselnde Befun[...] Ist die Entzündungszone klein, so findet man natürlic[...] bei der Untersuchung garnichts. Eine ausgedehnte Reaktion[...] form entspricht im Röntgenbild der von Sluka beschriebenen dr[...] eckigen Schattenform. Die Basis des Schattens liegt am Herze[...] die Spitze in der Peripherie. Dieser Prozeß kann bei sorgfältig[...] Untersuchung oft auch ohne Röntgenbild erkannt werden. Liegt d[...] Prozeß im unteren Lungenfeld, so ist meist bei der Perkussion d[...] Herz-Leberwinkel stumpf, und man hört an dieser umschrieben[...] Stelle ein leises bronchiales Atmen. Wenn der dreieckige Schatt[...] im oberen Lungenfeld sitzt, so ist die Schallverkürzung und das lei[...] Bronchialatmen in der Axilla zu hören. Der dreieckige Schatt[...] entspricht einem um den tuberkulösen Herd gelegenen epitube[...] kulösen, also unspezifischem Infiltrat. Es kann sich vollständ[...] zurückbilden und auch rezidivieren. Epituberkulöse Infiltrate könn[...] einen ganzen, wie auch mehrere Lungenlappen in ihrer ganzen Au[...] dehnung befallen. Klinisch finden wir bei diesen ausgedehnten I[...] filtraten eine Dämpfung, die oft so massiv ist, daß im ersten Mome[...] der Verdacht eines Exsudates oder einer dicken pleuritisch[...] Schwarte erweckt wird. Unterstrichen wird eine solche Vermutu[...] noch, wenn wir bei der Auskultation — wie dies die Regel ist [...] ein abgeschwächtes vesikuläres oder ein abgeschwächtes bronchial[...] Atmen zu hören bekommen. Aufklärung bringt dann die Prob[...] punktion, die ein negatives Resultat ergibt. Bemerkenswert u[...] diagnostisch wichtig ist der Gegensatz zwischen dem ausgedehnte[...]

ungenbefund und dem nicht oder kaum gestörten subjektiven Beıden des Kindes. Es ist ganz entschieden ein Fortschritt gewesen, s Eliasberg und Neuland auf diese epituberkulösen Infiltrate e Aufmerksamkeit gelenkt haben. Auch diese ausgedehnten Intrate bleiben in der Regel lange, meist viele Monate oder auch nige Jahre bestehen, allmählich erfolgt dann die Rückbildung, und ir sehen im Röntgenbilde eine fortschreitende Aufhellung des ffusen homogenen Schattens von der Peripherie her. Die epiberkulösen Infiltrate können in jedem Alter auftreten. Wir sehen : beim Säugling, wie auch beim älteren Kinde. Mitteilungen aus n letzten Jahren berichten über epituberkulöse Infiltrate auch im Erwachsenen. Auch das ausgedehnte epituberkulöse Infiltrat nn rezidivieren, sei es durch Autotuberkulinisation im Sinne von ınke oder vielleicht auch durch äußere Zufuhr von Tuberkulin im adium der Hyperergie.

In diesem Zusammenhang wäre ferner die interlobäre leuritis zu erwähnen. Auch sie wird heute als eine epituberlöse, allergische Reaktion aufgefaßt. Seltener ist die Exsudation, eist handelt es sich um trockene Pleuritiden. Die typischen Fälle ıd im Röntgenbild leicht zu erkennen. Manchmal ist an der Platte Interlobärspalt nur eine zarte, feine Linie zu sehen. (Haarlinie. otz.) Aus dem Vorhandensein einer Interlobärschwarte ist mit ıer gewissen Wahrscheinlichkeit auf eine abgelaufene Primärer Sekundärinfiltrierung (epituberkulöse Infiltration) zu schließen.

Wir wollen uns nun kurz mit der Frage beschäftigen, welche deutung diese epituberkulösen Infiltrate für die Beurteilung des ankheitsverlaufes haben. — Es wird behauptet, daß eine solche filtration nur dann möglich ist, wenn ein labiler tuberkulöser Herd rliegt. Wenn dies stimmt, so müßten wir in einem epituberkuen Infiltrate stets ein Alarmzeichen erblicken. Simon und edeker vertreten in der Tat diesen Standpunkt und fordern, ß ein jedes Kind mit einem epituberkulösen Infiltrat sofort in eine dere Umgebung zu bringen ist, um den labilen tuberkulösen Herd rch Vermeidung der Superinfektion möglichst zur Ruhe zu bringen. ie pessimistisch diese Autoren die epituberkulösen Infiltrate einıätzen, geht auch daraus hervor, daß sie das epituberkulöse Inrat direkt als Schrittmacher für die Verkäsung und Einschmelzung sehen. Wie wenig hier Theorie und Praxis übereinstimmen, ergibt h aus unseren Erfahrungen. — Wir stellen bei den epituberkulösen iltraten sowohl beim Säugling wie auch beim älteren Kind eine te Prognose. Wir sahen bei reichlicher Erfahrung, wenn auch ıen langwierigen, aber doch gutartigen Verlauf. Zu bemerken re noch, daß unsere Patienten mit epituberkulöser Infiltration auf Tuberkulosestation aufgenommen werden und zwischen den ıweren und schwersten Tuberkulosen dort viele Monate hindurch rbleiben. Von einer Reinfektionsprophylaxe kann also keine Rede n, und trotzdem wurden auch unsere mit epituberkulöser Infiltion behafteten Säuglinge klinisch gesund. Wohl sahen auch wir vereinzelten Fällen bei relativem Wohlbefinden des Kindes im fusen, homogenen Lungenschatten allmählich eine Kaverne sich :wickeln und schließlich die tödliche Meningitis auftreten. Fraglich nur, ob in diesen ganz wenigen von uns beobachteten Fällen auch sächlich ein epituberkulöses Infiltrat vorlag. Diagnostische Irrner sind nämlich umsomehr möglich, weil ähnliche klinische und ıtgenologische Befunde wie bei der epituberkulösen Infiltration ch durch andere tuberkulöse wie auch nicht tuberkulöse Prozesse ı den Lungen herbeigeführt werden können.

Allergische Gewebsreaktionen kommen nicht nur im Lungenwebe, sondern auch in den Lymphdrüsen und der Bronchialıleimhaut vor. Kleinschmidt zeigte, daß bei tuberkulösen ıdern intrathorakale Lymphome auch durch eine unspezifische, rifokale Entzündung entstehen können. Es handelt sich hierbei eine rückbildungsfähige, markige Schwellung der Lymphdrüse. Lymphdrüsenvergrößerung kann ebenso wie das epituberkulöse ngeninfiltrat nach einer gewissen Zeit vollkommen verschwinden. einschmidt spricht in diesen Fällen von einer epituberlösen Lymphdrüsenschwellung. Die Diagnose ist bei fortlaufender Beobachtung möglich. Die allergische Reaktion Bronchialschleimhaut, der von Ranke beschriebene Hilustarrh — eine hartnäckige, meist auf den Interskapularraum alisierte und rezidivierende Bronchitis — spielt im Kindesalter ne nennenswerte Rolle. Von manchen Seiten wird in der letzten t vor der Reizkörpertherapie bei allen diesen allergischen Gebsreaktionen gewarnt. Ja sogar die Bestrahlung mit Ultraviolettlicht wird als schädlich angesehen. In einer vor kurzem erschienenen Mitteilung vertritt auch Romberg diesen Standpunkt. Wenn ich ihnen nun mitteile, daß wir eine ganze Reihe von Kindern mit ausgedehnten epituberkulösen Infiltraten viele Monate hindurch täglich nach Czerny-Eliasberg mit Leerseruminjektionen behandelt haben, daß wir ferner die Kinder auch mit der Quarzlampe in der üblichen Weise bestrahlten, ohne jemals etwas Unangenehmes erlebt zu haben, und schließlich daß Gerstenberg (Amerika) vor kurzem über günstige therapeutische Erfolge von der Ultraviolettlichtbehandlung der epituberkulösen Infiltrate berichtet hat, so zeigt das wiederum nur auf die Diskrepanz hin, die zwischen theoretischer Erwartung und klinischer Beobachtung besteht.

Bei unbestimmten Krankheitserscheinungen und ganz besonders dann, wenn im Röntgenbild eine verstärkte Hiluszeichnung zu sehen ist, wird noch viel zu oft die Diagnose auf Bronchialdrüsentuberkulose gestellt. — Daß die verstärkte Hiluszeichnung, auch bei einwandfreier Technik mit einer Bronchialdrüsentuberkulose nichts zu tun hat, bedarf keiner weiteren Erörterung. Der klinische Nachweis der erkrankten Bronchialdrüsen gelingt nur selten. Die auskultatorischen und perkutorischen Methoden, die angegeben wurden, sind wertlos. — Die indirekten Zeichen, wie das Sichtbarwerden von erweiterten Venen am Thorax, der hochklingende Husten, die exspiratorische Dyspnoe, beweisen zunächst nur eine durch Tumor bedingte intrathorakale Kompression und sind bei der Bronchialdrüsentuberkulose eigentlich nur selten zu beobachten. Sind die Bronchopulmonalen, paratrachealen oder die Bifurikationsdrüse stärker geschwollen, sei es infolge einer perifokalen Entzündung oder durch spezifische tuberkulöse Gewebsbildung, so ist bei entsprechender Technik der Nachweis im Röntgenbild mit keinen Schwierigkeiten verbunden. Sind die Drüsen vernarbt, verkäst oder verkalkt, so lassen sie sich auf der Platte noch deutlicher darstellen. — Viel schwieriger ist die Situation, wenn die Drüsen, obwohl sie tuberkulös verändert sind, keine Schwellung zeigen. Wenn auch die perifokale Entzündung fehlt, so kann die Diagnose u. U. zwar vermutet werden, mit Sicherheit wird sie aber nur bei wiederholter Untersuchung möglich sein.

Die Intensität der Lymphdrüsenschwellung spielt für die Prognose, von manchen extremen Fällen abgesehen, keine Rolle. Auch große käsige Tumoren können nämlich allmählich indurieren und symptomlos verlaufen, während bei geringfügigen Lymphomen Durchbruch und Generalisation erfolgen kann. Ob diese nur zu einer Einzelmetastase führt oder ob eine Miliartuberkulose sich entwickelt, hängt sicherlich von verschiedenen Bedingungen ab. Die Menge der kreisenden Bazillen, die Gewebsimunität, wie auch weitere unbekannte Faktoren dürften von Bedeutung sein.

Ausstreuung von Tuberkelbazillen kann bereits gleich nach dem Primärinfekt erfolgen (F. Hamburger). Dies ist allerdings seltener der Fall, am häufigsten kommt es im Sekundärstadium zur hämatogenen Aussaat. Sie kann sich in Form von Lungenmetastasen manifestieren, die isoliert oder multipel auftreten und im Röntgenbild, kleine, runde scharfkonturierte Schattenflecke darstellen. Ihr Lieblinssitz ist das obere Lungenfeld. Diese metastatischen Lungenherde können im Rötgenbild eine große Aehnlichkeit mit dem sogenannten primären Lungenherd aufweisen. Von manchen Seiten werden sie auch heute noch als multiple Primärherde angesehen. Daß eine solche Auffassung nicht zulässig ist, beweist bereits der Umstand, daß die metastatischen Lungenherde oft neben dem Primärkomplex zu sehen sind. (Simon und Redeker). Eine Schwierigkeit in der Deutung des Röntgenbildes kann sich nur ergeben, wenn im oberen Lungenfeld ein isolierter Einzelherd zu sehen ist. Die Entscheidung der Frage, ob es sich hierbei um einen metastatischen Lungenherd oder um einen Primärherd bei abgeklungenem Primärkomplex handelt, oder ob der Herd einer Reinfektion seinen Ursprung verdankt, kann natürlich die größten Schwierigkeiten machen, insbesondere dann, wenn man nicht die Möglichkeit hatte, durch wiederholte Untersuchung den Verlauf des Krankheitsprozesses zu verfolgen. Schließlich sei noch erwähnt, daß solche multiple pulmonale Metastasen in seltenen Fällen auch in der ganzen Lunge zerstreut vorkommen können. Das Befinden der Kinder ist nicht gestört. Selbstverständlich können diese kleinen metastatischen Lungenherde nur im Röntgenbild erkannt werden. Man findet sie nicht selten bei Kindern mit tuberkulösen Kochenherden.

Leichtere Formen der Ausstreuungstuberkulose sind manchmal auch im Röntgenbild schwer zu erkennen, weil ähnliche Zeichnungen, insbesondere bei weichen Platten (Gefäßkreuzungen) auch ohne, daß eine tuberkulöse Erkrankung vorläge, beobachtet werden. Bei den schweren Formen können die Herde konfluieren, verkäsen und als käsige Tuberkulose zum Tode führen. In den konfluierten Herden kann es zum Zerfall und Kavernenbildung kommen. Die Kavernen können eine verschiedene Größe haben, und auch multipel auftreten. Im Röntgenbild zeichnen sie sich dadurch aus, daß sie im Gegensatz zu den Kavernen des Tertiärstadiums nicht durch einen intensiven Schattenring abgegrenzt sind.

Wenn im Sekundärstadium die Verkäsung stark im Vordergrunde steht, so wird von einer käsigen Sekundärtuberkulose gesprochen. Bei der physikalischen Untersuchung stehen Dämpfung, bronchiales Atmen und Rasselgeräusche im Vordergrund. Der Allgemeinzustand der Kinder kann nach den Beobachtungen Ulricis lange gut bleiben. Daß auch hierbei diagnostische Irrtümer leicht vorkommen, ist klar. Nach Simon und Redeker ist die käsige Sekundärtuberkulose durch die Neigung zur Zirrhose und zur Kavernenbildung charakterisiert. Daß hierbei schwere Schrumpfungen sich entwickeln können, ist klar. Die Prognose ist stets eine ernste, wenn auch über Heilungen berichtet wird.

Kommt es innerhalb von wenigen Tagen akut zur Verkäsung eines größeren Bezirkes in der Lunge oder eines ganzen Lungenlappens, so sprechen wir von einer akut käsigen Pneumonie. Sie entsteht, wenn eine Käseherd in einem Bronchus durchbricht und in tiefere Abschnitte des Lungenparenchyms aspiriert wird. Klinisch ist der Beginn wie bei einer akuten Lobärpneumonie. Einige Tage nach dem Krankheitsbeginn sind im Sputum Tuberkelbazillen nachweisbar. Diagnostische Irrtümer sind auch hier möglich. Schon die Beurteilung des Röntgenbildes kann Schwierigkeiten machen, wenn z. B. im Beginne der Erkrankung auf der Platte nur ein dichter homogoner Schatten zu sehen ist. Verwechslungen mit lobärer Pneumonie, epituberkulöser Infiltration, interlobärem Empyem, Mittellappen-Pneumonie habe ich selbst gesehen. Erst die weitere Beobachtung klärt oft die Diagnose, wenn nämlich im erst homogenen Schatten immer deutlicher werdende Aufhellungen, also Kavernen auftreten. Schon nach kurzer Zeit kommt es zum letalen Ausgang.

Die schwerste Form und oft das Endstadium der Sekundärperiode ist die Miliartuberkulose. Die miliare Aussaat befällt den ganzen Organismus, oft zeigt sich aber die Bevorzugung einzelner Organe. Das klinische Bild ist nicht einheitlich. Nur relativ wenige Fälle zeigen die bekannte typische Symtomatologie, die eine sichere Diagnose schon bei der ersten Untersuchung ermöglicht. Ein Lungenbefund kann vorhanden sein, kann aber auch vollkommen fehlen, trotz schwerer miliarer Aussaat in den Lungen. An die Möglichkeit einer Miliartuberkulose beim Säugling und Kleinkind wird man stets zu denken haben, wenn ohne nennenswerte Antezedentien und ohne bei der ersten klinischen Untersuchung erklärbare Ursache, eine ausgesprochene Dyspnoe besteht. Ist außerdem die Milz noch mehr oder weniger vergrößert und ihre Konsistenz vermehrt und auch die Leber geschwollen, so wird die Vermutung, daß die fieberhafte Erkrankung durch eine Miliartuberkulose bedingt ist, an Wahrscheinlichkeit viel gewinnen. Meist entscheidet das typische Röntgenbild dann die Lage. Immerhin darf nicht vergessen werden, daß Verwechslungen auch bei der Röntgendiagnostik möglich sind, weil ähnliche Bilder beim Kleinkind auch durch andere, nicht tuberkulöse Erkrankungen herbeigeführt werden können. (Bronchopneumonie.) Aus diesem Grunde ist auch stets die Tuberkulinprobe anzustellen. Am besten verwendet man gleich die empfindlichere Intrakutanprobe, weil die Allergie bei der Miliartuberkulose meist eine rasche Abnahme erfährt. Die negative Reaktion braucht also in diesen Fällen nicht gegen Tuberkulose zu sprechen. Praktisch stirbt eine jede Miliartuberkulose. Die vereinzelten Fälle, bei welchen von einer Heilung berichtet wurde, sind nicht über jeden Zweifel erhaben.

(Fortsetzung folgt.)

Laufende medizinische Literatur.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 39, 23. September 1927.

Operation oder versuchsweise Bestrahlung der Rückenmark tumoren? Es ist an Stelle der Operation der Rückenmarkstumor bisher weder etwas Besseres noch auch nur annähernd Gleic wertiges gesetzt worden. Operable Rückenmarkstumoren sind dah nach wie vor zu operieren und nachzubestrahlen; inoperable d kompressiv zu trepanieren, wenn möglich teilweise zu exstirpier und nachzubestrahlen, wie es bisher bei den Chirurgen allgemein gut begründeter Brauch war. Lediglich bei gewissen Formen v Zwerchsacktumoren könnte ein kombiniertes Verfahren am Plat sein.

Zur Klinik des „Sumpffiebers". Die Prognose des „Sumpffieber ist durchweg günstig. Todesfälle oder bleibende Gesundheit störungen wurden nicht beobachtet, stets erfolgte Restitutio integrum. Eine spezifische Therapie kam nicht in Frage; die B handlung blieb symptomatisch und bestand in antiphlogistisch (Antipyrin, Phenazetin, Pyramidon) und schmerzstillenden Mitte (Veramon, selten Morphin). In vielen Fällen halfen kleine Gab von Adrenalin allein, sowohl zur Hebung des niedrigen Blutdruck als auch besonders deshalb, weil sich die Allgemeinerscheinung außerordentlich gut beeinflussen ließen.

Seelische Veränderungen bei Lungenentzündungen und Gripp Bei einer größeren Zahl von akuten Lungenkrankheiten, von den nur einige Typen dargestellt wurden, wurde das Verhalten d Psyche untersucht. I. Bei kruppösen Lungenentzündungen fand Ve fasser im Wesentlichen 3 Gruppen von Veränderungen: a) stärks psychotische Störungen (etwa 40%), b) Verstärkung des normal psychischen Verhaltens, fast immer im Sinne einer Apathie (etw 30%), c) völliges Unberührtsein (etwa 30%). Mit Ausnahme von fand sich ein Zusammenhang der Reaktionsart der Psyche mit d zugrundeliegenden Wesensart nicht. Die schwersten Formen en sprechen den schwersten psychischen Veränderungen. Die Veränd rungen gehen alle restlos zurück. Amnesie mit inselförmigen Erinn rungen wurde für die Zeit der schwersten Erregungszustände b obachtet. II. Bei den Grippeerkrankungen fand sich Apathie u Hemmung in den meisten Fällen, wo überhaupt eine Veränderu vorhanden war. (Von allen beobachteten Grippefällen etwa 40% Stärkere Erregungszustände sind sehr selten, im ganzen a häufigsten völliges Unbeteiligtsein. (Letzteres etwa 60%.) Abhängi keit von der Normalpsyche des Kranken ist bei den leichteste Formen der Grippebronchopneumonie und -bronchitis am häufigste Hier finden sich stärkste Reaktionen bei geringstem klinischen Befun Ein deutlicher Unterschied zwischen I. und II. zeigt sich insofer als Schlafsucht, Hemmung, Wortkargheit, Gleichgültigkeit und Apath bei der Grippe bei den unbedeutendsten Formen weit häufiger vo kommt als bei der kruppösen Pneumonie. Woher diese Veränd rungen kommen, ist nicht restlos zu beantworten.

Beitrag zur Ergosterinbehandlung der Rachitis. Bei drei flori rachitischen Säuglingen gab Verfasser an 5 bis 6 aufeinande folgenden Tagen per os eine Ergosterinmenge von insgesamt 120 m also eine Menge, die sich bei einer mehrwöchentlichen Behandlun mit täglich 3 bis 5 mg Vigantol ungefähr als Summe ergibt. In alle Fällen führte dieses Vorgehen zur Anbahnung der Heilung, jedoc nur in einem Falle in so kurzer Zeit wie bei fortgesetzter Gab kleinerer Mengen. Der Heilungsprozeß wurde bald stationär u konnte nur durch erneute Vigantolzufuhr zum Abschluß gebrac

rden. Bei drei Kindern wurde auch Vigantol subkutan verabreicht, zwar in Olivenöl und Aether gelöst. Die sterilisierte Lösung irte nie zu einer lokalen Infiltration und wurde rasch resorbiert. r therapeutische Erfolg trat so verzögert auf, daß die Versuche gegeben wurden. Es geht jedoch eindeutig aus ihnen hervor, daß Vigantol auch beim Kinde bei parenteraler Einverleibung bis zu em gewissen Grade wirksam ist.

Ueber eine neue Indikation zur Anwendung von Hypophysin bei renerkrankungen. Aus den Beobachtungen des Verfassers ergibt eine wichtige therapeutische Beeinflussungsmöglichkeit von renerkrankungen durch Hypophysin, die sich auch auf Grund der siologisch-anatomischen Verhältnisse der Niere und der Wirkung Hypophysins auf die glatte Muskulatur verstehen läßt.

Spinale halbseitige Körperlähmung nach elektrischem Unfall. Ein jähriger, früher stets gesunder Elektromonteur gerät mit der linken nd an einen Schalter von 500 Volt Wechselstrom. Hierauf ophische (sicher spinale) Lähmung des linken Armes und Beines kompletter Entartungsreaktion in mehreren Muskeln, stark unelmäßige Herztätigkeit, Harndrang. Von der Lähmung bevorzugt d Medianusgebiet und Tibialis anticus. Es ist, als ob der eleksche Strom durch den linken Arm zum Herzen und Rückenmark g, hier in der linken Rückenmarkshälfte in den Vorderhörnern hinstieg, nur hier sein Zerstörungswerk ausübend, um dann durch das ke Bein den Körper wieder zu verlassen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Die Medizinische Welt.

Nr. 33, 17. September 1927.

Die flache Hüftgelenkspfanne. Die angeborene Flachheit der iftgelenkspfanne ist durchaus nicht selten und wird recht oft vernnt. Anamnestisch hört man, daß die Kinder spät laufen gelernt ben, daß sie leicht hinken oder etwas watscheln, leicht ermüden, er Schmerzen im Bein, im Knie oder in der Hüftgegend klagen. Bei r Untersuchung findet man dieselben Symptome, wie sie auch der geborenen Luxation eigen sind, nur sind alle diese Symptome bloß gedeutet. Der Gang ist etwas unsicher, unregelmäßig, leicht hinkend er schaukelnd. Weiter findet man einen leichten Trendelenburg, ne leichte Verkürzung mit Trochanterhochstand. Man fühlt den opf etwas lateral. Zu allem ist die Abduktion etwas eingeschränkt. sonders charakteristisch ist auch, daß die Verkürzung im Stehen ößer ist, als man sie durch Messen im Liegen feststellt. Im lenk können gar nicht so selten Erscheinungen von Ueberreizung ftreten, mit starken Schmerzen, Gehunfähigkeit, spastischer xation des Gelenks, so daß man Mühe hat, das Leiden gegen oxitis tub. abzugrenzen. Die flache Pfanne führt frühzeitig zur thritis deformans. Um die Diagnose zu sichern, braucht man undingt das Röntgenbild. Was die Behandlung anbetrifft, so muß der ersuch gemacht werden, die Kopfoberfläche der Pfannenoberfläche zupassen. Der physiologische Weg wäre der, Kopf und Pfanne ngsam umzumodellieren. Diese Forderung wird einigermaßen durch e bisher viel geübte Behandlungsweise, das Gelenk in Abduktionsellung einzugipsen, erfüllt. Nicht unbedingt rationell dürfte es dagen sein, durch Massage und Gymnastik den Knochen hart machen wollen, wenn die Gelenkflächen noch nicht adapiert sind. Im allmeinen muß gesagt werden, daß ein Hüftgelenk mit flacher Pfanne ährend des ganzen Lebens funktionell minderwertig bleibt, benders dann, wenn Kopf und Pfanne sich nicht ausgeglichen haben.

Das Hinken bei Kindern. Es gibt bei Kindern eine Reihe von eiden, bei denen das Hinken besonders häufig zu Schwierigkeiten der Diagnose führt. Zunächst muß der sogenannten Wachstumsstörungen gedacht werden, die Kinder klagen über Schmerzen im Hüft- oder Kniegelenk und hinken wie bei einer echten Koxitis oder Gonitis. Nach einigen Wochen pflegen alle Symptome zu verschwinden. Von den angeborenen Leiden ist die Luxatio coxae congenita allgemein bekannt; ihre Diagnose ergibt sich mit Sicherheit aus dem Röntgenbild. Allerlei Gehbeschwerden werden durch die Rachitis verursacht. Gehstörungen entstehen bei X- und O-Beinen und durch die nicht seltenen Plattfüße. Diese werden bei Kindern viel zu oft diagnostiziert, weil bei den kleinen Kindern scheinbar das Fußgewölbe eingesunken ist. In Wirklichkeit ist es aber meist recht gut ausgebildet und wird nur durch ein normales Fettpolster verdeckt und ausgefüllt. Von Erkrankungen des Nervensystems muß die Poliomyelitis erwähnt werden, die häufig übersehen werden kann. Manchmal ist nur ein Muskel oder eine Muskelgruppe ausgefallen, z. B. ein Tibialis, die Peronei oder der Quadriceps. Eine auffällige Atrophie, eine livide Verfärbung oder gar ein Zurückbleiben im Längenwachstum des Beines wie bei den schweren Fällen fehlt dabei. Das Gegenbeispiel zur poliomyelitischen Lähmung bilden die spastischen Lähmungen. Es gibt auch hier außer dem typischen „Little" weniger auffallende Formen, bei denen nur einzelne Muskelgruppen befallen sind und bei denen eine eingehende Prüfung der Funktion nötig ist. Bei den leichten Fällen der Spina bifida occulta findet man nur wenig Symptome: Einen Klauenhohlfuß, eine Parese der Peronei, leichte trophische Störungen der Haut und Fehlen der Sehnenreflexe. Die Dystrophia musculorum progressiva ist ein nicht seltenes Leiden im Kindesalter und entwickelt sich oft schon so frühzeitig, daß das Kind gar nicht erst laufen lernt. Befallen von ihr sind vor allem, besonders zu Beginn, an der unteren Körperhälfte die Muskeln des Beckenringes, auch Bauch- und Rückenmuskeln. Die Statik ist dadurch im Hüftgelenk gestört. Die Krankheit ist unheilbar. Die Tuberkulose sitzt häufig in den Knochen und Gelenken der unteren Extremität. Schont ein Kind ein Bein längere Zeit, gibt es Schmerzen an bei gewaltsamen Bewegungen, hat es Fieber, positiven Pirquet, so ist es verdächtig auf eine Erkrankung an Tuberkulose. Auch die Lues sitzt im Kindesalter nicht selten in Knochen und Gelenken und macht dann Gehstörungen. Das Krankheitsbild ist dabei recht verschiedenartig. Es kann z. B. einer Tuberkulose des Kniegelenks ähnlich sein, es können sich schwerste Veränderungen der Knochen bilden, von denen die der Tibia mit den mächtigen Verdickungen nach vorn am bekanntesten sind. Es gibt dann noch manche andere Infektionskrankheit, bei der Gelenkentzündung Hinken verursachen kann: Die Osteomyelitis, die Polyarthritis rheumatica, Gelenkerkrankungen bei den akuten Infektionskrankheiten der Kinder, wie Masern und Scharlach, die Grippe, sehr selten auch einmal die Gonorrhoe. Auch der chronisch deformierende Gelenkrheumatismus kommt im Kindesalter vor.

L. Gordon, Berlin.

Praxis.

Nr. 21.

Nr. 22.

Ueber die Therapie des tuberkulösen Blasenkatarrhs mit besonderer Berücksichtigung des Gomenolöls. Neben der allgemeinen Kräftigung des Organismus leisten die Blaseninstillationen mit Gomenolöl gute Dienste lokal. Wo der primäre Herd, event. eine Nierentbc. nicht zu beseitigen ist, hat die Therapie eine zweifache Aufgabe: das Weiterschreiten des Prozesses zu verhindern und die Schmerzen zu lindern. Es gibt auch bei der Behandlung mit Gomenolöl Fälle, die sich entweder nur leicht bessern, bei denen nur die Schmerzen verschwinden oder erleichtert werden, während der anatomische Prozeß stillsteht oder weitergeht. Aber bei einer Reihe von schweren Blasentbc.-Fällen kommt es doch zu einer völligen Restitution. Gomenolöl wird am besten 10 bis 20% in wäßriger Lösung lokal appliziert.

Nr. 23.

Ueber einige Sitten und Gebräuche der Nubier. Beschreibung der schrecklichen Hochzeitssitten, Beschneidung der 3—4 jährigen

Mädchen, Heirat, Geburt und Totengebräuche in Nubien an Hand der Schilderung des kurzen Lebenslaufes eines Nubiers.

Nr. 24.

Ueber Flour genitalis. P. Hüssy.
Offene Antwort an Dr. Thomas. v. Dr. F. Neumann.
* Ueber die pharmakotherapeutische Bedeutung der Hefe. W. Fischer.

Ueber die pharmakotherapeutische Bedeutung der Hefe. Frische Hefe besitzt eine bakterizide Kraft bei Strepto- und Staphylomykosen, namentlich bei den letzteren. Die Hefe kann eine gute therapeutische Wirkung bei Magen-, Darmkrankheiten, namentlich bei hartnäckiger Obstipation entwickeln. Die Hauptwirkung der Hefe ist in ihrer Anregung gewisser vitaler Zellfunktionen zu suchen.

Nr. 25.

* Ueber Fluor genitalis. P. Hüssy.
Vereinigung der lateinischen medizinischen Presse.
* Ueber eine neue Hyperthermietherapie: Die Paraffinotherapie. C. Tissot.

Ueber Fluor genitalis. Es wird ausführlich gezeigt, wie kompliziert das Gebiet ist, was für Fragen und Fragenkomplexe sich erheben. Nirgends wie hier kommt es darauf an, den ganzen Körper zu untersuchen und zu behandeln. Ist nach einer eingehenden Untersuchung die Aetiologie klargelegt, so ist die Therapie sehr einfach und führt meist zu guten Resultaten: Der Verfasser ist Anhänger der von Zweifel eingeführten Therapie mit Aetzmitteln usw.

Ueber eine neue Hyperthermietherapie: Die Paraffinotherapie. Empfehlung eines neuen Mittels, A m b r i n genannt. Bestehend aus Paraffinöl und Harz, mit welchem man Umschläge von 50—70° C. machen kann. Die Haut wird dabei kaum rosa, Verbrennungen gibt es nicht. Die Indikationen umfassen die Krankheiten, welche das tägliche Brot des Arztes ausmachen sollen: Entzündungen, Schmerzen, Gicht, Rheuma, Lumbago, Ischias, Neuralgien, Neuritiden, Gelenkaffektionen, Gallenblasenerkrankungen, Schmerzen der Blase, Niere, Urethra, Lymphadenitiden, Pleuritiden, Peritonitiden. Auffallend günstig wirken sie auch auf schmerzhafte Hyperchlorhydrie des Magens, ausgezeichnet ebenfalls bei Wunden, Verbrennungen usw. kurz, eine wahre Panacee!

Nr. 26.

Die Prognose der Säuglingstuberkulose. Uebersichtsreferat.
Vereinigung der lateinischen medizinischen Presse.
Das Antirachitisvitamin. Uebersichtsreferat.

Nr. 27.

Das Antirachitisvitamin. Uebersichtsreferat.
Vereinigung der lateinischen medizinischen Presse.
Transkutan-Badetherapie. Karl Lepehne.

Nr. 28.

Die Geheimsphäre des Arztes.
Rückblicke und Gegenwart. Briefe des alten an den jungen Kollegen.

Nr. 29.

Die Behandlung der Tuberkulose mit Gamelan: Sammelreferat. A. Dutoit.
Rückblicke und Gegenwart. Briefe.
* Die neueste Krebstheorie. Dr. Bonjour.

Die neueste Krebstheorie. Dr. L a k h o v s k y in Paris hat eine neue Theorie des Lebens aufgestellt: Jeder Zellkern ist ein Mikroapparat für drahtlose Telegraphie. Je nach der Frequenz der Schwingungen besteht normale oder erhöhte Temperatur. Der Krebs ensteht dadurch, daß sich durch den langsamen Blutabbau Metalle im alten Körper anhäufen. Diese Metalle verändern natürlich die Widerstände, die Schwingungen der Mikroapparaturen werden sekundär verändert, das bösartige Wachstum tritt auf. Bei Pflanzen hat der Autor Bakterientumoren (auf Geranien) erzeugt, und mit einem neuen Apparat bestrahlt. Dieser Apparat strahlt Wellen von ca. 1 bis 2 m Länge aus und schwingt 150 000 000 mal in der Sekunde. Diese Wellen stellen das Gleichgewicht im Organismus wieder her, sie sind weit weniger gefährlich als Röntgenstrahlen. Pflanzentumoren fallen ab. Die Pflanzen erholen sich auffallend gut nach der Behandlung, während sie ohne Bestrahlung zugrunde gehen. Die kritischen Strahlen finden sich natürlicherweise im All, sie lassen sich durch einen einfachen Kupferspiegel, der als Oszillationsfläche dient, auffangen. Die positiven Experimente des Autors und seine positiven Behauptungen lassen vorläufig jede negative Kritik aus Anstand stillschweigen.

Nr. 30.

Die Rheumatismen und ihre Behandlung in den Bädern von Lavey.

H o t t i n g e r, Basel.

Reichsgesundheitsblatt.

2. Jahrgang, Nr. 37, 14. September 1927.

* Bemerkungen zu § 21 des neuen Lebensmittelgesetzes vom 5. Juli 1927. H. höfer.

Bemerkungen zu § 21 des neuen Lebensmittelgesetzes 5. Juli 1927. § 21 regelt die Verteilung der Geldstrafen, welche d Bestrafung den Nahrungsmittelfälscher angehen. Die Erörterun welche nur den kleinsten Kreis von Fachleuten interessieren kön sind im Original nachzulesen.

Dr. M i c h a e l i s, Bitterfel

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

24. Jahrgang, Nr. 18, 15. September 1927.

Eingriffe am Zentralnervensystem zu diagnostischen Zwecken. Neisser.
* Arthropathia deformans endocrina. A. Zimmer.
* Ueber Obstipation. C. R. Schlayer.
Ueber viszerale Lues. Bingel.

Arthropathia deformans endocrina. Obwohl die chronischen lenkerkrankungen uns täglich beschäftigen, hat man sich noch n klar gemacht, welch bedeutende Rolle sie unter den Krankheitsbild spielen. Sie machen sowohl in der Diagnose wie in der Behandl Schwierigkeiten, und so kommt es, daß viele dieser Kranken z Kurpfuscher laufen. Es ist dies immer der Fall, wenn Aerzte s nicht genügend mit einer Krankheit beschäftigen. Es muß daher Forschung auf diesem Gebiet gefördert werden und das Wichtig bleibt das Bestreben, durch frühzeitige Erkennung ein Gelenk der Zerstörung zu bewahren. Die Diagnostik ist deshalb so schw weil es viele Möglichkeiten gibt, die ein Gelenk schädigen, v ferner mehrere Ursachen zusammen wirken und weil die klinisch Erscheinungen für die Aetiologie nichts Charakteristisches biet Wahrscheinlich liegen viele allgemeine Störungen im Organismus v die an dem sehr empfindlichen Organ krankhafte Erscheinungen h vorrufen. Gelenkerkrankungen, die wir nicht auf die bekann Ursachen (Tuberkulose, Lues, Gonorrhöe, Tabes, akuten Gelenkrh matismus u. a.) zurückführen können, machen die größten Schw rigkeiten. Am wichtigsten zu nennen ist der chronische Gele rheumatismus und die Arthritis deformans. Aetiologisch kommt Frage die chronische Infektion und die Konstitution. Falsch ist entzündlich und nichtentzündlich mit infektiös und nichtinfekt gleichzusetzen. Die Frage, welche Form der Gelenkleiden den A am meisten beschäftigen, ist schwer zu beantworten. Die Form der infektiösen Gelenkerkrankungen sind nach Ansicht des Verf. der Minderzahl. Bei stationärer Behandlung trifft man sie häufig weil diese Kranken mehr auf fremde Hilfe angewiesen sind andere. Die Ursachen der nichtinfektiösen Formen sind oft kaum erforschen. Ein leichtes Trauma, falsche Belastung, Stoffwechs störungen sind hier zu erwähnen. Jedoch gelingt es, bei einem T konstitutioneller Minderwertigkeit Störungen im endokrinen Syst festzustellen. In den letzten Jahren ist ein Krankheitsbild beschrieb worden, das in mancher Beziehung dem sogenannten chronischen G lenkrheumatismus ähnelt. Es befällt die kleinen Gelenke, der S ist die Gelenkkapsel, sekundär wird Knorpel und Knochen geschädi sie tritt nur bei Frauen auf und zeigt Beziehungen zur Eierstock tätigkeit. Ovarienpräparate führen zur Besserung. Man hat dies Krankheitsbild mit der Arthropathia ovaripriva verglichen; es gehö jedoch klinisch nicht zu ihr. Dieses beginnt nicht in den kleinen G lenken, sondern im Knie- und Schultergelenk, ist symmetrisch u ähnelt der beginnenden Arthritis deformans. Verf. beobachtete nu daß unter den Arthritikern sehr viel fettsüchtige Frauen waren, mei in der Nähe des Klimakteriums, bei denen es sich sicher um ei endogene Fettsucht handelte. Verf. beschreibt ausführlich das Kran heitsbild, bei dem auch Zeichen von Bindegewebsschwäche (Plat fuß, Krampfadern) festzustellen sind. Psychisch machen diese Krank im Gegensatz zu den sonst Fettsüchtigen eher einen lebhaften a einen phlegmatischen Eindruck. Die ersten Beschwerden treten i Kniegelenk auf, wo sich im Beginn ein feinkörniges Reiben zeig die Bewegungen sind sehr schmerzhaft. Es findet sich oft ein Mi verhältnis zwischen den starken Beschwerden und dem geringen B fund. Die Behandlung bestand früher in einer Reiztherapie und ph sikalischen Maßnahmen, mit denen gute Resultate erzielt wurden. letzter Zeit wurde nun damit begonnen, die Kranken systematisch z entfetten, wobei jede andere Therapie unterblieb. Die Entfettun wurde unter genauer Kontrolle des Grundumsatzes und der spez fisch-dynamischen Wirkung durchgeführt, als Präparat wurde da Inkretan verwandt. Es wurden Gewichtsabnahmen bis zu 30 un 40 Pfd. erzielt. Es ergab sich nun das überraschende Resultat, da die Kranken zwar auffallend günstig bezüglich der Gelenkbeschwer

n beeinflußt wurden, daß diese aber viel schneller zurückgingen, es die Gewichtsabnahme hätte verursachen können. Auch ohne it; nur mit Inkretanbehandlung, wurden die Beschwerden besser, daß man sagen kann, daß die Gelenkstörung und die Fettsucht ide auf einer innersekretorischen Störung entstanden sind. Man n daher die Krankheit mit Recht als Athropathia deformans endona bezeichnen. Man darf jedoch nicht jede Fettsucht und nicht e Gelenkerkrankung bei Fettsüchtigen als endogen annehmen. monartikuläre Form spricht immer dagegen, auch können umen eine Rolle spielen, da Fettsüchtige leichter fallen als andere. ferentialdiagnostisch wird noch auf Plattfußbeschwerden sowie iegelenksbeschwerden bei Krampfaderbildungen hingewiesen. Get es nicht, mit der Inkretanbehandlung Erfolg zu erzielen, so ß eine vorsichtige Reizbehandlung eingeschoben werden.

Ueber Obstipation. Kranke mit chronischer Verstopfung sind ts Psycho- oder Neuropathen, selbst, wo andere Ursachen eine wirkende Rolle spielen. Ferner zeigt das Röntgenbild, daß erst im lon ascendens und in den tiefer liegenden Abschnitten der Stillnd der Darmtätigkeit eintritt. Schließlich besteht bei diesen nken nicht nur eine dauernde Atonie, sondern auch Spasmen, zu en sich erhöhte Peristaltik gesellen kann. So erklärt sich der chsel zwischen Verstopfung und Durchfällen. Es handelt sich bei sen Kranken also um eine Aenderung des normalen Ablaufes der egung der Darmtätigkeit. Die Innervation gerät dadurch in den ttelpunkt des Interesses und erklärt, warum gerade Neuropathen fig obstipiert sind. Es ist jedoch nicht möglich, zwei Typen, näm- die hypertonische infolge Vagushypertonie und die atonische lge Sympathikushypertonie, zu trennen, da stets Uebergänge vorden sind. Daß Verstopfungen psychisch bedingt sein können, ist her anzunehmen. Durch Reizunterdrückung kommt es zu einer öhung des Schwellenreizes und damit zu schwererer Darmentrung. Auch inkretorische Ursachen gehören hierher, daher Verpfung bei fetten klimakterischen Frauen. Ein sehr wichtiges ment ist zu schlackenlose Nahrung von Jugend an. Ein großer il ist schließlich lokal bedingt, solche, die mit Herabsetzung der izbarkeit verbunden sind, sind selten. Bei manchen Patienten det man einen sehr schlaffen Sphinkter, besonders bei Frauen mit nitalschwarten. Viel häufiger ist die erhöhte Reizbarkeit des rmes, die bei entzündlichen Erkrankungen der Bauchhöhle sowie Genitalerkrankungen beobachtet wird. Zwei Fragen, die theratisch von Wichtigkeit sind, sind stets zu stellen: 1. ist die Verpfung zentral, endokrin oder lokal bedingt? 2. ist der Darm erhöht zbar oder nicht. Die Hauptgrundsätze der Therapie beruhen auf, daß man die Ursache ermittelt und dadurch den Boden für Umstellung vorbereitet. Während der übermäßig reizbare Darm uhigt und langsam geübt werden muß, muß der nicht reizbare rm durch steigende Reize trainiert werden. Ein wichtiges Hilfstel ist die leichte Hypnose, die selbst da hilft, wo das psychische ment nur einen Faktor darstellt. Das Hormonal ist durch Durchchung der psychischen Einstellung oft von Wert. Bei endokrinen rungen empfehlen sich kleine Dosen Thyreoidin. Der durch bak und Kaffee verwöhnte Darm ist durch Pausen wieder reizpfindlich zu machen. Bei lokal bedingten Formen muß man die sache beseitigen. Bei der reinen Behandlung der Obstipation mmt es nun darauf an, die Reizbarkeit zu dämpfen und die Unteregbarkeit zu schulen. Von größter Wichtigkeit ist die Nahrung, allerdings einen einwandfreien Magen bei Verwendung von lackenkost erfordert. Bei zarten Menschen muß man vorsichtig d allmählich steigern, umgekehrt muß man bei reizbaren Fällen e Schonkost einführen. Neben der Diät gibt es noch eine Reihe ttel, die als Gleit- und Schiebemedikamente wirken. Atropin mmt bei den Reizformen ebenfalls in Frage. Die Körperbewegung rd vom Laien überschätzt. Die Einläufe sind bei reizbaren Formen vorübergehend anzuwenden, bei den nicht reizbaren dienen sie Schulungsmittel. Von den Kuren in den Bädern hält Verf. nur ofern etwas, als eine Erziehung des Patienten und seines Darmes mit verbunden ist.

Kosminski, Berlin.

Zeitschrift für Medizinalbeamten und Krankenhausärzte.

Jahrgang 40/41, Nr. 18, 15. September 1927.

Schulkinderuntersuchungen. Derselbe ärztliche Untersucher hat 12 bis 1926 etwa 7000 Volksschulkinder regelmäßig untersucht. Er det eine deutliche Aufbesserung des Kräftezustandes bei der Einulung und Schulentlassung. Dagegen gibt die Häufung von ankheitszeichen bei einer großen Gruppe von Kindern keine Behtigung zu einer optimistischen Auffassung über den allgemeinen Gesundheitszustand des Nachwuchses überhaupt. Die Ursachen dieser meist konstitutionellen Mängel in physischer und psychischer Hinsicht beruhen einerseits auf Domestikationsschäden der Stadt, andererseits auf einer durch besondere Umstände gehemmten körperlichen Ertüchtigung in den Schulen. Die Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge können keinen durchgreifenden Erfolg haben; vielmehr wird eine durchgreifende Verbesserung allein von einer Beseitigung der Wohnungsnot und von einer wohlgeordneten körperlichen Erziehung im Rahmen des Schulunterrichts erwartet.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

Die Volksernährung.

2. Jahrgang, Heft 18, 20. September 1927.

Die Bedeutung der Mineralwässer. Unter einem Mineralwasser versteht man ein Heilwasser, welches sich von gewöhnlichem Brunnen- oder Quellwasser dadurch unterscheidet, daß es entweder einen hohen Gehalt an im Wasser gelösten, festen oder gasförmigen Stoffen oder einen entsprechenden Gehalt an seltener vorkommenden Stoffen mit gewissem Heilwert besitzt. Man unterscheidet alkalische Quellen, alkalische Säuerlinge, salinische Mineralwässer (schwefelsaure Alkalien, hauptsächlich Glaubersalz), erdige Quellen (Kalzium- und Magnesiumsalze) und die sogenannten alkalisch-muriatischen Wässer. Letzere zeigen die Merkmale einer alkalischen Quelle und außerdem eine solche Menge Kochsalz, daß dieses bei der Beurteilung der Gesamtwirkung in den Vordergrund tritt. — Durch Zufuhr geeigneter Mineralwässer ist eine weitgehende Aenderung des Salzbestandteils im Magendarmkanal möglich und eine Aenderung des Gehaltes an Wasserstoff-Ionen. Zusammen mit der Ernährungs- und übrigen Lebensweise bilden die Quellenbestandteile eine Summe von wirksamen Faktoren, deren Bedeutung sich zwar im allgemeinen begreifen, im bestimmten Falle aber nicht immer zergliedern läßt. In diesem Sinne kommt den Mineralwässern eine hygienische Bedeutung zu für den einzelnen, der Erfrischung und Genesung sucht, und infolgedessen auch für die Volksgesundheit.

Rudolf Katz, Berlin.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.

66., Heft 1, September 1927.

Wortblindheit — Notenblindheit. 65jähriger Kaufmann mit reiner Wortblindheit mit erhaltenem geläufigem Schreiben bei schwerer literaler Alexie, mit beträchtlicher Ziffernblindheit und Notenblindheit, mit Störung der Orientierung am eigenen Körper und rindenepileptischen Anfällen, deren Aura im rechten Daumen begann. Verf. nimmt einen dorsalen parieto-okzipitalen apoplektischen Herd, der dem Gefäßgebiet der Arteria cerebri media angehört, an.

„Symptomatische" Narkolepsie. 32jährige Frau. Mutter litt an Epilepsie, Pat. selbst an vasomotorischen Anfällen bzw. Migräne bis zum Auftreten der Regel. Die narkoleptischen Anfälle traten — nach Entfernung des einen Ovariums — parallel mit endokrinen Störungen (Bartwuchs) und angiospastischen Anfällen in den Extremitäten auf, sie waren experimentell (durch Gehörs- und Geruchsreize, Schreck und Afenil) auslösbar, traten meist nach Erregung auf; vor dem Anfall bestand Schwindel, gelegentlich Erbrechen. Anfangs nicht erweckbar. Tonusverlust kurz vor und während der 1—2 Minuten des Anfalls. Auffallender Atemtypus (schnarchend, oberflächlich). Amnesie. Luminal erfolglos. — Eine prinzipielle Trennung zwischen Narkolepsie und Epilepsie läßt sich klinisch nicht durchführen. „Die genuine Narkolepsie stellt gleichfalls nur eine Variante eines Syndroms dar, welches wahrscheinlich durch die Störung der ‚im Gebiet der hinteren Wand des dritten Ventrikels und dem anstoßenden Grau der Interpedunkular-Gegend des Aquäduktus und der Haube gelegenen Zentren' bzw. Mechanismen bedingt wird."

Körperbau bei Krampfkranken. Bei der Epilepsie liegt eine hervorragende Beteiligung des athletischen Körperbautypus vor. Ferner ergibt sich eine so starke Beteiligung des dysplastischen Körperbautypus bei der Epilepsie wie bei keiner anderen Spezies von Geisteskranken oder Gesunden. Die Kombination der Epilepsie mit angeborenen oder erworbenen Schwachsinnsformen führt zu einer Häufung dysplastischer — und degenerativer — Symptome. Im Gegensatz zu allen anderen — speziell auch zu eigenen Körperbauuntersuchungen an Paralytischen — Gruppen von untersuchten Kranken und Gesunden läßt sich eine auffallend spärliche Beteiligung des pyknischen Typus an der Epilepsie feststellen.

Kurt Mendel, Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

205., 3./6. Heft.

Karzinom und Trauma in der Unfallbegutachtung. Die bisher allgemein geltenden, von Thiem aufgestellten Vorbedingungen für die Anerkennung eines aus den Unfallfolgen resultierenden Tumors sind folgende: 1. Der Unfall muß durch eine Gewalteinwirkung entstehen. 2. Die Gewalteinwirkung muß eine erhebliche sein. 3. Sofort nach der Gewalteinwirkung müssen sichtbare Zeichen der Verletzung auftreten. 4. Die Gewächsbildung muß nach einer örtlichen Schädigung am Orte der Verletzung vor sich gehen. 5. Zwischen Unfall und Inerscheinungtreten der Geschwulst muß eine bestimmte Zeitspanne liegen. 6. Die Verschlimmerung der Geschwülste durch traumatische Einflüsse muß in kürzerer Zeit erfolgen. Nach kurzer Erörterung der bekannten Theorien der Krebsentstehung nimmt Verf. zunächst zu der Frage Stellung, ob ein einmaliges Trauma wohl imstande ist, eine Geschwulst hervorzurufen. Auf Grund der unendlich vielen Erfahrungen, die wir bei Kriegsverletzungen und bei Operationswunden gemacht haben, nach denen niemals das Auftreten einer bösartigen Geschwulst beobachtet wurde, glaubt er diese Frage verneinen zu müssen. Anders dagegen verhalten sich wiederholte äußere Reize und langwierige Entzündungen, die nach Ansicht des Verf. äußere Ursache für später sich entwickelnde Tumoren abgeben können. Bei der ganzen Beurteilung in der Frage Karzinom und Trauma glaubt Verf., sich nicht an allgemeine Richtlinien halten zu können, sondern von Fall zu Fall eine Entscheidung treffen zu müssen.

Ueber Fernwirkung bei der Entzündungsbestrahlung. Im Gefolge einer Bestrahlung treten im Organismus Umstimmungen auf, die den Entzündungsvorgang zu beeinflussen imstande sind. Diese Umstimmungen müssen derartiger Natur sein, daß sie auch an Stellen ihre Wirkung ausüben können, die nicht direkt von den Strahlen getroffen worden sind. Es kann heutzutage nicht mehr bezweifelt werden, daß im Anschluß an Bestrahlungen bei Entzündungen allgemeine Wirkungen auftreten, die noch nicht völlig erklärt werden können.

Die Resultate der chirurgischen Behandlung bei Trigeminusneuralgie. Verf. behandelt das Material an Trigeminusneuralgien der chirurgischen Klinik zu Leiden. Mit Röntgenstrahlen wurde kein der Fälle völlig geheilt. Bei sämtlichen Patienten traten Rezidi auf, die dann durch Ganglionexstirpation oder nach Ganglioninjekti völlig geheilt werden konnten. Bei den Alkoholeinspritzungen wurd bei peripherer Injektion in den meisten Fällen ebenfalls Rezidive b obachtet, während bei Ganglioninjektionen zwei Fälle dauernd g heilt werden konnten. Von 18 Fällen, die mit Neurexairese behand wurden, ist nur ein Patient geheilt geblieben. Drei Fälle wurden m Durchschneidung des N. mandibularis an der Schädelbasis behande Sämtliche drei Fälle bekamen Rezidive. Die intrakraniellen Oper tionen werden in die Wurzeldurchschneidung und die Ganglionexst pation eingeteilt. In fünf Fällen wurde die Wurzeldurchschneidung a geführt und 31mal die Ganglionexstirpation. Von den fünf Fäll der Wurzeldurchschneidung konnte in zwei Fällen die Dauerheilu erzielt werden, während in den übrigen Fällen Rezidive auftrat Bei den Fällen von Ganglionexstirpation ist nie ein Rezidiv aufg treten. Verf. kommt bei der Vergleichung der einzelnen Behandlung methoden der Trigeminusneuralgie zu dem Schlusse, daß die Ganglio exstirpation weitaus die besten Chancen für eine Dauerheilung d Trigeminusneuralgie gibt. Die Mortalität bei den intrakraniellen Op rationen betrug 5,6%. In leichten Fällen von Trigeminusneuralg kann selbstverständlich die Neurexairese oder Alkoholeinspritzu versucht werden. Die Ganglionexstirpation kommt erst für Rezidi und bei besonders schweren Fällen in Anwendung.

Die Veränderungen am Schädelskelett bei der Neurofibromatos Verfasser beobachtete bei Fällen von Neurofibromatosis Recklin hausen, die mit elephantiastischer Bildung des Gesichtes einherginge bestimmte Knochenveränderungen am Schädelskelett. Es wurd Asymmetrie, Verdünnung und Verschmälerung der einzelnen Knoch mit Defektbildung sowie Kalkarmut, in selteneren Fällen Hype trophie und vermehrte Kalkablagerung gefunden. Diese Veränd rungen konnten nicht nur am Kopfskelett, sondern auch an der Hir basis festgestellt werden. Die Veränderungen, die an dem Türke sattel festgestellt werden konnten, haben nichts mit einer Vergröß rung der Hypophyse zu tun.

Ueber Milzverwundungen. Die Milzverletzungen müssen chiru gisch behandelt werden. Nach einer Sammelstatistik Schaefers bli von 58 nicht operierten Milzverletzten nur einer am Leben. Z Freilegung der Milz schlägt Verf. den linken Rippenrandschnitt v Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird man zu entscheiden habe welchen Eingriff man auszuführen hat. Bei großen Milzen n weicher, geschwollener Pulpa wird die Milznaht niemals halten. solchen Fällen kommt nur die Exstirpation nach guter Versorgu des Milzhilus in Frage. Bei Milzen, die viel Bindegewebe enthalte besonders bei Formen, bei denen eine Perisplenitis productiva vo liegt, kann die Milznaht versucht und mit gutem Erfolge ausgefüh werden. Die Milznähte halten besonders gut, wenn man auf d Milzverletzungen Netz zur Deckung herangezogen hat und dassell auf die Verletzungen aufnäht.

Archiv für Frauenkunde und Konstitutionsforschung.

13., Heft 3 u. 4, August 1927.

Der Weg der operativen Geburtshilfe in bevölkerungspolitisch Beleuchtung. Die abdominale Entbindung zeigt schon heute im kl nischen Betriebe eine mütterliche Mortalität von 1,3% und eine kin liche Mortalität von 1%, also Mortalitätsziffern, welche von keine vaginalen Operationsverfahren, weder in einer Klinik, noch im stat stischen Landesdurchschnitt, erreicht werden. Diese Resultate wurde erreicht, obwohl die Kaiserschnittentbindung heute noch mit alle denjenigen Mängeln belastet ist, welche ihre Resultate ungünstig z beeinflussen pflegen: innere Untersuchungen, vaginale Entbindung versuche außerhalb der Klinik, Tamponaden, lange dauernde, ve schleppte Blutungen, Verletzungen, Infektionen usw. — Die operati Geburtshilfe hat infolgedessen jetzt die Aufgabe, ihre Methodik s auszugestalten, daß ihr von nun ab souveränes Operationsverfahre

e abdominale Schnittentbindung, in jedem Falle, in welchem die otwendigkeit operativer Entbindung vorliegt oder eintritt und die eburt des vorangehenden Kindesteiles noch nicht bis Beckenmitte orgeschritten ist, lebenssicher durchgeführt werden kann. Das Tesen dieser Neugestaltung kann nur der Verzicht auf jede innere ntersuchung und auf jede häusliche Operation sein. Die perative Geburtshilfe ist Sache der Klinik. Dann erst ist die abdoinale Schnittentbindung imstande, die operative Geburtshilfe aus der ırzehntelangen Stagnation, in welche sie durch Festhalten an den ginalen Operationsverfahren geraten ist, herauszuführen und den rößten Teil der 6000 Mütter und 90 000 Kinder zu retten, welche ute noch jährlich der Geburt zum Opfer fallen. — Verf. ist sich r Tragweite und der Verantwortung seiner Feststellungen und iner Zielsetzung sehr wohl bewußt, er hat jedoch aus der Ueberhau der geburtshilflichen Leistungen die Ueberzeugung gewonnen, ß die operative Geburtshilfe den von ihm vorgezeichneten Weg hen muß, wenn sie ihren Beruf erfüllen will, Mutter und Kind aus n Nöten der Geburt zu retten.

Ueber weiblichen hochwüchsigen Eunuchoidismus. Weibliche Euchoide sind sehr selten. Die Fälle von weiblichem Eunuchoidismus, e bisher beschrieben wurden, sind teilweise dem Infantilismus zurechnen, wenn sie auch sämtlich einige Merkmale des Eunuchoidisus aufweisen. — Verf. beschreibt eine Patientin, die alle Merkmale s primären, hochwüchsigen Eunuchoidismus zeigt, insbesondere eine ffallende Disproportion des Skeletts, Genitalhypoplasie und nenorrhoe, äußerst spärliche Behaarung in den Achselhöhlen und n mons Veneris, sowie eine im weißen Blutbilde sich findende onozytose, wie sie für den Eunuchoidismus charakteristisch sein ll. Irgend welche Züge des Infantilismus fehlten, insbesondere beglich der Körperform, der Größe, der Fettverteilung, der Hautbehaffenheit, usw., auch psychisch zeigte die Kranke keine infantilen ige, was besonders hervorgehoben zu werden verdient. Für sonstige örungen, die als pluriglanduläre Dysfunktion zu deuten wären, gibt sich weder klinisch noch anatomisch ein Anhaltspunkt, so daß r Eunuchoidismus dieses Falles durchaus als primär zu beichnen ist.

Beiträge zur Statistik der Totgeburten. Verf. gibt einen Beitrag der Frage der Sterblichkeit der Kinder, die schon vor, während ler einige Tage nach der Geburt sterben und stellt Vergleiche ı über die Zahl der Totgeburten an Hand verschiedener Statistiken ropäischer Gebäranstalten mit solchen von Cordoba (Argentinien). e Gesamtzahl der Totgeburten (berechnet auf die Gesamtzahl der eburten) beträgt 8,10% in Berlin, 7,60% in Paris, 7,56% in Erlangen ıd 9,77% in Cordoba. — Nach Ansicht des Verfassers kommen im esentlichen zwei Faktoren für die hohen Zahlen von Totgeburten Frage. 1. Die Syphilis, die z. B. in Cordoba allein 50% der Totburten bedingt, 2. schlechte, nicht sachkundige Geburtshilfe im ause der Armen, die meist zu spät ärztliche Hilfe in Anspruch hmen. — Eine Besserung ist nur dann zu erwarten, wenn die Beölkerung weitestgehend belehrt wird, wenn alle syphilitisch Kranken ıch Möglichkeit erfaßt und behandelt werden, die Schwangerschaftsratung ausgebaut und schließlich das Kurpfuschertum auf dem Geete der Geschlechtskrankheiten und der Geburtshilfe aufs schärfste kämpft wird.

Die Menstruation in der jüdischen Medizin. Menstruierte eine rau normal, d. h. dauerte die Blutung nur sieben Tage und fing erst päter als 17 Tage nach Aufhören der letzten wieder an, so traten r sie die bekannten Gesetze in Kraft, wonach sie sieben Tage lang m Stand der Unreinigkeit" ist, und wonach jeder, der mit ihr in erührung kommt, „unrein" bis zum Abend bleibt und seine Kleider aschen muß und sich baden. Sie sank also etwa ein Viertel ihres ebens auf eine Stufe mit Kranken und Aussätzigen und wurde ährend dieser Zeit von ihrem Mann und allen Angehörigen ängstlich emieden. Erst das „Reinigungsbad" erhob sie wieder zur gleichertigen Genossin des Mannes. Die unglückseligen Frauen aber, die ı anormal häufigen Blutungen litten, mußten zu ihrem körperlichen eid noch die Verdammnis tragen, ein ganzes Leben lang unrein zu ein.

Rudolf Katz, Berlin.

Dermatologische Zeitschrift.

51., H. 1, September 1927.

Ueber Versuche, das Lama mit Syphilis zu infizieren. Die Autoren hatten schon früher berichtet, daß Nachprüfungen der aus Argentinien berichteten positiven Impferfolge ein durchaus negatives Ergebnis gehabt hatten. Weitere Versuche bestätigten die absolute Unempfänglichkeit des Lamas für menschliche und Kaninchen-Syphilis. Es kann daher auch keine Rede davon sein, vom Lama ein gegen Syphilis wirksames Serum zu erhalten, wie überhaupt zur Zeit jede Serumtherapie der Syphilis abzulehnen ist.

Beitrag zur sog. Spirochaetosis arthritica (Reiter). Es handelt sich um ein eigenartiges Krankheitsbild, bei dem eine Trias von Urethritis, Konjunktivitis und Arthritis besteht. Die Erscheinungen an Harnröhre und Konjunktiva sind stark entzündlicher Natur mit Eiter, in dem niemals Gonokokken gefunden wurden. Die Arthritis betrifft stets mehrere Gelenke, meist der unteren Extremitäten. In dem ersten von Reiter beschriebenen Falle wurde aus dem Blute eine Spirochäte gezüchtet, die als Erreger der Krankheit angesehen wurde; doch konnte der Befund in den weiteren Fällen nicht bestätigt werden.

Experimentelles und Klinisches über Krampfaderverödung. Histologische Untersuchungen ergaben, daß die Verödung bei Kochsalzoder Traubenzuckereinspritzungen durch eine Endophlebitis obliterans und eine sekundäre Thrombosierung erreicht wird. Diese Thromben werden von dem Trabekelwerk der gewucherten Intima festgehalten, so daß eine Emboliegefahr nicht besteht. Die Kochsalzlösungen scheinen rascher und intensiver zu wirken; das als „Varicophtin" bezeichnete Präparat hat sich gut bewährt.

Ernst Levin, Berlin.

Zahnärztliche Rundschau.

Nr. 38, 18. September 1927.

Gebißuntersuchungen an Eunuchoiden. Durch Untersuchungen an sechs Eunuchoiden kommt Verfasser zu einer Bestätigung der Angaben von Biedl, Kranz u. a. Nach Biedl ist der Schädel des Eunuchen auffallend klein und kennzeichnet sich vor allem durch die mächtige Entwicklung des Kiefergelenkes. Strukturveränderungen der Zähne werden nicht beobachtet, der Kieferapparat ist aber in allen Fällen außerordentlich entwickelt. Die Beobachtungen von Kranz, der an Kastratenschädeln überwiegend hohen Gaumen festgestellt hat, kann der Verfasser nicht bestätigen.

Karzinom des Oberkiefers. Beschreibung eines Falles, in dem auf dem oberen Kieferkamme, unter einer gutsitzenden Kautschukprothese, eine 2 bis 3 mm breite klaffende Wunde mit verdickten Rändern auftrat. In der Tiefe der Wunde befand sich eine graue, speckige Masse. Die Wunde trotzte jeglicher Behandlung. Interessant ist, daß weder der Zahnarzt, noch der zugezogene Chirurg, Nasenarzt und endlich auch Augenarzt die Affektion richtig einschätzte. Erst nach fünf Monaten wurde die Diagnose gestellt. Der Verfasser kommt zu dem Schlusse, daß man bei allen sich nicht schnell klärenden Fällen an eine bösartige Geschwulst denken muß.

L. Gordon.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift.

Nr. 19, 23. September 1927.

L. Gordon.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 38, 17. September 1927.

Der Schutz des ärztlichen Berufsgeheimnisses im Entwurf zu einer Strafprozeßordnung für den Kanton Basel-Stadt. R. Stähelin.
Variationen im Grundstoffwechsel bei Otospongiose. E. Curchor.

Die Behandung der peripheren Lähmungen. Die erfolgreiche Behandlung und Nachbehandlung schwerer peripherer Lähmungen und kompletter elektrischer Entartungsreaktion und degenerativer Muskelatrophie setzt eine gründliche Kenntnis der speziellen und allgemeinen neurologischen Diagnostik, namentlich auch der Elektrodiagnostik, sowie der Elektrotherapie voraus. Die genaue diagnostische Abklärung eines Falles von peripherer Lähmung nach allen Richtungen, d. h. sowohl in ätiologischer Beziehung als in topischer, quantitativer und qualitativer Hinsicht ist die Voraussetzung, ohne welche weder eine richtige Indikationsstellung für evtl. chirurgische Hilfe, noch — in schweren Fällen — eine erfolgreiche, d. h. optimale Garantien bietende konservative Behandlung möglich ist. Es sollten daher grundsätzlich alle peripheren Lähmungen wenigstens zu Anfang einem kompetenten, in Elektrodiagnostik und -Therapie geschulten Arzte zur diagnostischen Abklärung und Indikationsstellung zugewiesen werden. Schwere Fälle mit kompletter EaR und degenerativer Muskelatrophie sind ausschließlich von solchen kompetenten Aerzten zu behandeln, bzw. nach erfolgter Operation und chirurgischer Heilung nachzubehandeln.

Held.

Schweizerische Zeitschrift für Unfallkunde.

Nr. 6, 1927.

* Peritonitis tuberculosa und Unfall. F. Zollinger Arau.
* Grundsätzliche Entscheidungen des EV.

Peritonitis tuberculosa und Unfall. 1. Die tuberhulöse Peritonitis stellt gewöhnlich eine sekundäre oder tertiäre Metastase einer Tuberkulose dar, die primäre Form ist höchst selten. Sie kann längere Zeit ohne charakteristische Symptome verlaufen und ohne daß die Arbeitsfähigkeit herabgesetzt wird. Sie zeigt besonders in den Anfangsstadien häufig Remissionen. 2. Eine traumatische Entstehung der Erkrankung ist bisher nicht bewiesen, das Trauma kann höchstens auf den Ursprungsherd schädigend einwirken und eine Mobilisierung der Bakterien veranlassen. Es handelt sich also meistens eigentlich nur um eine Verschlimmerung der Erkrankung des Ursprungsherdes. 3. Dem Unfall kommt also höchstens die Rolle einer Teilursache zu, dies ist dann der Fall, wenn das Trauma a) geeignet war, den Ursprungsherd anatomisch zu schädigen, b) erheblicher Natur gewesen ist. 4. Bei einer Peritonitis, die auf eine Anstrengung zurückgeführt wird, ist besonders Skepsis in der Beurteilung des Kausalzusammenhanges am Platze, jedenfalls müssen bereits ganz erhebliche Veränderungen in der Bauchhöhle vorhanden sein, z. B. Vernarbungen, Käseherde usw., daß die Innenorgane des Abdomens und des Peritoneums durch eine ohne Willensausschaltung des Betreffenden vor sich gehende Aktion der Bauchmuskulatur geschädigt werden könnten, bei plötzlicher oder inkoordinierter Anspannung der Bauchdecken wäre die Entstehung einer Läsion eher möglich. 5. Eine tuberkulöse Peritonitis mit einer durch ein Trauma gesetzten Schädigung der allgemeinen Immunität in Zusammenhang zu bringen, ist nur dann angängig, wenn es sich um eine offensichtlich abzehrende Erkrankung oder sehr langwierige Eiterung handelte. 6. Am wahrscheinlichsten ist ein Zusammenhang einer tbc. Peritonitis mit einem Unfall, wenn das Trauma nachweisbar Läsionen des Peritoneums setzt und sich im Bereich dieses eine zuerst nur zirkumskripte Peritonitis entwickelt. 7. Treten die ersten Erscheinungen der tbc. Peritonitis erst nach Ablauf der dritten Woche auf, so darf nur dann ein Zusammenhang angenommen werden, wenn deutliche Brückensymptome vorhanden sind. 8. Eine durch ein Trauma bedingte Verschlimmerung einer bereits bestehenden Peritonitis darf nur dann angenommen werden, wenn sie sich innerst spätestens zwei Wochen durch Zeichen eines offensichtlich rascheren Fortschreitens manifestiert, der Patient nicht schon früher ähnliche Perioden durchgemacht hatte und sich die Erkrankung nicht bereits im letztem Stadium befand. 9. Ein Kausalzusammenhang einer tuberkulösen Peritonitis mit einem Unfall darf nur dann angenommen werden, wenn keine näherliegenden Ursachen gefunden werden können.

Grundsätzliche Entscheidungen des EV. Versicherungsneurose abgelehnt, weil nicht auf unrichtige Behandlung durch den Versicherer zurückzuführen, sondern auf unrichtige Einstellung des Versicherten und seiner z. T. ärztlichen Ratgeber.

Nr. 7, 1927.

* Tod durch multiple Wespenstiche. Huguenin Bern.
* Die Behandlung der Aktinomykose mit Radium. Cornioley u. Fischer, Genf.
* Grundsätzliche Entscheidungen des EV.

Tod durch multiple Wespenstiche. Der 50jährige X begab si[ch] im Automobil in den Wald, um Bäume zum Fällen anzuzeichnen. [Er] trat bei einem Baum in ein Wespennest, wurde von den Tieren a[n]gegriffen, flüchtete sich und fiel bei seinen Kameraden tot zu Bod[en]. Die ganze Tragödie spielte sich in etwa 5 Minuten ab. Der Sektion[s]befund ergab: Multiple Insektenstiche (wahrscheinlich von Wespe[n]), allgemeine starke Fettsucht, multiple Ekchymosen der Trache[al]schleimhaut, Herzdilatation speziell des rechten Herzens, fo[rt]geschrittene Verwesung.

Die Behandlung der Aktinomykose mit Radium. Da die Jodka[li]therapie bei Aktinomykose noch immer sehr problematisch ist, b[e]schreiben die Autoren einen Fall von Heilung in äußerst kurzer Z[eit] durch Radium. Ein junger Mann mit Halsphlegmone wurde zir[ka] ½ Jahr mit Kataplasmen und Inzisionen verschiedener Abszesse b[e]handelt, bis die Diagnose auf Aktinomykose gestellt wurde. Dara[uf] intravenöse Injektion von radioaktivem Serum (= Millikuries). D[er] Patient reagierte in der Nacht darauf mit Erbrechen und Schütt[el]frost. Nach 7 Tagen aber war die große Phlegmone restlos ve[r]schwunden.

Grundsätzliche Entscheidungen des E. V. Militärversiche[rung]: Versicherungsneurose, Rheumatismus der untern Wirbe[l]säulengelenke, Lumbago, Nervosität, Rheumatismen in der Lende[n]muskulatur, Rheumatismen in der Oberschenkelmuskulatur us[w.] Während der Zeit vom 3. Oktober bis 29. August 1925 war Patie[nt] 5 mal Militärpatient, hat im ganzen während dieser Zeit höchste[ns] einen Monat gearbeitet. In den späteren Jahren entwickelt sich ei[ne] richtige Neurose. Der Patient erhält für die Dauer seines Kranksei[ns] sein Krankengeld und eine Abfindungssumme. Eine weitere Haf[t]pflicht der MV. wird abgelehnt. Fall einer reinen Begehrung[s]neurose: Leistungen abgelehnt.

Hollinger, Basel.

Wiener medizinische Wochenschrift.

77., Heft 26, 25. Juni 1927.

Die Behandlung der Hypertonie und die Hypertension. Pal.
* Die therapeutische Beeinflussung des retikulo-endothelialen Systems. Saxl.
* Ein Beitrag zur Erklärung der Keimarmut des normalen Mageninhaltes. Bring
* Ueber einen seltenen und diagnostisch interessanten Fall von Exitus kurz po[st] partum. Hochenbichler.
Ueber Brachialgie. Wilder.

Die therapeutische Beeinflussung des retikulo-endotheliale[n] Systems. Dem retikulo-endothelialen System kommt im Organismu[s] zunächst die Wirkung der Phagozytose zu. Fast alle blutfremde[n] Bestandteile werden von diesem System aufgenommen, zunächs[t] gespeichert und dann wieder abgegeben. Auch Bakterien un[d] Toxine, die ins Blut gebracht werden, werden von dem makro[phagen] Apparat abgefangen und hier deponiert. Von dem Ausgan[g] des Kampfes zwischen Bakterien und Zellen des retikulo-endo[thelialen] Systems hängt es ab, ob die Bakterien neuerlich ins Bl[ut] übertreten und zu einer septischen Blutinfektion führen. Die Phago[zytose] der Bakterien und wohl auch der Toxine ist zunächst ei[n] unspezifischer Vorgang, kann aber zu einem spezifischen werde[n]. Das gleiche gilt bezüglich der Hämolyse. Vielfacher Ansicht nac[h] ist das retikulo-endotheliale System der Ort, wo die Antikörper ge[]bildet werden. Durch starke Inanspruchnahme des retikulo-endo[t]helialen Systems (z. B. von Kolloiden, Farbstoffen) tritt ein[e] Reizung des Systems ein. Es erfolgt eine Anschwellung, Abstoßun[g] und Vermehrung der Zellen. Vielfach wurden solche phagozytieren[de] den Zellen im strömenden Blute beobachtet. Das Auftreten de[r] Monozyten, deren Abstammung vom retikulo-endothelialen System von den Histiozyten, als wahrscheinlich gelten muß, im peripherer[n] Blut gilt als Zeichen günstiger Abwehr einer Infektion, ihr Fehlen al[s] Zeichen der gelähmten Tätigkeit des retikulo-endothelialen Systems. Im Verlaufe von Infektionen und Intoxikationen gehen Eiweiß[]abbau und Zellschädigung in und um den aktiven Zellen des retikulo[]endothelialen Systems vor sich; auf diese Weise kommt es gerad[e] in diesen Organen zur parenchymatösen und später zur amyloide[n] Degeneration. Durch Schädigung des retikulo-endothelialen Appa[]rates kommt es zum Schüttelfrost. Bei therapeutischen Eingriffe[n] greift das System zunächst abwehrend ein, dann aber können wir diese Abwehr ausnützend, auf das System einwirken. Die so genannte Blockierungstherapie besteht darin, daß durch eine de[r] eigentlichen Injektion vorangehende intravenöse Einverleibung eine[s] entsprechenden Stoffes das retikulo-endotheliale System „blockiert" wird. Der mit der zweiten Injektion einverleibte Stoff ist nun ge[]zwungen, länger im Blute zu kreisen. Diese Art der intravenöse[n] Therapie wurde bei septischen Prozessen empfohlen. Es konnte ge[]zeigt werden, daß durch einen kräftigen Aderlaß bereits deponiert gewesene Substanzen wieder ins Blut übertreten können. Es ist

ıglich, daß diese Erscheinung auf eine „Entblockierung" des retikulo-endothelialen Systems zu beziehen ist. Auch Antikörper könnten ı diese Weise frei werden. Eine besonders große Rolle spielt das kulo-endotheliale System bei der sogenannten unspezifischen rapie. Alle diese Substanzen wirken reizend auf das retikulo-otheliale System. Es wird darauf hingewiesen, daß es eine rapie im Sinne eines Desinfizierens durch Trypaflavin, Argoım etc. nicht gibt; es handelt sich bei diesen Stoffen gleichfalls ı eine unspezifische Wirkung. Eine Reihe von Untersuchungen te zu der Annahme, daß alle diese Stoffe über das retikulo-endoliale System wirken. Das gilt, zum Teil wenigstens, auch für das arsan. Auch bei der spezifischen Therapie der Infektionskrankı en spielt das retikulo-endotheliale System eine wichtige Rolle. intravenöser Injektion von antitoxischem Serum verschwinden Antitoxine rasch in den Abfangorganen, um erst später wieder diesen ins Blut überzutreten. Die Steigerung der Antikörperduktion, die nach Einverleibung von Metallsalzen beobachtet de, ist auf eine gesteigerte Produktion im retikulo-endothelialen tem zurückzuführen.

Ein Beitrag zur Erklärung der Keimarmut des normalen Mageniltes. Untersuchungen betreffend die Frage, welche Faktoren en der gebundenen Salzsäure verantwortlich zu machen seien die im Vergleich zur reinen Salzsäure erhöhte bakterizide Kraft Magensaftes, ergaben, daß nicht nur die Konzentration der im ensaft enthaltenen Salzsäure in Betracht zu ziehen ist, sondern auch von der Nahrung stammende Zusätze, wie Stärke, Semmelser oder Fleischbrühe die keimabtötende Kraft sehr wesentlich erhöhen imstande sind. Die Versuche wurden mit Staphylocus pyogenes aureus sowie mit Pneumobazillus Friedländer chgeführt. Dieser Umstand dürfte unter anderem für die rela- Keimarmut des Mageninhaltes von Belang sein.

Ueber einen seltenen und diagnostisch interessanten Fall von us kurz post partum. 17 jährige Primipara kommt 14 Stunden ı normaler Entbindung unter den Erscheinungen von schwerstem rus und eklampsieähnlichen Konvulsionen ad exitum. Schwangerftsverlauf vollständig normal. Drei Tage vor der Entbindung reten von Temperatursteigerung und Kopfschmerzen. Blasses, kterisches Kolorit bestand angeblich ebenfalls so lange. Innere ane ergaben keinen pathologischen Befund. Im Harn war ımen in Spuren nachweisbar. Nach der Entbindung nimmt der rus an Intensität rapid zu; es stellt sich motorische Unruhe und bung des Sensoriums ein. Temperatur steigt bis 40,1. Kurz vor Tode kommt es zu schweren eklamptischen Krämpfen. Trotz es klinisch scheinbar typischen Bildes von akuter gelber Leberphie wurde mit Rücksicht auf die große Seltenheit eines so en Auftretens der Erkrankung zu Anfang der Geburt die Diagnose mpsie gestellt. Bei der Obduktion stellte sich eine Sepsis heraus. diese mit der Geburt im Zusammenhang stand, konnte nicht Sicherheit entschieden werden.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 36, 8. September 1927.

Impfmalaria an der Wiener psychiatrischen Klinik. Wagner-Jauregg.
Klinik und Therapie der Enzephalomyelitis. Albrecht.
Kenntnis des funktionellen Verhaltens der Gefäße mit besonderer Berücksichtigung der Hemiplegiker. Deutsch.
ber das Nachblicken. Erben.
Pathogenese und Pathologie der peripheren Fazialislähmung. Fuchs.
dien zur Symptomatologie der Stirnhirnerkrankungen. Gerstmann.
nerkungen über den epileptischen und den hysterischen Anfall. Karplus.
ber die ambulante psychische Behandlung von Geisteskranken. Koperer.
Klinik und Therapie hypophysärer Affektionen. Marburg.
trag zur Frage der kombinierten pyramidalen und extrapyramidalen Erkrankungen. Pappenheim und Pollak.
ige Bemerkungen über die Hyperventilationswirkung. Redlich.
ontankorrektur bei tabischer Ataxie. Schacherl.
chische Symptome bei Mittel- und Zwischenhirnerkrankung. Schilder.
ädelanomalien und psychische Störungen. Schüller.
e kommt es zur Generalisierung der Rindenerregung im epileptischen Anfall? Spiegel.
ber die Behandlung mit Typhusvakzine nach Besredka in der Neurologie. Stiefler.
nstige Beeinflussung eines Falles von Myasthenie durch eine interkurrente eberhafte Erkrankung. Sträußler.
Verfahren zur Differential-Diagnose von Hirnblutungen. Wilder.

Bemerkungen über den epileptischen und den hysterischen all. Pupillenstarre kommt auch im hysterischen Anfall vor und ist daher kein differential-diagnostisches Merkmal gegenüber epileptischen Anfall. Charakteristisch für den epileptischen all ist die weitgehende Beteiligung des Hirnstammes, das Ersein lebenswichtiger Zentren in der Medulla oblongata, was in starken Temperatursteigerungen, in schweren Zirkulations- Respirationsstörungen zeigt, die zum Exitus führen können.

Zur Klinik und Therapie hypophysärer Affektionen. Die Dystrophia adiposo-genitalis beginnt fast immer mit Sehstörungen. Das Röntgenbild kann einen absolut negativen Befund der Hypophysengegend ergeben. Der Prozeß im Optikus entspricht einer primären Atrophie, bei Auftreten von Hirndruck kommt noch eine Stauungspapille dazu. Die Röntgenbestrahlung gibt bei der Dystrophia adiposo-genitalis gute Erfolge, ebenso bei Tumoren mit suprasellarem Sitz, bei denen Hydrozephalus besteht. Bei Akromegalie und entzündlichen Prozessen (Lues) keine Besserung durch Röntgenbehandlung.

Spontankorrektur bei tabischer Ataxie. Ataxie kann bei Hinzutreten einer Seitenstrangserkrankung (Auftreten des Babinski, Verschwinden der Bauchdeckenreflexe) sich bedeutend zurückbilden. Die Fälle beweisen, daß nicht die Verminderung der Muskel- und Gelenkssensibilität die Hauptursache der Funktionsstörung darstellt, sondern die Schädigung des Muskeltonus.

Nr. 37, 15. September 1927.

Therapeutische Fortschritte auf dem Gebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Kerl.
Indikation und Technik kosmetischer Faltenkorrekturen im Gesicht. Stein.
Theoretische Betrachtungen über die Paulsche Impfung mit Cutivaccin bei rheumatischen Erkrankungen. Pribram.
* Zur Frage des Zeitpunktes der Tonsillektomie beim Peritonsillarabszeß. Haardt.
Multiples primäres Paraffinkarzinom. Spitzer.
Versuche einer Goldbehandlung des Rheumatismus. Pick.
Ein neuartiger Bluttransfusionsapparat. Peters.
Ein modifiziertes Antivirus (Histan). Epstein.
Ein modifiziertes Antivirus (Histan). Eisler und Lehndorff.
Welche Krankheiten können eine Cholelithiasis vortäuschen? Weltmann.
Ueber „indirekt" bedingte Dämpfungen und deren diagnostische Bedeutung. Luger.
Die Röntgenuntersuchung der Luftröhre. Sgalitzer.

Zur Frage des Zeitpunktes der Tonsillektomie beim Peritonsillarabszeß. Im allgemeinen soll die Tonsillektomie erst nach vollkommener Abheilung der akuten Entzündung gemacht werden, weil es bei frühzeitiger Operation zu schweren septikopyämischen Prozessen kommen kann. Die Frühoperation ist nur angezeigt, wenn der Abszeß durch Inzisiven nicht genügend entleert werden kann, wenn nach der Inzision eine Blutung auftritt oder wenn ein schon vor der Inzision bestehendes septisches Zustandsbild nach derselben nicht zurückgeht. Ernst Pick, Wien.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 37, 15. September 1927.

Pityriasis streptogenes. H. Haxthausen.
* Ein Fall von infektiöser Mononukleose. M. Siggaard Andersen.
Eine Methode zur Lokalisation von Fremdkörpern. Th. Eiken.
Lüster-Literatur. V. Meisen.

Infektiöse Mononukleose. Der beschriebene Fall gleicht den in der Literatur als Monozyten-Angina beschriebenen Fällen. Da aber die Angina dabei nur als sekundäres Symptom angesehen werden muß, und als einzige charakteristische Erscheinung die pathologische mononukleare Zellvermehrung im Blute in Frage kommt, will der Verf. die Bezeichnung „Infektiöse Mononukleose" vorziehen. Dabei ist die sekundäre Angina nicht einmal eine konstante Erscheinung. Auch primäre Drüsenschwellungen oder lymphatische Geschwülste fehlen bei der mononuklearen Bluterkrankung. Das spezifische Virus dieser Erkrankung ist noch unbekannt. Dieselbe ist gelegentlich ansteckend.

Nr. 38, 22. September.

* Ueber Hepatitis. E. Meulengracht.
Rassebiologische Untersuchungen in Grönland. — Auch Metallosalbehandlung. Erik Bay-Schmith.
* Neopancarpine. J. O. Jacobsen.

Hepatitis. Meulengracht vergleicht die Leiden der Leber mit denen der Niere; es gibt akute Formen mit wesentlichen Parenchymveränderungen und chronische mit fibröser Wucherung (Leberzirrhose, Schrumpfniere). Die akuten Leiden können mit starkem Ikterus einhergehen, die chronischen mit nur geringem Ikterus, entsprechend der Albuminurie bei Nephritis. Die akute Hepatitis kann in subakute, subchronische und chronische Formen übergehen. Bei der Insuffizienz der Leber entspricht der Urämie die Hepatargie.

Neopancarpine. Dies ist ein Auszug von Jaborandi-Blättern mit Wasser, Aether und Alkohol. Es soll spezifisch wirken gegen Sensibilitätsstörungen und Reizungen der Luftwege, auch bei anaphylaktischen Leiden, so bei Asthman, vasomotorischer Rhinitis. Man gibt 10 bis 15 Tropfen dreimal täglich längere Zeit. Auch bei Urtikaria, Influenza - Bronchitis, Keuchhusten wirkt es gut. Von Nebenerscheinungen werden Schweiße und Salivation beobachtet. S. Kalischer.

British Medical Journal.

Nr. 3476, 20. August.

Platz des Wismut in der Syphilisbehandlung. Die klinischen Erfahrungen an über 6000 Syphilitikern mit über 100 000 Bi-Injektionen führten zu folgenden, für die Luestherapie bedeutsamen Ergebnissen. Am meisten bewährte sich die intramuskuläre Injektion hochkonzentrierter unlöslicher Bi-Verbindungen in isotonischer Traubenzuckerlösung suspendiert. Bei Zufuhr therapeutischer Dosen bei Lues I oder beim Sekundärexanthem schwinden die Spirochäten nicht so schnell wie nach intramuskulärer oder intravenöser Injektion eines der Arsenobenzolpräparate aus den Hautläsionen. Selbst 3 oder 4 Tage später sind noch Erreger nachzuweisen. Für dieses Verhalten kann eine langsame Resorption aus den intramuskulären Bi-Depots nicht verantwortlich gemacht werden, da auch die intravenöse Injektion kolloidaler Bi-Lösungen die Spirochäten nicht schneller zum Verschwinden bringt. In seiner Einwirkung auf den Primäraffekt, die sekundären Hauterscheinungen und gummöse Veränderungen ist das Bi dem Salvarsan zur Seite zu stellen und beseitigt diese Zeichen der floriden Erkrankung wesentlich schneller als das Hg. In gewissen Fällen sprechen die Hautveränderungen sogar besser auf das Bi als auf die Arsenverbindungen an. Hinsichtlich der Beeinflussung der serologischen Reaktionen erscheint das Bi dem Salvarsan unterlegen. Während bei seronegativer Lues I unter intensiver Neos-Behandlung die Reaktion späterhin sehr selten positiv ausfällt, kommt unter alleiniger Bi-Therapie ein Umschlag zum Positiven häufiger vor. Auch bei der seropositiven Lues I oder Lues II im Frühstadium ist der Prozentsatz positiver Reaktion einen Monat nach Abschluß einer ausschließlichen Bi-Kur wesentlich größer als nach Durchführung einer Neos.-Behandlung. Viel schwieriger ist es, über die Wirkung des Bi und des Salvarsan auf die WaR. bei Spätlues und Lues latens vergleichende Ergebnisse zu erlangen. Denn beide Mittel erweisen sich in einem Teil der Fälle als erfolgreich und versagen in andern. Bi kann den Umschlag in das Negative dort nicht erzielen, wo die WaR. unter Behandlung mit Neos. und Hg oder Neos. und Jodsalzen positiv geblieben ist. Einige der pathologischen Liquorreaktionen scheinen bisweilen unter Bi eher zurückzugehen als unter intravenöser As-Injektion.

Unter der Bi-Behandlung bessert sich der Allgemeinzustand der Kranken wesentlich, sofern vor und während der Kur der Mundpflege die gebührende Aufmerksamkeit gewidmet wird. Schwache und heruntergekommene Menschen vertragen das Bi in geeigneter Dosierung besser als die Arsenobenzolpräparate, trotz der tonisierenden Wirkung des As. In vielen Fällen von Neos.-Ueberempfindlichkeit wird Bi glänzend vertragen. Jedenfalls wirkt es nicht so eingreifend auf den Organismus wie das Hg, das häufig genug zu Gewichtsabnahmen führt. Bei guter Technik spielen die Nebenwirkungen der Bi-Therapie keine Rolle. An der Injektionsstelle zeigen sich keine Störungen. Die Stomatitis, die einzige wesentliche Nebenwirkung des Bi, läßt sich durch Natriumthiosulfat in Schach halten und erreicht kaum den Grad der Hg-Stomatitis. Andere Komplikationen wie Albuminurie, Urticaria, Erythem und Gewichtsverlust sind bei Gebrauch von metallischem Bi äußerst selten, wenn zwischen den einzelnen Injektionen eine genügende Pause eingehalten wird. Herxheimersche Reaktionen, ernstere Leberschädigungen wie beim Neos. oder stärkere Nierenerscheinungen wie unter Hg werden bei Bi nicht beobachtet. Besonders bei vielen Fällen von Nephritis ist das Bi mit Erfolg zu verwenden. Im Vergleich mit Hg erweist sich Bi als das überlegenere Heilmittel, so daß es in seiner Wirksamkeit mehr an die Arsenobenzole heranreicht. Mit wenigen Ausnahmen ist es notwendig, Bi nur in Verbindung mit As-Präparaten zu verwenden. Diese kombinierte Neos.-Bi-Behandlung gibt bessere Resultate als die Verbindung der Neos.- mit der Hg-Therapie und ist ihr durch die bessere Verträglichkeit und das Fehlen erheblicher Nebenwirkungen überlegen. Die gleichzeitige Zufuhr von Bi berechtigt nicht dazu, die übliche Neos.-Menge zu verringern. Sobald eines der Mittel bei der Kombinationsbehandlung ausgesetzt wird, muß Jod zum Ersatz verabfolgt werden. Die Darreichung von Bi im Verein mit Hg (Quecksilbercyanid intravenös) hat sich nicht als zweckmäßig erwiesen. Der Angriffspunkt beider Medikamente ist nicht sehr verschieden und sie entfalten beide an denselben Organen ihre toxische Wirkung. Auch wurde eine resistente WaR. du diese Behandlungsart nur selten beeinflußt. Bi kann über viel läng Perioden hin verabfolgt werden als das Neos. (Gefahr der ku lativen Wirkung, Ikterus, Dermatitis exfoliaitva) oder das Hg (Sto titis, Diarrhoe, Gewichtsabnahme). Es ist sehr wahrscheinlich, die kombinierte Neos.-Hg-Behandlung besser als die alleinige Therapie den Ausbruch luischer Späterkrankungen besonders Nervensystem verhindert. Wahrscheinlich wirkt die kombinierte Neos.-Behandlung in den Frühstadien der Lues in gleicher We wenn auch bei der Kürze der bisherigen Beobachtungszeit keine fahrungen gesammelt werden konnten. Bisher läßt sich nur sa daß die Bi-Neos.-Therapie besser vertragen wird, daß Hautersc nungen schneller schwinden, daß die serologischen Reaktionen zurückgehen und weniger Rezidive auftreten als unter kombinie Hg-Neos.-Behandlung. Die As-Verbindungen bleiben das wirksan Antisyphilitikum, wenn auch Bi allein in einzelnen Fällen üb raschend wirkt. Das Hg muß im allgemeinen gegenüber dem zurücktreten, obwohl es für die spezifische Therapie nicht deutungslos wird. Bi gibt bei kongenitaler Lues oder bei Neu syphilis gelegentlich bessere Resultate als As oder Hg. Besond bei heruntergekommenen Schwerkranken mit kardio-vaskulärer o viszeraler Lues ist es zu verwenden. Jeder Fall von Frühlues mit Hg und Neos. oder Bi und Neos. solange zu behandeln, bis klinischen und serologischen Symptome beseitigt sind. Um die toleranz zu vermeiden, ist die Behandlung fortzusetzen unter mählicher Verringerung der As.-Menge. Ob und in welchem Gr es möglich ist, durch Zufuhr von Bi die zur Heilung notwendige zahl von Kuren zu verringern, kann heute noch nicht entschie werden.

Gebrauch der Polkörper entwickelnden Gonokokkenstämme der Gonorrhoebehandlung. Die Therapie der Gonorrhoe str folgende Ziele an. Der Kranke soll unter bestimmte bio- und koll chemische Bedingungen gestellt werden, die den größten Widerst gegenüber den Erregern ermöglichen und zugleich die Virulenz Keime abschwächen. Die Immunität der Schleimhaut sowie der Drü und Organe ist zu heben, die für Gonokokkeneinwanderung besond empfänglich sind. Die antibakteriellen Kräfte des Blutes und Gewebe sind zu stärken, um eine Allgemeinverbreitung der Infekt zu verhüten. Zur Verwirklichung dieser Forderungen wurden n Wege beschritten. Durch Posteriorspülungen mit Kaliumpermanga (1 : 20 000) wird die Schleimhaut gesäubert und aufnahmefähiger die intraurethral zu verabfolgende Vakzine. Eine adstringierer oder bakterizide Wirkung wird von diesen regelmäßig auch akuter Gonorrhoe anzuwendenden Harnröhrenspülungen nicht wartet. Bei einer Wasserstoffionenkonzentration des Urins pH 7,2 bis 7,4 ist die Abwehrfähigkeit des Körpers gegenüber Gonokokken am größten. Bei einer Verschiebung der Urinreakt nach der sauren Seite ist die Phagozytose gering und die mit ei dichten Skleroproteinkapsel umgebenen Erreger sind am widerstan fähigsten. Bei einer mehr im Alkalischen liegenden Harnreakt zeigen die Keime eine vermehrte Neigung zur Autolyse, wodu Endotoxine frei werden, die provokatorisch auf den Organismus wirken können. Durch Verabfolgung großer Mengen von Dinatriu Monophosphat (ca. 15 g 4 × täglich) soll die optimale Reaktion Harnes für dauernd hergestellt werden. Die Harnreaktion ist du Hinzufügen von einem Tropfen einer Phenolrotlösung zu 1 ccm H (hellrote Farbe bei pH 7,2 bis 7,4) täglich zu überprüfen.

Durch Züchtung auf besonderen Nährboden wurde nachgewies daß etwa ⅓ der Gonokokkenstämme Polkörperchen bilden, sob der Nährboden reich an tierischen Nukleoprotein ist. Diese P körperchen gleichen nach ihrem Verhalten Farbstoffen gegenü den Babesschen Körperchen in den Diphtheriebazillen. Sie haften Gonokokkenleibern nur lose an und können von ihnen durch Wasc mit 2% Kochsalzlösung und nachherigem Zentrifugieren gesond werden, wobei die leichteren Körperchen in den oberen Schich des Zentrifugats gefunden werden. Die Eiweißsubstanzen, aus der die Polkörper sich zusammensetzen, sind nicht toxisch und hab Antigencharakter. Zur intraurethralen Anwendung wird 2% Ko salzlösung oder Serum so standardisiert, daß in 15 ccm die Nukl proteine 500 000 Milionen Keime enthalten sind. Durch 5% Zus von Natrium aurocholicum und Auffüllen mit 1% Nabelschnurmu auf 100 ccm wird die Polkörperchenemulsion ergänzt. In 20 c sind dann 100 000 Millionen Keime enthalten. Zur intramuskulär intra- oder subkutanen Injektion wird eine Emulsion verwendet, auf einen Gehalt von 1000 Millionen Keimen im ccm eingestellt i

Außer diesem Exotoxin wird noch ein Endotoxin hergestellt, d durch Waschen aus Kulturen von Stämmen ohne Polkörperbildu gewonnen wird, die 10 Tage lang auf besonderem alkalischen Au lysat von Ochsenherzen gewachsen sind. Dieses Endotoxin wi derart in einer Lösung kolloidalen Silbers verteilt, daß das Prod von 250 Millionen Keimen in einem ccm enthalten ist. Sch 12 Stunden nach der Injektion dieses die toxischen Stoffe e haltenden Präparates in die Urethra eines klinisch gesund

(nokokkenträgers, kommt es häufig zum Auftreten von keim-]tigem Ausfluß, seltener läßt diese Reaktion mehrere Tage auf sich arten. Zur Feststellung der Heilung ist dieses Provokationsver-.ren allen übrigen Methoden beträchtlich überlegen. Durch In-tion schwächerer Konzentrationen dieses Endotoxinpräparates (Millionen Keime auf 1 ccm) lassen sich schon während früher dien versteckte urethrale Herde aktivieren, die aller Wahrschein-keit nach die Ursache schleichender, latenter Infektion geworden en. Dem neuen Heilverfahren liegen somit folgende Methoden runde: 1. Einstellung des Urins und des Körpergewebes auf die imale pH Konzentration, 2. Versuch lokaler Immunisierung durch aurethrale Instillation des im Mucin suspendierten Gonokokken-toxins, 3. Hebung der allgemeinen Immunität durch parenterale uhr der exotoxinhaltigen Vakzine, 4. Injektion von Endotoxin in Urethra zur Feststellung der Heilung und zur Auslösung einer zündlichen Reaktion bei der Behandlung gewisser Fälle.

Die Behandlung wird in der Weise durchgeführt, daß sofort nach llung der Diagnose eine Spülung vorgenommen wird, der die aurethrale Injektion des Exotoxins folgt, das so lange als möglich Stunden und länger) in der Harnröhre belassen wird. Gleichzeitig d Exotoxin intrakutan (in die Haut des Penisschaftes zur Er-ung einer größeren lokalen Gewebsreaktion) sowie intramuskulär abfolgt. Die intraurethrale Instillation von Exotoxin wird so ge wiederholt, als noch Keime im Ausfluß nachweisbar sind. Die akutanen und intramuskulären Injektionen werden im Abstand 10 Tagen vorgenommen, wobei die intrakutan applizierte kzinemenge (0,2 ccm 200 Millionen Keimen entsprechend) gleich-ibt, während die intramuskuläre Dosis von 0,2 ab langsam ge-gert wird. Zur Feststellung der Heilung dient die intraurethrale tillation von Endotoxin, das die giftigen Stoffwechselprodukte der kterien enthält und auch als Antigen wirken kann. Die bisherigen ahrungen lassen erkennen, daß die neue Behandlungsmethode einen sentlichen Fortschritt darstellt. Komplikationen sind außer-entlich selten und es kommt kaum zur Entstehung von Rezidiven. ßerordentlich eindrucksvoll ist das rasche Zurückgehen der Sekret-nge und der Gonokokkenmenge im Ausstrich sofort nach der Exo-ininstillation bei Frühfällen. Mit der ungiftigen Exotoxinvakzine d bei parenteraler Injektion gute Erfolge bei hartnäckigen lokalen r metastatischen Komplikationen zu erzielen.

Nr. 3477, 27. August.

sthma und Tuberkulose in Beziehung zu den klimatischen Allergenen. W. Storm van Leeuwen.
idemiologie der Poliomyelitis. F. M. R. Walshe.
wei Fälle von Halswirbelverletzung. John J. Robb.
arzinom als Komplikation eines Hämorrhoidalknotens. Philipp Hawe.
alsumschlingung durch eine lange Nabelschnur. S. Zuckermann.
fluenza mit geringen intestinalen Symptomen. Charles A. H. Franklin.
versio uteri. J. C. Fotheringham.

Jahresversammlung der British Medical Journal.
Abteilung für gerichtliche Medizin.

estimmung der Alkoholkonzentration im Urin als Maßstab für den Grad der Vergiftung. Godfrey Carter.

Abteilung für Tuberkulose.

edeutung der Radiologie für die Diagnose der Lungentuberkulose. H. Morriston Davies.
sammenarbeit von Allgemeinpraktikern und Chirurgen bei der extrapulmonalen Tuberkulose. D. A. Powell.

Abteilung für Tropenkrankheiten.

robleme der Malariaprophylaxe. Beschlüsse der Malariakommission des Völkerbundes. S. P. James.

Nr. 3478, 3. September.
Unterrichtsnummer Semester 27—28.

merikanische Methoden im ärztlichen Unterricht. Andrew Macphail.
er ärztliche Beruf.
erufsstudium und Prüfung.
ahl der Aerzte.

Biberfeld.

Paris medical.

Nr. 32, 6. August 1927.

ie Urologie 1927. Saint-Gene.
*Was jeder Praktiker von den Urinwegen wissen muß. F. Cathelin.
ostoperative Anurie durch Uretherspasmen. R. Gregoire, G. Wolfromm.
umbalfisteln nach Nieren- und Beckeninterventionen. J. Perard.
yeloskopie. Dossot.
*hrenikusneuralgie bei Nierenkrebs. J. Dumont.

Was der Praktiker von den Urinwegen wissen muß. Der Praktiker kann nicht Spezialist sein, aber er muß manche Fälle mit seinen rein klinischen Mitteln diagnostizieren können und die nötige Aufklärung geben. Er darf nicht monatelang erfolglos eine tuberkulöse Zystitis behandeln, die nur möglichst rasche Entfernung der Niere erfordert, nicht monatelang eine Blase spülen, die durch eine Prostatektomie heilt oder bei der eine einfache Zystotomie das Leben der Umgebung angenehmer macht, darf eine Hämaturie als Vorläufer eines Nieren- oder Blasenkrebses, eine Pyurie, die eine ernste Infektion ankündigt, nicht verkennen. Hinsichtlich der Nieren muß er sich den Unterschied zwischen einer inneren und rein chirurgischen Erkrankung klar machen. Erstere liegt vor bei reiner Albuminurie ohne pyoide, leukozytäre oder sekundäre Erscheinungen, mit Zylindrurie, Oedemen, Galoppgeräusch, Hypertension, Gefäßstörungen, ohne Schmerzen, mit Anurie oder Urämie, mit schweren Allgemeinstörungen bis zum tödlichen Ende. In chirurgischen Fällen findet er gerade das Umgekehrte. Schmerz einer Seite läßt an einen Stein denken, eine Wanderniere oder eine Hydronephrose. Beim Stein wird er oft eine rosarote Hämaturie finden, diskret, durch Gehen oder Fahren hervorgerufen. Bei Wanderniere ist die rechte Seite, und bei Hydronephrose der Tumor zu berücksichtigen. Bei dunkler morgendlicher spontaner Hämaturie, bes. wenn ein Tumor oder eine Verdichtung besteht, denkt er an einen Krebs, namentlich wenn eine Varikozele derselben Seite vorliegt. Ein Beckenpolyp oder ein kleiner parenchymatöser Tumor kann ihm entgehen. Beiderseitiger Tumor: Zystenniere. Trüber Urin von absynthähnlichem Aspekt, bes. wenn eine ausgesprochene Zystitis besteht, deutet auf Nierentuberkulose, die frühzeitige Entfernung der Niere erfordert. Aber außer der seltenen lithiastischen und von vornherein massiven Form kann eine Nierentuberkulose ohne jede Erscheinung bestehen, von seiten der Nieren. Das Aussehen des Urins läßt diese Infektion auch von anderen unterscheiden, bes. von der durch Kolibazillen bei den schwer Verstopften, wovon die Pyelonephritis der Schwangerschaft nur eine Form ist. In beiden Fällen keine Zystitis, lediglich mechanische Störungen durch Kompression. Im Allgemeinen darf man beim Verdacht auf Nierensteine nicht zu sehr auf den früheren Abgang von Steinen bestehen; der chirurgische Nierenstein hat meist ein gehöriges Volum. Abwechselnd klarer und trüber Urin, Anfälle und der Tumor rechtfertigen die Diagnose Hydropyonephrose. Wird der bei der Enleerung klare Urin beim Stehen trübe, so hat der Gedanke an eine organische Störung zu schwinden, tiefe Zellstörungen bes. bei Psychopathen, Phosphaturie. Bei der Blase ist Nachforschung nach der Häufigkeit des Urinlassens am Tage und in der Nacht, nach Schmerzen vor, während und nach der Miktion nötig: wichtig ist nur der Urin bei der Emission, nicht der gestandene; deshalb nur frisch gelassenen Urin bewerten. Von Bedeutung ist dabei das uretroprostatozervikale Syndrom: der Schmerz vor und nach dem Harnlassen, der nicht zurückzuhaltende Drang, der Tropfen Blut bei terminaler Expression des Halses mit Vor- und Nachschmerz. Man findet dieses Syndrom ganz, wenn die Blenorrhagie bei jungen Leuten nach hinten übergreift, bei der Nierentuberkulose, bei Jünglingen und Erwachsenen und bei der Prostatakarzinose der Greise. Dann muß man an die Grippezystitis und die durch Kolibazillen zu Influenzazeiten und bei schwer Konstipierten denken. Ruptur (Sondierung bringt nur Blut; keine Spülung!) und Fremdkörper sind leicht zu diagnostizieren. Wichtig ist die Diagnose des Steins. Charakteristisch: Schmerzen beim Urinieren mit plötzlichem Anhalten des Strahles manchmal, beim Gehen oder Fahren, brennender oder kitzelnder Schmerz an der Eichel, Hämaturie. Schwieriger ist der Polyp zu diagnostizieren: Mittleres Alter, guter Allgemeinzustand, klarer Urin ohne Zystitis, launische, mehr spontane rötliche Hämaturieen und in der Anamnese selbst 20 Jahre zurück eine erste diskrete Hämaturie. Krebs: vorgerückteres Alter, mit und ohne Zystitis, schmutzig, trübe, übelriechend, blutig, schwärzlich. Harte knotige Prostata beim häufigen Touchieren, die meist der Ausgang ist. Ferner muß man an eine Blasendarmfistel denken (Geruch, Aussehen), aber die Diagnose der Klinik überlassen. Prostata: Charakteristikum die Retention, die die Blase nie gibt, außer wenn Blutgerinnsel den Hals verstopfen oder ein Stiltumor bei jeder Miktion. Bei jungen Leuten liegt gewöhnlich eine infektiöse Prostatitis oder ein Abszeß vor, bei alten ein Adenom oder Karzinom. Im allgemeinen: die gewöhnliche Prostatitis zeigt mittleres Volum und Konsistenz, glattes, regelmäßiges Aussehen, keine Empfindlichkeit, Vorhandensein der seitlichen Falten. Die glanduläre Form: groß, fest, unregelmäßig, etwas empfindlich, keine Falten. Dasselbe bei der parenchymatösen Form, nur glatter Aspekt. Tuberkulose: klein, hart, unempfindlich, viele Knoten, Falten. Kalk: mittler, weich, das Gefühl eines Sackes Nüsse, empfindlich, mit Falten. Adenom: enormes Volum, fest, glatt, unempfindlich, ohne Falten. Karzinom: mittler, elfenbeinhart, große Knoten, ohne Empfindung und Falten. Abszeß: enorm, weich, glatt, empfindlich, ohne Falten. Harnröhre: leicht. Traumatische Ruptur: Retentionsreflex, Tumor, Uretrorhagie. Hoden: die Tuberkulose beginnt im Nebenhoden. Krebs: großer beweglicher Tumor, mit und ohne Inguinaldrüsen, nicht schmerzhaft, hart. Von der funktionellen Inkontinenz ist die

organische zu unterscheiden (bei tuberkulöser Zystitis und Fremdkörpern, dadurch daß bei ersterer der Harn klar bleibt. Die Furcht vor der Sonde ist der Beginn der Weisheit.

Phrenikusneuralgie. Ist nicht häufig bei den subdiaphragmatischen Affektionen des Abdomens. Kann sehr heftig sein beim subphrenischen Abszeß, wo sie so stark sein kann, wie bei der Perikarditis oder bei der Basilarpleuritis. Diskreter ist sie bei Leber- oder Gallenaffektionen (Ausstrahlen nach der rechten Schulter). Links kommt sie namentlich bei Affektionen der Milz, Perisplenitis bei Malaria vor. Die klassische Form, dauernd lanzinierend, stechend, kommt beim Leberabszeß vor, Hosenträgerschmerz oder diffus, intermittierend in der Schulter bis in die Gegend des Warzenfortsatzes, ausstrahlend mit dem Gefühl tiefer Quetschung wie sie bei Gallenstein, Cholezystitis, akuter und chronischer Hepatitis vorkommt. Die klassischen Interkostal- und diaphragmatischen Schmerzen fehlen, und nur wenn man die Sternomastoidgegend palpiert, findet man Empfindlichkeit des Phrenikus und Kontraktion der Halsmuskel auf einer Seite. Diese Palpation kann Husten erregen und eine vorübergehende zervikofaziale Kongestion. Beim infektiösen Ikterus kann jedes funktionelle Zeichen fehlen und bloß die Zervikalpalpation die Reizung des perihepatischen Nervensystems enthüllen. Sie ist charakteristisch für splenohepatische Veränderungen, sie fehlt bei Magengeschwüren, Krebs des Pankreas und Addison. Bei Nierenaffektionen ist ihr Fehlen differentialdiagnostisch wichtig. Nur bei perinephritischen Phlegmonen, wenn Ikterus und Basilarpleuritis dabei vorliegt. In einem Fall von Nierenkrebs nun bei einem 55 jährigen ging sie mehrere Wochen jedem physikalischen Zeichen voraus auch jedem funktionellen. Erst die Hämaturie ließ daran denken. Neuerdings ist sie auch bei akuten und chronischen Pyelitiden und bei Nierenstein festgestellt worden.

v. Schnizer.

Le Progres Medical.

Nr. 31, 30. Juli 1927.

* Die primäre Insuffizienz des Myocards bei akuten und chronischen Krankheiten. Camille Lian.

Myokardinsuffizienz. Bei akuten toxiinfektiösen Krankheiten: Die asthenische kardiovaskuläre Form. Dies ist beim Typhus die gewöhnlichste; mehr oder weniger ausgesprochene Zyanose, rapide oberflächliche Atmung, Dilatation, schwache Geräusche, Embryokardie, funktionelle Geräusche, Galoppgeräusch, große arterielle Hypotension. Oft steht dieses Syndrom unter dem Einfluß vasomotorischer Störungen nervösen oder endokrinen Ursprungs. Das Kollapssyndrom: plötzlicher tiefer Fall der Temperatur und des Drucks mit Zyanose und verfallenem Gesicht. Unter der Form eines Anfalls von 3 bis 4 Stunden, höchstens 3 bis 4 Tage, prognostisch meist gut, häufig Rückfälle. Es handelt sich dabei um eine brutale Störung des Gleichgewichts der antagonistischen Reaktionen des Virus und des Organismus, wovon die dafür verantwortlich gemachte Nebenniereninsuffizienz nur eine Form ist. Die akute Herzdilatation, ein ernstes Myokardsyndrom, kommt beim akuten Gelenkrheumatismus vor, ohne Veränderungen am Endo- und Perikard-Galoppgeräusch, Lungenödem, Herzinsuffizienz, plötzlicher Tod oder ohne jede funktionelle Störung. Die arrhythmischen Formen, Extrasystolen, seltener völlige Arrythmie, Tachykardie, Bradykardie. Beim akuten Gelenkrheumatismus ist das gleichzeitige Befallensein des Myokards die Regel, das Umgekehrte die Ausnahme. Gleichzeitig besteht aber auch häufig Endo-Perikarditis.

Die primären chronischen Formen der Insuffizienz des Myokards. Es gibt keine wichtige Myokardstörung ohne Vermehrung des Volums des Herzens, teilweise oder ganz; ohne Rhythmusstörungen; ohne Herzinsuffizienz. Dementsprechend findet man folgende klinische Formen: die latenten, die arrhythmischen und die insuffizienten, die man in allen Fällen findet, wo das Myokard befallen ist. Man findet sie bei den chronischen Toxiinfektionen, viszeraler Natur, bei der Polysklerose nach 50, der Dyskrasie der Fünfziger, mit Hypertension, Niereninsuffizienz, Klappen- und Lungenveränderungen, die aber auch von vornherein das Myokard befallen kann. Gewöhnlich fehlt bei dieser Myokardie die Anamnese. Aber nicht alle Fälle sind von vornherein prognostisch ungünstig.

Die Hypodynamie des Myocards. Es sind dies chronische Erweiterungen, bei denen die gewöhnlichen Ursachen derselben fehlen, als da sind Klappen- oder Perikardaffektionen, Hypertension, akute oder chronische Nephritis, chronische Bronchopneumopathien, Atheromatose. Es ist das, was Laubry Myocardie genannt hat, und zwar die primäre Form davon. Sie ist entgegen der landläufigen Ansicht nicht absolut, nicht immer rapid tödlich, sondern zahlreiche Fälle entwickeln sich sehr langsam. Ihre Symptomatologie ist vielseitig. Die latenten Formen: man entdeckt gelegentlich des Röntgens wegen einer Lungen- oder viszeralen Form eine leichte oder ausgesproche Dilatation, die ganz leichte funktionelle Störungen macht, so d sie bis jetzt der Aufmerksamkeit des Arztes entgangen sind. braucht zur Entwicklung jahrelang, bis es zur Insuffizienz komi Bei geeigneter Lebensweise können die Patienten noch jahrela leben und durch eine interkurrente Affektion sterben. Die arrhy mischen Formen: die Kranken kommen z. B. wegen Extrasystol und man findet eine Dilatation ohne jede Ursache. Bei geeigne Lebensweise können solche Fälle noch jahrelang leben; es gibt al auch Fälle, bei denen trotz geringer funktioneller Störungen die P gnose schlecht ist. Etwas ernster liegen die Fälle mit komplet Arhythmie. Ebenso die Fälle von Bradykardie durch Aurikuloven kuläre Dissoziation. Sowie die paroxystischen Tachykardien mit a gesprochener Dilatation und langen Anfällen. Wohlgemerkt, handelt sich hier lediglich um eine isolierte Krankheit des Myokar Endlich Formen mit Herzinsuffizienz. Bei den kompletten Form besteht meist eine beträchtliche Dilatation. Sonst findet man die v schiedensten Formen dabei: leichte Atemnot und Palpationen Anstrengungen, klinisch normales Herz, normalen Druck, aber be Röntgen eine leichte Vergrößerung des linken Ventrikels. Oder a gesprochene Dyspnoe namentlich auch nachts, beschleunigte He tätigkeit, leichtes Galoppgeräusch, normaler Druck bei linker Dila tion. Auch hier bei Ruhe und Digitalis gute Prognose, aber lei Rückfälle. Oder die ausgesprochene Insuffizienz des linken Ve trikels bei normalem oder niederem Druck mit Asthma, geringen pe pheren Oedemen, großer Leber usw., was man oft für eine durch Herzerweiterung gesenkte Hypertension irrtümlich hält. Hier ist linke Dilatation gewöhnlich stark und die Prognose düster. A der Beginn mit einem Anfall von akutem Lungenödem oder Angina ähnlichen Zuständen kommt vor. Aetiologie: toxische Impr gnation des Myokards durch ein endogenes oder heterogenes Gi Von endokrinen Affektionen kommt vor allem die Thyreoidea in B tracht und diese Imprägnation tritt weder beim Basedow noch bei Myxödem deutlich in Erscheinung. Man kann dabei auch an Nebenniere, das Ovarium oder die Hypophyse denken. In ander Fällen waren allgemeine Ernährungsstörungen, Anämie oder Azido die Ursache. Ferner dauernde Erregungen, reflektorische Erschütt rungen, Ueberarbeitung lange Zeit hinduch, die die Ernährung d Myokards stören und eine Art Auto-Intoxikation hinterlassen. Soda Alkohol, Bakteriengifte; dann Störungen der peripheren Zirkulati durch Hypotension durch endokrine sympathische Wirkung. D Hypodynamie kann auch bei Klappenfehlern, Perikardaffektione Hypertension vorkommen: ihre Lebensdauer hängt von der Güte d Myokards ab. Es ist deshalb kein Paradoxon zu sagen, ein Klappe fehler kommt dann zur Insuffizienz, wenn eine Myokarditis oder ei Hypodynamie dazu tritt. Therapie: Ruhe, dann kausal, Glykos injektionen, Digitalis.

Nr. 32, 6. August 1927.

Allgemeine Paralyse des Erwachsenen und Heredosyphilis. Rene Targowla u Schiff-Wertheimer.

Nr. 33, 13. August 1927.

Behandlung des habituellen Abortes durch Thyreoideaextrakt. Henri Vignes.
* Positive und negative Sicherheit in der Magenrediologie. Maurice Delort, Robe Coliez.
* Die Renaissance des Temperaments. Rene Biot.

Sicherheiten beim Röntgen des Magens. Man kann im allgemeine in dieser Hinsicht zwei große Gruppen von Magenkrankheiten unte scheiden, solche mit dauernden anatomischen Veränderungen un solche mit dynamischen, nicht statischen Veränderungen. Daz kommt, daß das Röntgenbild des mit der Kontrastmahlzeit gefüllte Magens eigentlich ein Negativ ist und lediglich die Ränder zeigt, nic aber wie beim Knochen, feinere Details. Man kann also erkenne einmal grobe Veränderungen, Senkungen, Ptosen, Dilatationen, un dann Veränderungen, die den Rand der Silhouette betreffen, Nische die mit Sicherheit auf eine anatomische Veränderung schließen lasse und Lakunen, die Tumoren entsprechen. Am Duodenum gibt de Bulbus wie die Magensilhouette ein konstantes Bild, nicht aber di darunter liegenden Abschnitte, die durch den Brei rasch durch schritten werden und einen Schluß auf die Wände nur zulassen, wen man den Brei zwingt, durch Stase langsam zu passieren. Alle Schlüss auf Spasmen, Hyperkinesie, Druckschmerz, Adhärenzen sind indirek Wenn die große Curvatur einen häufigen oder dauernden Spasmu zeigt, nicht zu verwechseln mit einer energischen Peristaltik, s liegt die Annahme einer Veränderung sehr nahe. Bei zahlreiche tiefen Kontraktionen, bei beschleunigter Entleerung im Beginn, denk man an eine Duodenalaffektion. Ebenso wenn sich ein Druckpunk in der Magensilhouette findet. Auch die Adhärenz ist aus der Sil houette zu ersehen. Zeigt die Füllung von unten nach oben ein beträchtliche Verzögerung, so deutet frühzeitige Entleerung auf ein Doudenalveränderung, verzögerte Entleerung auf Erschlaffung de

...gens oder spasmodische oder organische Verengerung des Pylorus-...als. Aber all diese indirekten Zeichen geben nur Wahrscheinlich-...swerte. Nun kann aber die Röntgenuntersuchung völlig negativ ... Dann muß man wissen, daß es gewisse Veränderungen gibt, ...man nicht, oder nur zufällig, selbst bei eingehender langer Unter-...ung sieht. So kleine hintere Nischen; dann obstruierte Nischen, ...man heute sieht und morgen nicht mehr, falsche Nischen durch ...renzen, kleine lakunäre Bildungen, und zweifelhafte Deforma-...en. Ferner ganz flache kleine Geschwüre, die nicht tief genug ... um gesehen werden zu können, mit diffusem Schmerz, dessen ...chriebener Punkt nicht festzustellen ist, Aengstliche oder Fälle, ... die Plexalgie von dem lokalen Schmerz nicht zu trennen ist; ...ich diffuse Veränderungen mit kleinen Suffusionen, die aber ...se Blutungen veranlassen können. Alle diese Fälle machen die ...genologie des Magens oft recht schwer. Dann muß eben die ...mnese, die chemische Untersuchung des Magensaftes, des Stuhls ...ultes Blut), und die genaue Untersuchung, insbesondere nach ...ursachen, helfen.

Die Renaissance der Temperamente. Drei Bücher sind haupt-...lich in den letzten Jahren in Frankreich erschienen über die ...peramente, uralte, mehr weniger mit Mystik und Okkultismus ...arte Kenntnisse durch die Forschung bestätigt, wieder vergessen ...wieder auflebend. Unter Temperament versteht man das phy-...ogische und klinische Verhalten, das den Menschen auf ver-...edene Ursachen physiologisch und klinisch zugleich verschieden ...ieren läßt. Daraus Schlüsse zu ziehen, um mit Hilfe der Hygiene ... seine Fähigkeit ad maximum zur Entwicklung zu bringen, ihm ...besten Zustand des Seins zu geben, seine Gesundheit zu erhalten. ...ndy unterscheidet im Temperament, also der individuellen Art ...verschiedene äußere Agentien zu reagieren, ein fixes Element und ...variables, je nachdem die letzteren anatomisch, physiologisch oder ...chologisch bedingt sind. Die physiologischen Zeichen sind aber ...fundamentale. Das Temperament ist, wie jede vitale Manifestation, ...dynamischer Zustand mit zwei Aspekten wie jede Energie sie ...Qualität der Intensität des vitalen Aktes, Tonizität und Quan-... der Organe, Plastizität. Daraus ergeben sich vier Kombinationen: ...sch-plastisch, tonisch-aplastisch, atonisch-plastisch und atonisch-...stisch. Dies bringt er in Beziehung zu den vier großen Funk-...en: Assimilation, aerobische Dissimilation oder Destruktion der ...den Materie durch O-Fixation, anaerobische Dissimilation oder ...ruktion der lebenden Materie ohne Zufuhr von äußerem O, Ex-...ion. Demnach sind die Atoniplastiker solche, bei denen Assimilation ...errscht, die Lymphatiker; die Toniplastiker, bei denen die ...bische Dissimilation vorherrscht, die Respiration, die Harnsäure ...zieren, die Sanguiniker. Die Toniaplastiker mit vorherrschender ...robischer Dissimilation, Hepatiker, die Harnstoff fabrizieren, die ...ösen und Atoniaplastiker mit vorherrschender Exkretion, die Skle-...n, fabrizieren Cholesterin, sind die Atrabiliösen oder Nervösen. ...able Faktoren sind Rasse, Geschlecht (die Frau ist bes. plastisch), ...Alter (Kindheit atoniplastisch; die Jugend toniplastisch, das reife ...r toniaplastisch und das Greisenalter atoniaplastisch), Klima, ...eszeit, der Mondumlauf, die Lebensweise. Der biologische Wert ...s Individuums ergibt sich aus dem Vergleich der morphologischen ...stitution und des wirklichen Temperaments; das dem Alter ent-...echende Temperament und die Konstitution muß stimmen, also ...Atoniplastizität beim Kinde, dann liegt eine richtige Adaptation ...aber auch eine größere Vulnerabilität der vorherrschenden Funk-... und ihrer Organe. Stimmt sie nicht überein, so ist wohl diese ...erabilität geringer, aber der Zustand ist doch ungünstig, weil das ...perament der Konstitution vorauseilt (also wenn das Kind schon ...plastisch oder gar atoniaplastisch ist). Daraus entstehen Richt-...n für die Diät: Schutzregime, die das Individuum vor Reaktionen ...tzen, zu denen es nicht fähig ist, und Abrichtungsregime, die den ...nismus zu Reaktionen zwingt, für die er nicht genügend vor-...itet ist. Carton nimmt dieselben vier Temperamente an, ver-... jedoch unter dem Biliösen nicht die jeweilige Leberfunktion, ...ern eine motorische Aktivität. Seine Basis ist folgendes: der ...se führt aus, packt an, erforscht; der Nervöse sucht, kombiniert, ... an, treibt um; der Sanguiniker phantasiert, entdeckt, läßt sich ...eißen; der Lymphatiker vergleicht, gleicht aus, läßt Hemmungen ...en, bleibt stationär. Wo der Biliöse forscht, betrachtet der Ner-..., macht der Sanguiniker Ausführungen, der Lymphatiker erwägt. ...Biliöse repräsentiert die Festigkeit, der Nervöse das Raisonnement, ...Sanguiniker das Gefühl und der Lymphatiker die Sanftmut. Das ...d der Gesundheit ist nun nicht das Vorherrschen eines dieser ...ytischen Typen, sondern die glückliche Harmonie aller vier. So ...Mann das Biliöse, Nervöse, Sanguinische, Lymphatische, bei ...Frau das Nervöse, Lymphatische, Biliöse, Sanguinische. Zur ...nose der Temperamente nimmt er Messungen vor, zieht die Phy-...nomie, Chirognomie, Graphologie heran, legt Wert auf die Pro-...ionen und ihr Missverhältnis und besonders auch auf negative ...hen. Er kommt dabei zu der wichtigen Anschauung, daß die ...peramente sich ändern, durch Lebensweise und eine weise Hygiene modifizierbar sind. Er kommt ferner zu verschiedenen Typen der einzelnen Temperamente, wie sie klinisch gefunden werden und zwar nicht nur durch einfache Kombination. Weniger günstig sind die reinen Temperamente und die, bei denen z. B. zwei Dominanten fehlen. Carton ist keineswegs Theoretiker. Mac Auliffe unterscheidet den entwickelten oder freien Typ und die Wirkung des Milieu's darauf, also der Atmosphäre, der Verdauung, der Gesellschaft. Ferner die wenig Entwickelten oder Primitiven und endlich die Formen mit unregelmäßiger Morphologie. Er untersucht dann, welchen Einfluß auf diese Typen, die innere Sekretion und die Tätigkeit des Sympathikus haben. Die drei kommen nicht zu dem gleichen Ergebnis. Mac Auliffe nimmt etwa die Hälfte Muskuläre an, etwa ⅓ Respiratorische und etwas weniger Digestive. Allendy findet bei jungen Soldaten reine Sanguiniker oder Mischungen mit dem lymphatischen oder biliösen Typ vor, und nach Carton herrscht das biliöse Element vor. Aber darin stimmen alle überein: alles ist in beständigem Wechsel, nichts absolut stabil. Praktisch haben diese Untersuchungen insoferne Bedeutung, als sie dem Arzte wichtige prognostische Hilfsmittel in die Hand geben können. Es ist z. B. abnorm, wenn ein Individuum mit atoniplastischer Konstitution ein toniplastisches Temperament vor der Pubertät realisiert, noch weniger normal, wenn es das toniaplastische Temperament vor 30 oder 40 und völlig abnorm, wenn es das atoniaplastische Temperament vor 50 realisiert. Noch mehr, die Vorbeugung, die Wahl des Berufs und der Lebensweise werden davon profitieren. Pende sagt, die Kenntnisse der Temperamente ist die Basis jeder guten Politik. Auch der Erziehung. In der Therapie kommt man sozusagen auf den Instinkt des Kranken. Mac Auliffe sagt: „alles in der Natur ist atypich und individuell". Folglich, schließt Carton, muß auch der Arzt jedes Individuum individuell behandeln, und dafür gibt er ihm Richtlinien.

v. Schnizer.

Journal des Praticiens.

Nr. 36, 3. September 1927.

Tetanie. (Spasmogene Diathese oder Spasmophilie). Periostose der Tibia. Hartmann.
* Thorakoplastik. Constant Colbert.

Thorakoplastik. Die Thorakoplastik verdient tatsächlich in das Arsenal des Phthisiotherapeuten aufgenommen zu werden. In richtig ausgewählten Fällen gibt sie unbestreitbar gute Resultate. Der nicht febrile oder subfebrile Ulzero-Fibröse, bei dem der Pneumothorax infolge der Verwachsungen nicht zustande kommt — das ist der Idealfall für die Thorakoplastik. Wie im Beginn der Pneumothoraxtherapie ist der Widerstand der Patienten ziemlich groß. Auch muß sich der Arzt davon überzeugen, daß der Kranke dem Operationsschock gewachsen ist, daß Herz, Nieren, Leber den Kampf mit den Toxinen aufzunehmen vermögen werden, die durch die gewaltsame Kompression der Lunge in die Blutbahn geschleudert werden. Die meisten operativen Mißerfolge rühren von Herzkomplikationen her. Die Resektion des Phrenikus läßt Verf. nur als Vorbereitung für die Thorakoplastik gelten. Auch tritt er wie andere Franzosen für die Zweizeitigkeit der Operation ein. Die beste Anästhesie ist die regionäre Anästhesie, weil sie dem Kranken die Expektoration ermöglicht. Da man die Operationsergebnisse in Anbetracht der individuell so verschiedenen Reaktionsweisen unmöglich vorhersehen kann, so kann der Arzt nur dann zur Operation raten, wenn er die Erfolgchancen lange und gründlich überlegt hat. Man darf der Operationsmethode keine zu schnelle Verbreitung wünschen, sonst folgt einer übertriebenen Schätzung nur zu rasch ungerechtfertigtes Mißtrauen.

Held.

Le Scalpel.

Nr. 33.

* Der Globus hystericus und sein anatomischer Sitz. Jaques Kopyloff.

Der Globus hystericus und sein anatomischer Sitz. Aus eigener klinischer Beobachtung gelangt Verf. zu der Ansicht, daß der Globus hystericus ein variköses Gebilde ist, das manchmal ebenso rasch verschwindet wie es gekommen ist, eine mehr oder minder ausgeprägte Form und eine genau festgelegte Lokalisation hat. Weder handelt es sich um gewöhnliche Varizen noch um ein Neoplasma, denn man beobachtet den Globus hystericus nur bei hysterischen Krisen, die durch starke Erregungen ausgelöst wurden und evtl. durch eine neue Erregung im Augenblick wieder verschwinden. Der Farbe nach könnte man an ein Angioma cavernosum denken, indessen verursacht diese letztere Neubildung fast nie eine Störung. Erkennt man an, daß der Globus hystericus kein exklusiv „nervöses"

Phänomen ist, sondern eine materiele Grundlage besitzt oder doch besitzen kann, so ist der nächstliegende Gedanke, ob wir nicht für die übrigen hysterischen Thänomene ebenfalls eine materielle Grundlage finden können. Die Antwort hierauf steht noch aus. Held.

Revue neurologique.

2., Nr. 3, September 1927.

* Der zerebrale Stoffwechsel des Kalziums. Ivan Bertrand u. Rudolph Altschul.
Die Pendel- und Pseudopendelreflexe. Austregesilo, Costa-Rodrigues und Aluizio Marques.
* Die Epilepsie bei der chronischen Encephalitis epidemica. Auguste Wimmer.
* Tumor des rechten Stirnhirns, auf dem Röntgenbild sichtbar. Egas Moniz.
* Irrtum bei der Diagnose: progressive atrophische Myopathie. Gotthard Söderbergh.

Der zerebrale Stoffwechsel des Kalziums. Kalk findet sich im Schädelinnern im normalen sowie im pathologischen Zustande. Hirnkalk kann seine Ursache in den verschiedensten Affektionen haben. Aus einem einfachen Kalkschatten im Röntgenbild kann man keine sichere ätiologische Diagnose herleiten. Eine vollständige klinische Untersuchung und die verschiedenen biologischen Proben müssen immer als Grundlage der Diagnostik dienen.

Die Epilepsie bei der chronischen Encephalitis epidemica. Die enzephalitische Epilepsie kann direkt im Anschluß an das akute Initialstadium der Enzephalitis auftreten. Es können aber auch Jahre bis zur Entwicklung der Epilepsie vergehen (in einem Fall des Verf. acht Jahre). Die enzephalitische Epilepsie scheint viel häufiger zu sein, als allgemein angenommen wird. Bei Erwachsenen ohne erbliche Belastung und frühere epileptische Manifestationen und ohne sonstige ätiologische Momente soll man stets daran denken. Diese enzephalitische Epilepsie beruht auf einem stets aktiven, lokalisierten, entzündlichen Prozeß im Gehirn, sie resultiert nicht aus einer Hirnnarbe, wie etwa die Epilepsie bei zerebraler Kinderlähmung. Alles weist auf die großen Basalganglien als Ursprungsstätte der enzephalitischen Epilepsie hin: tonische Zuckungen, choreiforme oder myokloniforme Hyperkinesien, Zittern, vegetative Störungen, Somnolenz usw. Nebenher bestehen wohl auch kortikale Läsionen, daher die klonischen Zuckungen neben den tonischen bei der Epilepsie.

Tumor des rechten Stirnhirns, auf dem Röntgenbild sichtbar. Großer Tumor im rechten Stirnhirn bei 10jähr. Knaben. Keinerlei psychische Störungen. Psammom oder Angiosarkom? Doppelseitige Neuritis optica. Stirnkopfschmerz, kein Erbrechen. Beiderseits Anosmie. Geräusch des zersprungenen Topfes. Stirngegend klopfempfindlich. Hyperalbuminose im Liquor. Röntgenbild zeigt einen starken Schatten im rechten Lobus frontalis. Da Pat. bereits blind, der Tumor sehr groß und tiefliegend, völlige Exstirpation der Geschwulst nicht möglich, man wird sich mit der Röntgenbestrahlung begnügen müssen.

Revue française de Pédiatrie.

3., Nr. 2.

* Untersuchungen über die Knochenveränderungen bei kongenitaler Lues in der ersten Kindheit. I.: Die rarefizierende Ostitis der Diaphysen (Periostitis ossificans). M. Péhu und A. Policard.
* Ueber die Pyurien im ersten Kindesalter. E. Stransky.
* Die Wirkung der ultravioletten Strahlen auf die Hautempfindlichkeit gegenüber Tuberkulin. P. Woringer und A. Adnot.
* Beitrag zur Frage der Blasensteine beim Kind. Vl. Mikulowski.
Uebersichtsreferat über die Arbeiten in der Ophthalmologie der Kinder. Poulard und Barfonry.
Der Schutz der Schüler vor der Tuberkulose (Schulhygiene). Genévrier.
Vereinigung der französisch sprechenden Pädiater. 9. November 1926, Paris. Gesellschaft für Pädiatrie in Paris.

Die rarefizierende Ostitis der Diaphysen (Periostitis ossificans). Pathologisch-anatomische und histologische Untersuchungen an heredoluetischen Kindern im 3. bis 26. Lebensmonat mit Periostitis ossificans der langen Röhrenknochen: 2 Prozesse lassen sich darnach genau unterscheiden: 1. ein resorbierender Prozeß, der die Rarefikation des Knochens herbeiführt, 2. ein Neubildungsprozeß, der meist nur sehr mangelhaften embryonal gebauten nicht lamellösen Knochen hervorbringt. Anatomisch und röntgenologisch gesehen sind die Röhrenknochen also hypertrophisch, histologisch jedoch rarefiziert.

Ueber die Pyurien im ersten Kindesalter. Ueberblick über die Pyelozystitis im Kindesalter nach unserm jetzigen medizinischen Wissen an Hand eigener Fälle. Der Verfasser glaubt bewiesen zu haben, daß die Krankheit in der Mehrzahl der Fälle zustande kommt durch eine Nierenschädigung plus hämatogene Infektion der Nieren.

Die Wirkung der ultravioletten Strahlen auf die Hautempfind[lich]keit gegenüber Tuberkulin. Die ultravioletten Strahlen vermin[dern] die Empfindlichkeit der Haut auf Tuberkulin. Ihre Wirkung ist auf die bestrahlten Hautbezirke beschränkt und betrifft die üb[rige] Haut nicht.

Beitrag zur Frage der Blasensteinbildung beim Kind. Besc[hrei]bung von 3 Fällen mit Blasensteinbildung. Fall 2 ist wahrschei[nlich] infektiöser Natur, nach Pyelitis entstanden, Fall 1 und 3 (Urats[teine] bei beiden), werden als Manifestation der arthritischen Diathese [be]schrieben.

Hottinger, Bas[el].

Bruxelles Médical.

46., 11. September 1927.

* Synthalinbehandlung bei Diabetes. Prof. Snapper.
Die allgemeine Ausbreitung des endemischen Kropfes. L. Mayer.
* Der Einfluß ultravioletter Strahlen auf den Tuberkelbazillus und das Tuberk[ulin]. J. de Nobele und Fr. De Potter.

Der Einfluß ultravioletter Strahlen auf den Tuberkelbazillus [und] das Tuberkulin. Der evolutionäre Charakter der experiment[ellen] Meerschweinchentuberkulose erfährt eine Aktivierung unter [der] Wirkung der ultravioletten Strahlen, sobald man dieselben [vor] Auftreten der Tuberkulinempfindlichkeit anwendet. Ultravio[lette] Strahlen üben auf den Tuberkelbazillus eine ausgeprägt bakteri[zide] Wirkung aus. Bei 25 cm Abstand töten die Strahlen die Bakte[rien] in 5 bis 10 Minuten, vorausgesetzt, daß die Aufschwemmung [nicht] zu dicht ist. Diese Wirkung kommt lediglich durch kurzwe[llige] Strahlen zustande, Wärmestrahlen sind daran völlig unbete[iligt]. Anscheinend retardiert Präventivbestrahlung den fortschreite[nden] tuberkulösen Prozeß beim Meerschweinchen. Die Anwendung u[ltra]violetter Strahlen modifiziert die Tuberkulinempfindlichkeit [bei] Meerschweinchen, die auf intrakutanem Wege infiziert wur[den]. Tatsächlich retardiert wiederholte Bestrahlung der rasierten [Haut] das Auftreten der positiven Reaktion oder schwächt sie ab. [Die] Eigentümlichkeiten des Tuberkulins werden durch ultravio[lette] Strahlen wenig verändert: a) präzipitierende Substanzen bleibe[n so] gut wie unverändert; b) was die Substanz anbetrifft, die für [die] Manifestationen der Haut verantwortlich zu machen ist, so gest[attet] die von Pirquetsche Reaktion nicht, eine Aenderung des real[...] nellen Vermögens des Tuberkulins darzutun, auch wenn bei e[iner] Anzahl von Fällen die Intradermoreaktionen eine Abschwäc[hung] aufweisen.

Synthalinbehandlung bei Diabetes. Vergleicht man die Vor[...] und die Schattenseiten des Synthalins, so muß man sagen, daß [das] Synthalin in erster Linie theoretisches Interesse besitzt. [Das] Synthalin ist ein Beweis dafür, daß man den Stoffwechsel [der] Diabetiker auf oralem Wege beeinflussen und bessern k[ann]. Während Insulin für alle schweren Diabetesfälle in Betracht ko[mmt], ist die Anwendung von Synthalin beschränkt. Das Synth[alin] kann aus Zuckerharnen nur 30 g Zucker täglich zum Verschwi[nden] bringen, daher dient es nur für leichte Fälle oder für solche, [bei] denen die Nahrungsmenge stark eingeschränkt werden muß, um [den] Urin glukosefrei zu machen. In diesen speziellen Fällen dient [das] Synthalin zur Aufbesserung der Diät sowie zur Lockerung des [Ein]schränkungszwanges. Störungen von seiten des Verdauungstr[aktes] beeinträchtigen die Synthalin-Anwendung. Glücklicherweise [hat] man in der gleichzeitigen Darreichung von Decholin ein Mittel an [der] Hand, sie zu bekämpfen. Verf. erwähnt einen Fall, wo ein Diabet[iker] das Insulin nicht vertrug, weil die Injektionen eine bestehe[nde] Polyneuritis verschlimmerten. Seine starke Glykosurie war d[urch] Diät nicht zu beeinflussen, schwand aber durch Synthalingaben [bei] gleichzeitigem Nachlassen seiner Schmerzen. Hel[d].

Il Policlinico, Sez. prat.

34., Nr. 37, 12. September 1927.

* Klinisches und experimentelles Studium über den Hydrocephalus. P. Caram[...]
Ein Fall von Fraktur des Radiushalses. G. Jotti.
Influenza und Tuberkulose. R. Gaeta.

Klinisches und experimentelles Studium über den Hydroceph[alus]. Auf Grund einer genauen Untersuchung von 11 Hydrocephalusf[ällen] und von Versuchen an Hunden verschiedenen Alters (Obstruktion [des] Foramen Monroi, Ligatur des Plexus choroideus, Verschluß e[ines] Seitenventrikels) kommt Verf. zu dem Schluß, daß der Hydroceph[alus] in der Mehrzahl der Fälle eine kongenitale Krankheit als Folge [des] Alkoholismus und der Syphilis der Eltern ist. Er kommt selt[en]

...h bei älteren Kindern und im reifen Alter vor. In der Pathogenese ...i der Verschluß des Foramen Monroi eine große Rolle spielen, ... experimenteller Verschluß desselben bei Tieren eine sehr starke ...tation des verschlossenen Ventrikels zur Folge hat. Das Fehlen ...r erheblichen Drucksteigerung des Liquor bei der Lumbalpunktion ...cht zu Gunsten der Hypothese, daß die häufigsten Formen des ...nischen Hydrocephalus zu dem sog. Blockade-Typus gehören.

34., Nr. 38, 19. September 1927.

Die intrauterine Behandlung puerperaler Sepsis mit Kampferöl. ...cht über vier Fälle schwerer puerperaler Sepsis, in welchen Verf. ...er Landpraxis vorzügliche Resultate mit Injektion von Kampferöl ...elte. Nach Spülung der Scheide mit steriler physiologischer Lö... der 1‰ Jodtinktur zugesetzt ist, und Pinselung des Uterus...es mit Jodtinktur werden mindestens 20 ccm eines 10prozentigen ...pferöls in den Uterus injiziert, und die Injektion 2—3mal wieder-...

Rontal.

The Journal of the American Medical Association.

89., Nr. 7, 13. August 1927.

Behandlung von im Anschluß an Schilddrüsenerkrankung ent-...denen Herzstörungen. Herzstörungen können bei Schilddrüsen-...ankung die Folge von Hypothyreoidismus, Atmungsbehinderung ...Hyperthyreoidismus sein. Zu ersteren gehören die sog. Myxoeden-...en mit der Dilatation aller Vorhöfe und Kammern, dem charakte-...schen Elektrokardiogramm und den Stauungssymptomen. Obwohl ...Ruhe und Digitalis nutzlos sind, und Besserung unter Schilddrüsen-...andlung eintritt, so sollte die Drüsensubstanz doch nur vorsichtig ...unter sorgsamer Ueberwachung gegeben werden, da an das Herz ...ch die gesteigerte Blutzirkulation infolge Erhöhung des Grund-...wechsels große Ansprüche gestellt werden. Das sog. Posesche ...pfherz wird durch den Druck der vergrößerten Schilddrüse auf ...Trachea verursacht. Operation führt meistens zum erwünschten ...i. Das thyreotoxische Herz kommt hauptsächlich beim Basedow ...o stets handelt es sich um gesteigerten Grundstoffwechsel. Das Vor-...omen von Kompensationsstörungen des Herzens ist seltener, als ...emein angenommen wird; denn Tachykardie, Herzklopfen, Dyspnoë ...nicht notwendigerweise Zeichen einer gestörten Herzfunktion. Unter ...8 Fällen hatte Verf. nur 17 (6%) mit dauerndem, sechs mit vorüber-...ndem Vorhofflimmern, im ganzen nur 21 mit Stauungssymptomen. ... den zwei Theorien der Herzerkrankung, Toxämie durch ein ...reotoxin und Erschöpfung des Myokards ist die letztere wahr-...einlicher. Boas sah in einer starken Dilatation der Schilddrüsen-...eße einen Grund für kompensatorische Veränderung von Herz-...tion und Blutdruck, die zu Herzhypertrophie führen; in diesem ...a würde Jod oderb Gefäßligatur eine rationelle Therapie sein ...h das verminderte Minutenvolumen wird für eine Erklärung in ...pruch genommen. In jedem Falle wird die Herzarbeit durch die ...öhung des Grundstoffwechsels gesteigert, die bei langer Dauer ...Herzreserve erschöpft. Die Herabsetzung des Stoffwechsels ist ...a erstrebenswerte Ziel, Ruhe das erste Erfordernis. Insuffizienz ...e Myokards verlangt mäßige Beschränkung von Flüssigkeiten, ...ktion von Transsudaten und die übrige sonst übliche Therapie. ...italis kommt nur bei Kompensationsstörungen, besonders bei ...hofflimmern in Betracht. Vorhofflimmern beim Hyperthyreoidis-...n ist weniger ernst als bei primärer Herzkrankheit. Bei Vorhof-...imern ohne Stauungserscheinungen ist Chinidin die Droge der ...hl. Auch die operative Behandlung kann selbst bei Kompen-...onsstörungen guten Nutzen schaffen und die Herzfunktion ...sern. Bei normalem Rhythmus ist Digitalisierung als präoperative ...nahme zu widerraten und Jod vorzuziehen.

Konzeptions- und Ovulationszeit in Beziehungen zum menstruellen Zyklus. Die Untersuchungen des Verf. beruhen in der Hauptsache auf einer Zusammenstellung der Resultate aus Arbeiten deutscher Kliniken. 568 Fälle wurden bearbeitet und in Kurven dargestellt. Diese Kurven, welche die Beziehungen von Befruchtung zum Menstruationszyklus zeigen, gleichen einander in hohem Maße. Die Befruchtung ist größer im frühen Teil des Zyklus, fällt rapide vom 16. bis 20. Tage. Nichts aber spricht dafür, daß es einen Zeitabschnitt vollkommener Sterilität gibt. Die Unterschiede in der Schwangerschaftsdauer vom Einsetzen der Menstruation und von der Konzeption aus müssen dahin gedeutet werden, daß die Phase der Präovulation sehr verschieden lang ist und die Phase der Postovulation (d. h. des Korpus luteum) verhältnismäßig konstant ist. Die Zeit der Konzeption hat keinen Einfluß auf das Geschlechtsverhältnis der geborenen Kinder.

Ephedrin bei Asthma und Heufieber. Ephedrin. sulf. (Eli Lilly Co.) wurde in innerlichen Dosen von 0,05 g (bei Kindern die Hälfte) in 110 Fälen von Asthma angewandt. Es wirkte am besten unmittelbar, bevor ein Anfall erwartet wurde oder im Prodromalstadium bzw. bei Kranken, die häufige Anfälle am Tage hatten, in den gleichen Dosen 3- bis 4stündlich; es ist wirksamer, wenn es auf leeren Magen genommen wird. Milde Anfälle werden gewöhnlich verhindert, mittelschwere partiell gebessert, schwere erfahren nur ausnahmsweise eine Besserung. Bei den 22% Mißerfolgen, die Verf. hatten, handelte es sich durchweg um sehr schwere Anfälle. Kein Unterschied in der Wirkung zwischen Erwachsenen und Kindern. Mit häufigem Gebrauch tritt eine zunehmende Toleranz gegen die Droge ein, und die Wirkung läßt nach. Unangenehme Nebenerscheinungen sind gewöhnlich milder Natur (Tremor, Herzklopfen, Beklemmung in 20%, Schlaflosigkeit in 5%, Uebelkeit in 2% der Fälle). Bei Heufieberkranken war die innerliche Darreichung wirkungslos, dagegen brachte die lokale Applikation einer 3% Lösung in 18 von 20 Fällen eine 12- bis 24stündige Linderung. Während also das Ephedrin in seiner Wirkung als innerliches Mittel beim Asthma dem Suprarenin nachsteht, ist es in örtlicher Anwendung beim Heufieber demselben überlegen.

Diurese und Antisepsis in der Behandlung von Harninfektionen. Es ist unbestritten, daß große Mengen Wasser mit Salzen, wie Natr. bicarbon. oder Zitraten den Verlauf akuter Harninfektionen abkürzen und bei chronischen palliativ wirken. Da alle dabei vorkommenden Keime im Harn jeglicher H-Ionen-Konzentration wachsen, so kommt die Wirkung nicht durch die Alkalisierung, sondern durch die Diurese zustande. Für die Wirkung der Harnantiseptika ist es wesentlich und für die des Hexylresorcinols unerläßlich, eine Diurese zu vermeiden, um eine genügende Konzentration der Drogen zu ermöglichen. Beim Hexylresorcinol wird durch große Harnverdünnung nicht nur die Konzentration verringert, sondern es werden auch sonst wirksame Konzentrationen durch das Ansteigen der Oberflächenspannung im verdünnten Harn inaktiviert. Es handelt sich hierbei keineswegs um Wirkungen der Alkalität des Harns oder um direkte Wirkungen des Natr. bicarbon., wie Verf. nachwies. In nicht seltenen Fällen von Harninfektionen ist der Einfluß großer Flüssigkeitsmengen beträchtlicher, als der einer Desinfektion der Harnwege. Niemals aber dürfen beide Methoden der Behandlung gleichzeitig zur Anwendung kommen. Eine interessante Beobachtung machte er, daß bisweilen ein vorher wirkungsloses Methenamin nach einer ebenso wirkungslosen Behandlung mit Hexylresorcinol plötzlich innerhalb allerkürzester Zeit den Harn vollkommen aufklärte. Versuche mit 3 B.coli-Stämmen gaben eine Erklärung dafür. Die Empfindlichkeit dieser Stämme gegen Formaldehyd war erheblich gesteigert, wenn sie vorher mehrere Wochen bei Zusatz geringer Mengen Hexylresorcinol gewachsen waren, nicht aber umgekehrt.

Die Heilung des Hyperthyreoidismus durch Thyreoidektomie. Von 100 Kranken, die 6 Monate bis 6 Jahre zuvor wegen Hyperthyreoidismus operiert waren, betrachten sich 70 als vollkommen gesund und klagen 30 noch über gewisse Beschwerden, alle aber waren imstande, ihrer Beschäftigung wieder nachzugehen. 41 zeigten noch leichte Symptome, die von dem früheren Zustande des Hyperthyreoidismus herrührten. Von 14 Basedowfällen, die innerhalb von 3 Monaten nach Einsetzen der Symptome operiert wurden, waren 13 vollkommen geheilt. Vier Kranke behielten noch einen geringen Grad von Hyperthyreoidismus zurück, fünf hatten ausgesprochenen Hypothyreoidismus, dessen Beschwerden durch Schilddrüsenextrakt behoben wurden. Sechsmal kam vorübergehende, zweimal dauernde Schädigung des Nervus laryngeus vor, sechsmal war eine Wiederholung der Operation notwendig. Da der Hyperthyreoidismus einen progressiven Verlauf zeigt, sollte eine subtotale Thyreoidektomie vorgenommen werden, bevor dauernde Organstörungen eingetreten sind. Die Operation ist stets erfolgreich, vorausgesetzt, daß eine genügende Menge der Drüse fortgenommen wird. Die präoperative Jodbehandlung ist, wenigstens vorübergehend, sowohl bei toxischem, adenomatösem Kropf, wie auch beim Basedow wirksam. Auch eine

Spätoperation ist noch von Nutzen und ermöglicht eine Wiederaufnahme der früheren Berufstätigkeit, kann natürlich die bereits entstandenen, dauernden Organschädigungen nicht mehr heilen.

Zwei tödlich verlaufene Fälle nach Tubendurchblasung. Verf. hatte bisher in über 200 Fällen von Tubendurchblasung weder einen Todesfall noch nachteilige Folgen, er berichtet über 2 Autopsien von Frauen, die im Anschluß an eine von erfahrenen Aerzten ausgeführte Tubendurchblasung gestorben waren. Im 1. Falle war die Todesursache Luftembolie, die wahrscheinlich durch Eröffnung von Blutgefäßen beim Kürettement entstanden war. Es muß eine Warnung sein, direkt nach einer Lufteinblasung ein operatives Verfahren vorzunehmen. Im 2. Falle lagen die Verhältnisse weniger klar. Eine Darmperforation wurde gefunden. Die Adhäsionen zwischen Rektum und Uterus bestanden, ist es möglich, daß die ursprünglich geschlossenen und am Dünndarm und der hinteren Uteruswand adhärenten Tuben durch den Gasdruck losgerissen wurden und die Verletzung des Dünndarms verursachten. Möglicherweise hat auch eine zu große, in die Bauchhöhle gelangte Gasmenge einen übermäßigen Druck und den Tod durch Schock veranlaßt.

Die anatoxische Wirkung der Galle auf Typhuskulturen. Ramon u. a. hatten die Wirkung der Galle auf verschiedene Keime studiert, jedoch nicht auf solche, für die Galle ein sehr günstiger Nährboden ist, wie Typhus- und Paratyphusbazillen. Injektion von 5 ccm einer Typhusbouillonkultur in die Bauchhöhle von Kaninchen tötete die Tiere in 12 Stunden, und Typhusbazillen fanden sich in Peritoneum und Herzblut. Eine ebenso reiche Kultur der gleichen Keime in 25% Galle-Bouillon hatte bei Tieren des gleichen Gewichts keinen Einfluß, während solche Tiere 4 Tage später einer Injektion mit Typhusbazillen in einfacher Bouillon erlagen, 10 Tage später jedoch gegen letztere immun waren. Galle hat also eine starke anatoxische Wirkung auf Typhusbazillen, obwohl sie auf diese Keime weder antiseptisch noch lytisch wirkt. Rontal.

89., Nr. 8, 20. August 1927.

Parathyreoides Hormon und Verkalkung des Kallus. Injektionen von Nebenschilddrüsenextrakt bei weißen Ratten beschleunigten nicht nur nicht die Verkalkung des Kallus, sondern zeigten eher die Neigung, diesen Prozeß hinauszuzögern.

Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems. Einige Arten der Neurosyphilis verlangen eine bestimmte Behandlung. Für sehr geringfügige Neurosyphilis genügt die übliche syphilitische Therapie, die bei früher meningealer und später meningo-vaskulärer Neurosyphilis intensiver durchgeführt werden muß. Für serologisch resistente Fälle der letzteren 2 Formen, sowie bei progressiver Paralyse ist Tryparsamid oder Malariabehandlung oder beides indiziert. Bei einigen Fällen von Tabes und bei Optikusatrophie wirkt intraspinale Therapie am besten. Mit diesen Methoden erzielte Verf. in ambulanter Behandlung 62% sehr gute oder gute klinische und serologische Resultate bei früher meningealer, 59% bei später meningo-vaskulärer Syphilis, 31% bei Tabes, 57% Remissionen bei früher progressiver Paralyse und 40% zufriedenstellende Erfolge bei Optikusatrophie. Bei Tabes vermehrt gerade die intraspinale Therapie die sehr guten Erfolge um ein Beträchtliches, bei Optikusatrophie ist dieselbe das einzige Mittel, um den Prozeß zum Stillstand zu bringen, bei später meningo-vaskulärer Syphilis leistet sie wenig. Die Parese-Formel des Liquor ist bei allen Formen der Neurosyphilis von ernster prognostischer Bedeutung. Die beste Therapie der Neurosyphilis bleibt natürlich eine gute Frühbehandlung der ursprünglichen Infektion. Rontal.

The Boston Medical and Surgical Journal.

Nr. 2, 14. Juli 1927.

Subakute bakterielle Endokarditis. Verschiedene Fälle wurden differentialdiagnostischen Standpunkt aus einer Analyse unterz Die respiratorischen Symptome waren in einigen Fällen durch infarkt mit oder ohne Perosplenitis zu erklären, was beim A Schmerzen im unteren Brustkorb ergab. Oder durch pa Kongestion infolge von Mitralstenose oder geschwächtem Myokar wenigen Fällen wurde Lungeninfarkt oder Embolie festgestellt einigen Fällen war lange vor dem Tode Lungensymptome zustellen, die durch diese Faktoren allein nicht zu erklären w Dreimal handelte es sich dabei um grobe Infarkte, zweimal um Thrombus im rechten Ventrikel und einmal eine Thrombose der cava. Lungenembolie fand man in drei Fällen. Chronische Lun tuberkulose kann durch Röntgen ausgeschlossen werden; kli sollte die Gegenwart einer rheumatischen Herzaffektion Diagnose bezweifeln lassen. Kardiale Symptome: die Abwese von Klappenerscheinungen schließt die Möglichkeit einer E karditis nicht aus. Schmerz in der rechten oder linken Schulter viermal, Präkordialschmerz zehnmal vor, wofür Milzinfarkt diaphragmatischer Reizung verantwortlich zu machen Präkordaischmerz kam häufig bei Aortenläsionen vor. Akute karditis kommt häufig vor bei einer Infarktion des Herzens, einer naheliegenden Lungenveränderung oder in Verbindung einer terminalen Nephritis. Bei Endokarditis findet man immer schleunigten Puls; aber auch bei Fieber kann er mehrere normal sein und dann entweder die Diagnose in Zweifel ziehen die falsche Hoffnung einer Besserung erwecken. Leibschme und Splenomegalie. In 17% in den oberen Quadranten. Fieber, Empfindlichkeit und Muskelspasmus sowie Leukozy dabei ist, kann die Diagnose in Zweifel gezogen und Appendi Gallenblasenerkrankung, Kolik oder Nierenstein vorgetäu werden. Da der Schmerz gewöhnlich Folge eines Embolus ist das abrupte Einsetzen das Charakteristische. Niereninfarkt ist schmerzhaft. Eine palpable Milz ist wichtig, sehr häufig und früh vorliegen. Wenn keine anderen Zeichen vorliegen, so Konfusion in die Diagnose kommen. Nieren. Glomerulonephritis vor in ⅓, Infarkte in der Hälfte der Fälle, die zur Autopsie ka Trotzdem war aber die Nierenfunktion wenig beeinträchtigt. spezifische Gewicht wechselte. Blut-Zylinder-Albumen fand zeitweise in ⅔ der Fälle. Oedeme in ⅓ Hypertension ist bei bakteriellen Endokarditis selten. Klappenläsionen sind nicht se bei chronischer Glomerulonephritis mit Anämie, Hypertens schlechter Funktion und erhöhtem N. Gewöhnlich findet man in Anamnese wiederholte Tonsillitis. Allgemeines. Nervensyst 10 Fälle ließen eine aseptische Meningitis vermuten, die die eig liche Störung maskierte. Blut. Die Gegenwart von Makropha ist charakteristisch für bakterielle Endokarditis, außerdem Anä In 30% fand man akute Arthritis oder Gelenkschmerzen. W Salizyl versagt, sollte man immer bakterielle Endokarditis vermu Trommelschlägelfinger: charakteristisch für die pathologische F ist ein feiner gefärbter Hautrand um den Nagel. Von seiten Haut finden sich Petechien in über 50%. Am verläßlichsten sind Veränderungen auf der Konjunktiva, embolischer Natur, dann kle rote Hautflecke an der Innenseite der Hände und Füße. Ebenf embolisch.

Die bakterielle subakute Endokarditis im Allgemeinen Hosp in Massachusetts. Material 145 Fälle: meist waren die Klappen linken Seite befallen; in 7 Fällen kongenitale Affektionen. Arte sklerose und Lues nur in wenigen Fällen. In 84 Fällen positive B kultur. Klinisches Bild: eine lang sich hinziehende Sepsis med Virulenz, Streptokokken, modifiziert durch verschiedene embolis Prozesse, nie Eiterung. In 35 Fällen alter Rheumatismus. The peutische Maßnahmen vergeblich. Verhinderung des rheumatisc Fiebers.

Nr. 3, 21. Juli 1927.

Operation und Vitalkapazität. Die Untersuchungen an Patien ergaben: In allen Fällen war eine Senkung der Vitalkapazität fe zustellen, gefolgt von einer allmählichen Rückkehr zur Norm. Reduktion schwankte zwischen 5 und 80% und die Rückkehr Norm zwischen und 1 und 8 Tagen. Nach Operationen, die Respirationsmuskel nicht betrafen, waren Reduktion und Rückk zur Norm leicht und rapid, so nach der Kauterisation von Häm rhoiden der Fall von 100 auf 92 und Rückkehr zur Norm n 4 Tagen. Nach Exzision einer Hydrozele 20% Reduktion, Rückk

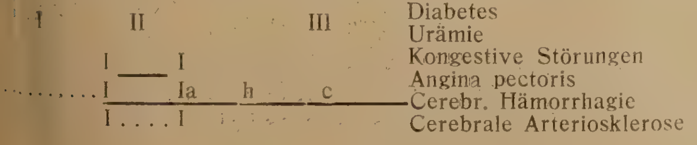
r Norm in 2 Tagen. Bei Durchschneidung der Respirationsmuskel ıren die Reduktionen größer und die Rückkehr zur Norm länger. i Abdominaloperationen war die Reduktion proportional der Aus- 'nung der Operation und der Nähe des Operationsfeldes zum erchfell. Der Grad der Reduktion war mehr bestimmt durch öße und Lokalisation der abdominalen Inzision, als durch intra- lominale Manipulationen. Die Ergebnisse waren praktisch die- ben bei einseitiger oder doppelseitiger Inguinalhernie, chronischer pendizitis, akuter Appendizitis und Umbilikalhernie. Größte Re- ıtionen bei Magenoperationen, wo die Inzision in den gastrischen Winkel reichte: 78—88%. Die Reduktion war die che nach einfacher Probelaparotomie wie nach Gastro- erostomie oder Ektomie durch denselben Schnitt. In keinem dieser le war die Norm bei der Entlassung erreicht, in einem Fall Tage. Nach Operationen am Brustkorb, die keinen Kollaps der ige zur Folge hatten, waren die Reduktionen weniger als nach lominaloperationen. So war der mittlere Fall nach subperostaler sektion des hinteren Segments von 3 Rippen 14%, nach einer ensiven Thorakoplastik wegen chronischen Empyems nur 34%. die Originalkapazität nieder war, war auch die Reduktion ge- ger. So hatte die erwähnte Thorakoplastik eine initiale Kapazität 80%, die auf 34 sank; die gleiche Operation bei einem Patienten eine initiale Kapazität von 35% aufwies, hatte nur eine Senkung 10% zur Folge. In allen Fällen war die Länge der Heilung portional der initialen Senkung. In unkomplizierten Fällen war Rückkehr zur Norm praktisch eine gerade Linie; Komplikationen Wundinfektion zeigten Unregelmäßigkeiten bei der Rückkehr.

Wetter und Pneumonie. Abnorm regnerisches Wetter mit wenig nenschein begünstigt das Auftreten, abnorm kaltes sonniges, kenes Wetter ist ungünstig dafür — wenigstens in Boston.

Nr. 4, 28. Juli 1927.

twicklung der kardiovaskulärrenalen Erkrankung. James P. O'Hare.
ı ungewöhnlicher Fall von perniziöser Anämie. Dwight O'Hara, J. S. Grewal.
iederkehrende postoperative Obstruktion. Edmund F. Curry.
rdinalprinzipien der Herzdiagnose. William O'Reid.
renaladenom. Joseph Merriam, Lawrence W. Smith.

Die kardiovaskulärrenale Erkrankung. Ein Hypertensiver mit pnoe und Herzschmerzen darf nicht lediglich als ein Herzfall gefaßt werden. Er kann an zerebraler Hämorrhagie oder an mie sterben. Man darf aber auch nicht bloß deshalb, weil bei m Hypertensiven Eiweiß und Zylinder im Harn sind, die Auf- ksamkeit nur auf die Nieren richten und Urämie erwarten. Er ıicht gar keine Nierenentzündung zu haben und kann an einem zfehler oder einer zerebralen Affektion sterben. In vielen sog. liorenalen Fällen mit Eiweiß-Zylinder, wird die Dyspnoe, das em, die Albuminurie, die Oligurie mit Unrecht auf Rechnung der ren gesetzt, während sie in Wirklichkeit dem Herzen ursächlich ommt. Dieser Irrtum kann hinsichtlich der Prognose und Be- dlung sehr ernst sein. Man darf nicht vergessen, daß der hyper- ive Prozeß, der sich erst zwischen 35,7:45 zeigt, schon sehr früher beginnt. Daß er sich sehr langsam entwickelt. Wahr- einlich spielt Heredität eine wichtige Rolle; jedenfalls war dies 6% der vom Verfasser beobachteten Fälle zutreffend. Weitere ersuchungen ergaben, daß 42% hohen Blutdrucks schon in früher end Gefäßstörungen zeigten, schon als Kinder von 10—12 hatten häufig ohne Ursache Nasenbluten, eine abnorm hohe Färbung, nte Kongestionen im Gesicht. Oft blaue klamme Finger; die lchen hatten oft profuse Menstruation. Beide zeigten ein vöses Temperament und schon früh eine vasomotorische abilität. Dies ist deshalb von eminentem Wert, weil dagegen prophylaktische Therapie eingeleitet werden kann. So paradox klingen mag, die Hypertension hat also ein nicht hypertensives lium, das bei der Geburt beginnt. Charakterisiert durch ab- ne Ansprechbarkeit des Vasomotorensystems. Und zwar im entlichen in der Form der Vasokonstriktion. Meist treten diese chen, die dann in der Jugend später schwinden, im Alter von 35 wieder auf und zwar gerade bei Geistesarbeitern. Sie hen um die 30, um die menschliche Maschine im richtigen itt zu halten sozusagen, zu viel Gebrauch von den Vasokon- toren. Man kann solche Patienten, wenn man sie so früh zu n bekommt und regelmäßig mißt, mit einem oft normalen, aber häufig die Norm überschreitenden wechselnden Blutdruck en. Den besten Aufschluß gibt die folgende Zeichnung:



I = erstes Stadium,
II = das Stadium vor der Hypertension um 30,
III = Stadium der permanenten Hypertension.
Das Stadium der permanenten Hypertension kann man meist an den Gefäßen des Augenhintergrundes sehen. Hier fällt der Druck nur mehr bei kardialer Schwäche, Schock, Blutverlust oder durch Arzneimittel. Der Tod kann eintreten durch Angina pectoris bei einem Druck, der nie höher war als 165 und andererseits kann einer mit 250 Druck noch lange Zeit ganz behaglich leben. Der systolische Druck setzt sich nämlich aus 2 Komponenten zusammen, aus dem Grunddruck, der nötig ist die Zirkulation zu unterhalten und der Differenz zwischen diesem und dem im gegebenen Moment gefundenen Druck, der abnorm ist, schädlich, eine Vasokonstriktion durch Nervenimpuls, Toxine usw. Vom Beginn des Stadiums des permanenten Drucks kann man nun 3 Faktoren feststellen, die Hypertension (a), die retinale Arteriosklerose (h) und die Herzhypertrophie (c). Letztere ist eigentlich ganz natürlich, man findet sie in 80 aller Hypertensiven. Nun verläuft von der Herzhypertrophie ab die Gefäßerkrankung in verschiedener Richtung, aber gewöhnlich ist in einem System der Prozeß stärker ausgesprochen, einmal in den zerebralen Gefäßen: Nervosität, Reizbarkeit, Konzentrationsmangel, Gedächtnisverlust, Schlaflosigkeit usw. Hierher gehören auch Tinnitus, Taubheit, nasale Hämorrhagien. Sind hauptsächlich die Frontallappen befallen, so kommt es zu psychischen Störungen. Meist ist das Ende zerebrale Hämorrhagie oder Thrombose. Ist mehr das Herz beteiligt, so kommt es zu Angina pectoris oder chronischer Myokarditis. Nach Levine sind 76% der Angina hypertensiv, in Wirklichkeit dürften es aber mehr sein. Auch bei der Myokarditis handelt es sich um eine hypertensive Sklerose der kleinen Blutgefäße. Die meisten Fälle der chronischen Nephritiker um 40 sind primär Hypertensive mit Sklerose der kleinsten Nierengefäße und sekundärer Degeneration und Destruktion der Nieren. Selten ist eine Nephritis jenseits des mittleren Lebensalters einer früheren akuten Nephritis zuzuschreiben. Betrifft diese Sklerose der kleinsten Gefäße das Pankreas: Diabetes; meist beruht der Siabetes der Aelteren so. Alle Hypertensiven sind potentielle Diabetiker. Die Sklerose kann mehrere Systeme befallen; nicht selten tritt der Tod von dem System her ein, von dem man es am wenigstens erwartet. Es gibt zerebrale Hämorrhagien in schweigenden Zonen im Gehirn ohne Paralyse. Und dann zur chronischen Nephritis gehört auch die Funktionsstörung.

Herzdiagnose. Herzkrankheiten stehen in den Mortalitätsstatistiken an erster Stelle. Wie wichtig die Diagnose ist, zeigt der Umstand, daß in Kliniken ein Drittel der Fälle die als herzkrank bezeichnet werden, nicht bestätigt wird. Lewis sagt, ¾ der als herzkrank bezeichneten Fälle sei nicht herzkrank. Eine wichtige Regel ist, bei Patienten unter 40 die Diagnose Herzkrank solange abzulehnen, als nicht eins oder mehrere der Kardinalsymptome vorliegen. Bei Aelteren trifft das Umgekehrte zu. Kardinalsymptome: Ausgesprochene Dilatation der Halsvenen; präkordiales Schnurren, eine leichte Vibration genügt nicht; ein sicheres perikardiales Reibegeräusch; ein diastolisches Geräusch an der Spitze oder Basis (Ausnahmen selten); unregelmäßiger Rhythmus nach Anstrengungen andauernd, bes. wenn der Puls 120 u. m. erreicht; bestimmte Zeichen von Herzvergrößerung; expansile Leberpulsion; ausgedehnte Arterienerkrankung oder ein Blutdruck von 150 u. m. bei Jungen, 180 u. m. bei Aelteren.

Hierzu ist zu bemerken: ausgesprochene vaskuläre Phänomene der Aorteninsuffizienz haben denselben diagnostischen Wert wie ein diastolisches Geräusch an der Basis. Bei Bestimmung der Herzvergrößerung ist Charakter und Lokalisation des Spitzenstoßes wertvoller, als Perkussion. Die Verlagerungen durch Ptosis, Abdominaltumor, Pleuraergüsse sind auszuschließen. Bei unregelmäßiger Herztätigkeit, 120 u. m., bei unregelmäßigem bleibendem Rhythmus, liegt meist sicher Fibrillation der Vorhöfe vor. Wenn die Unregelmäßigkeit nicht absolut ist, Beschleunigung nur bei tiefer Inspiration vorliegt, ein dominanter Rhythmus besteht, also indem 4—5 Schläge also in Zeit und Stärke absolut regelmäßig sind, besteht keine Fibrillation. Ein diastolisches Geräusch an der Spitze ist das beste Zeichen für eine Mitralstenose; es beginnt bei der Oeffnung der Mitralklappe gleich nach dem 2. Herzton, kann leise sein, nur über dem Spitzenstoß gehört werden und oft nur im Liegen. Schnurren ist nur bei anderen untrüglichen Zeichen verläßlich für strukturelle Veränderungen am Herzen. Richtige Pulsation der Leber, nicht nur ein Vorwärtsstoßen durch die Aorta, ist charakteristisch für gestörte Kompensation.

Angina pectoris ist ein Syndrom, das oft ohne physikalische Zeichen einer strukturellen Veränderung am Herzen diagnostiziert werden muß. Schmerzen unter dem Sternum mit typischer Ausstrahlung, besonders bei den Anfällen mit Erschöpfung, darf nie leicht genommen werden. Oft sind etwa vorliegende Zeichen nicht der Angina pectoris zuzuschreiben, sondern der verursachenden

Herzkrankheit. Oft muß man sie lediglich aus der Anamnese und den Symptomen diagnostizieren: die einzige Herzkrankheit, bei der dies möglich ist. Ein negatives Belastungsergebnis ist oft sehr wichtig. Besonders bei Aelteren ist dieses Zeichen solange als positiv zu nehmen, bis das Gegenteil bewiesen ist. Bei jungen Leuten ohne Mitral- oder Aortenerkrankung oder Fibrillärion darf man dieses negative Ergebnis selten dem Herzen zuschreiben: hier muß man an Tuberkulose oder pyogene Infektion denken. Aber: wir besitzen keine in allen Fällen verläßliche Belastungsprobe. Ein Elektrokardiogramm, das eine Leitungsstörung zwischen Ventrikel und Vorhof und ähnlichem aufweist, deutet bei Fehlen von Arznei-Wirkung auf eine Erkrankung des Myokards, wenn auch das Herz klinisch normal erscheint. Das Auftreten eines systolischen Geräusches an der Spitze in fieberhaften Erkrankungen legt den Gedanken an eine Endokarditis nahe, an eine Infektion. In Wirklichkeit lehrt dies eigentlich erst die weitere genauere Beobachtung, die in solchen Fällen unerläßlich. Beim akuten Gelenkrheumatismus zeigt ein Elektrokardiogramm mit partiellen Herzblockerscheinungen, daß der Herzmuskel affiziert ist. Eine septische Herzerkrankung, eine subakute bakterielle Endokarditis kann völlig schweigend, also ohne jedes Geräusch bestehen. Das Herz ist zu beobachten bei den Folgen der Embolie, plötzlicher Erblindung, Hemiplegie, Aphasie, akuten abdominalen oder pulmonären Symptomen, Hämaturie, Petechien. Unregelmäßiges Fieber, Anämie, Milzvergrößerung, schmerzhafte, geschwollene Gelenke, Hauteruptionen können vorliegen. Wichtig ist die positive Blutkultur. Die Endokarditis kann sich auch auf eine schon bestehende Affektion aufpflanzen. Unverläßliche Zeichen: Palpitation, Schmerzen unter der Mamma, eine gewisse Kürze des Atems, Schwindel, Ohnmachten, Erschöpfung, Ermüdung in den Beinen, der normale protodiastolische Galopp, der dritte Ton bei Jungen, das wertlose systolische Geräusch über der Pulmonalisgegend, an der Spitze im Liegen und bei seitlicher Lage. die lauten kardiorespiratorischen, inspiratorischen Geräusche, oft im Rücken zu hören, respiratorische, extrasystolische Arrhythmie, bei fehlenden anderen Zeichen, mäßige inkonstante Tachykardie, kalte, klamme Hände usw.

Aetiologie in kausativer, struktureller und funktioneller Hinsicht.

I. Aetiologie: Rheumatismus, Sepsis, Syphilis, Alter, Hypertension, Hyperthyreoidismus, Diphtherie, kongenitale Fehler, reizbares Herz (keine eigentliche Herzkrankheit), Tumoren und seltene Infektionen.

II. Strukturelle Läsionen: 1. Endocardial: Insuffizienz oder Stenose, intrakardiale Thromben; 2. Myokardial: Myokarditis, Vergrößerung, Achsendeviation, Septumdefekte; 3. Perikardial: akute fibrinöse Perikarditis, perikardiale Ausschwitzungen, Adhäsionen, Pneumoperikard usw; 4. Lage: Kongenitale und erworbene Dextrokardie; 5. Gefäße: Aorten-Dilatation, Aneurysma, Aortitis, kongenitale Veränderungen.

III. Funktionelle Zustände: 1. Herzfehler, Kompensationsstörung: Kongestive Form, Angina pectoris; 2. Arrhythmien: Sinus-A., Sinoaurikulärer Block, atrioventrikulärer Rhythmus, Extrasystolen, paroxysmale Tachykardie, Flattern und Fibrillation, Herzblock, Pulsus alternans.

Die Diagnose einer Herzkrankheit ist dann erst vollständig, wenn alle drei oben genannten Punkte berücksichtigt sind. Jedenfalls gibt diese Klassifikation therapeutische, prognostische und ätiologische Richtungspunkte.

v. Schnizer.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

41., Nr. 2, August 1927.

Morphologische Gallenblasenstudien. Streng von den Luschkaschen Gängen, heterotopen kleinen Gallengängen in der Gallenblasenwand zu scheiden sind die von Rokitansky und Aschoff beschriebenen hernienähnlichen Ausstülpungen der Gallenblasenschleimhaut in die Muskelschicht, die bis in die perimuskulären Gewebsschichten hineinragen.

Extramedulläre Blutbildung bei Anämien. Blutbildung außerhalb des Knochenmarks findet sich sehr häufig bei den Anämien des Säuglings- und frühen Kindesalters. Es können sich sogar geschwulstähnliche Knoten von hämatopoetischem Gewebe entwickeln, besonders im Nierenhilus. Mikroskopisch sind solche Blutbildungsherde aus allen Zellen des hämatopoetischen Systems mit Ausnahme der Mononukleären und Uebergangszellen zusammengesetzt, wobei die Elemente des Erythrozytensystems an Zahl zumeist überwiegen. Diese Zellansammlungen gehen aus den kleinen Herden von blutbildenden Zellen hervor, die überall im Körper verstreut sind (Nie hilus, Brustdrüsen, Fußsohlen u. a. m.). Warum bei manchen dern unter Einfluß der Anämie tumorähnliche Gebilde aus den kle Blutbildungsherden hervorgehen und das kompensatorische Wach einen solchen Umfang erreicht, ist ungeklärt, zumal gleichzeitig das Knochenmark Hypertrophie aufweist.

Auch bei Erwachsenen wird gelegentlich — trotz Bildung rotem Knochenmark — bei schweren Anämien eine umfangre extramedulläre Hämatopoese beobachtet. Die mangelhafte Blu dung bedingt einen Rückschlag zum embryonalen Typus der Blu stehung, wenn das Knochenmark den gesteigerten Ansprüchen gerecht werden kann. Diese extramedullären Herde finden sich Erwachsenen an denselben Organen wie bei dem jungen Individ Milz und Leber sind fast immer in größerem Maße beteiligt, rend die Veränderungen an den Nieren und den Lymphkn weniger ausgeprägt sind. Doch können solche reaktiven Vorg in wesentlichem Grade an der Pleura, den Ligamenta lata und Parametrien sowie an organisierten Thromben zustandekommen. Herde entwickeln sich autochthon aus kleinen Zellnestern und durch Metastasierung aus dem Knochenmark.

Biberfel

Medical and Journal Record.

Nr. 1, 6. Juli 1927.

Pyelographie. Indikationen und Befunde: Schmerzen, die licherweise von Veränderungen des oberen Urinaltraktes ausge obstinate Infektion des Urinaltraktes, verdächtige Röntgenscha im Verlaufe des Urinaltraktes, Hämaturie, die nicht auf eine Sys erkrankung oder eine akute Entzündung des unteren Urinaltra zurückzuführen ist, nicht festgestellte abdominale oder retro toneale Tumoren, die Beziehungen zu den Ureteren oder Ni haben.

Pyelographie sollte immer vorgenommen werden, wenn vag den Rücken, Inguinalregion oder in die Genitalien von der Seite strahlende Schmerzen auftreten und wenn die Symptome sich die Blase beziehen. Tritt der Schmerz bei Ausdehnung des Nie beckens auf und ist das Pyelogramm normal, so kommt beim Ma die hintere Urethra oder eine Prostatitis in Frage, beim W Striktur der Urethra oder Kongestion des Blasenhalses. Auch perinephritischen Abszessen ist das Pyelogramm oft normal. Schmerz braucht nicht in der Nierengegend zu sein: bei einer Hy nephrose war er im äußeren Leistenring und bei einer Hufei niere mitten im Epigastrium.

Bei obstinaten Infektionen enthüllt die Pyelographie oft Ue raschungen, eine infizierte Hydronephrose durch Strangulation Striktur eines Ureters, Senkung einer Niere, Stein, Pyeloneph bei einer atrophischen Niere usw.

Die verdächtigen Schatten können Steine, verkalkte Lyr drüsen, Phlebolithen, Verkalkungen in Milz oder Lunge oder Nierentuberkulose darstellen. Man muß dabei bedenken, daß St nicht immer undurchlässig für Röntgenstrahlen sind und daß Scha in der Nierengegend nicht immer von Steinen allein kommen.

Auch wenn spontan Blut mit und ohne Schmerzen kommt stets der ganze Urinaltrakt zu untersuchen. Mit wenig Ausnah ist Hämaturie durch Veränderungen im Genitaltrakt bedingt zwar in 40—50% im oberen; meist sind Steine, Tuberkulose Tumoren schuld, auch Traumen je nach Schwere und Wirkung, so aber verursacht Pyelonephritis eine massive Hämorrhagie.

Das kindliche Herz. Etwa in den ersten 5 Wochen nach Geburt ist das rechte Herz beim Kinde vergrößert durch die mehrte Anforderung, die der Lungenkreislauf stellt. Dann findet als milde Proteinreaktion namentlich bei Nichtbrustkindern infolge unbedeutender Gastrointestinalstörungen Extrasystolen, tiger frühzeitige Systolen. Schon nach 5—7 Tagen. Endlich bes eine respiratorische Arrhythmie in den ersten Tagen, wahrschein weil sich der Vagus erst einspielt.

Die Sinusarrhythmie oder die respiratorische Irregularität ko beim Adoleszentenherz vor. Sie ist etwas mehr als ein unbalancie Herz: Das Herz hält nicht Schritt mit dem Körperwachstum

ht deshalb stärkere Anstrengungen; es ist aber kein eigentlicher aurikulärer Block. Alle diese 4 Erscheinungen sind harmlos.

Anders bei Infektionen. Da ist zunächst das rheumatische ber. Im präfebrilen Stadium kann das Herz schon affiziert sein jedem klinischen Zeichen: das Kind zeigt nur einige Tage Müdig-, Schlaffheit; das Herz schlägt um 10—20 Schläge weniger: ver-rte Leitung durch frühe Toxämie, was schon ein niedriger Grad Herzblock ist. Oder der Puls des verdrießlichen Kindes ist her als gewöhnlich: die Ventrikelkontraktionen sind, wenn man Puls fühlt, ganz schweigsam, ebenfalls die Toxämie. Ist der im präklinischen Stadium plötzlich auf ⅔ oder die Hälfte redu-für wenige Minuten: Herzblock.

Bei Diphtherie gibt die drohende Herzparalyse absolut keine schen Zeichen. Verf. hat die Beobachtung gemacht, daß, wenn toxin in den ersten 36 Stunden gegeben wurde, dieser Ausgang t erfolgte. Ebenso ist in solchen Fällen Digitalis strikte zu ver-en. Scharlach zeigt für gewöhnlich während des akuten Stadiums e Herzveränderungen außer denen des Fiebers; sie kommen allmählich und sind mehr durch die stetige toxische Absorp-bedingt als durch den oft gleichzeitigen Nierenbefund. Solche öhnlich schwächlichen Kinder zeigen in diesem Falle einfache muskelschwäche, die durch eine spätere Tonsillektomie wieder oben wird. Keuchhusten greift das Herz nicht an, wenigstens ist Kindern die aurikuläre Vergrößerung der Erwachsenen mit chhusten nicht beobachtet. Auch Masern lassen das Kindesherz rührt, jedoch ist im Weltkrieg bei Soldaten Herzaffektion dar-n beobachtet worden. Latente Quellen der Herzschädigung. Hier-gehören vor allem die infizierten Mandeln, die unter 14 Jahren häufigste Ursache sind; darüber kommen periapikale dentale ktionen als Ursache in Frage. Erkrankte Mandeln können ober-lich einen absolut gesunden Eindruck machen; das verläßlichste hen ist die Rötung des vorderen Pfeilers, sind käsige Follikel Eiter beim Ausdrücken. Die Anamnese ist hier vielfach wich-als die Inspektion, namentlich wenn Rheumatismus, Veitstanz, rlach, Diphtherie, wiederholte Tonsillitis und Wachstums-herzen vorkommen. Wenn auch kardiorespiratorische Ge-iche, vorübergehende Geräusche nach Anstrengungen belanglos r, so darf doch andererseits nicht vergessen werden, daß beim lichen Herzen gründliche Untersuchung und dauernde Ueber-hung erfordert.

Wichtige Phasen der essentiellen Hypertension. Das vegetative ensystem spielt dabei die Hauptrolle. Bluttransfusionen senken Druck. Die Viskosität kann nur eine ganz geringe Rolle dabei ien. Wohl aber bestehen gewisse Beziehungen zwischen Allergie essentieller Hypertension. So fand Verfasser, daß in 300 Fällen mit essentieller Hypertension in ihrer Anamnese irgendeine n der Allergie angaben, wie Asthma, Heufieber, Migräne, Ekzema, öse Kolitis usw., daß ihre Kinder allergische Erscheinungen en. Ebenso findet man nicht selten in der Anamnese Apoplexie Arteriosklerose. Adrenalin bessert beides, die Allergie und die heinungen des hohen Drucks. Beide beruhen auf Störungen des tativen Nervensystems. Bei Hypertension kann die bloße psy-che Suggestion von Schmerz den Blutdruck wesentlich erhöhen noch weiter steigern, wenn tatsächlich Schmerzen entstehen. alb muß man auch in solchen Fällen, namentlich wo ein Herz-r oder Apoplexie droht, Schmerzen vermeiden. Ambulatorische druckmessungen sind nicht, wie man irrtümlich annimmt, wert-sicherlich findet man nach Bettruhe einen niederen Druck, was die Diagnose einer essentiellen Hypertension nicht ohne weiteres chließt. Bei stabiler Hypertension liegen meist nur wenige Sym-e vor im Gegensatz zum labilen Druck. Variationen, selbst e Remissionen mit Besserung aller Symptome kommen vor. er Blutdruck ist nicht unvereinbar mit guter Gesundheit und Lang-keit. Heredität ist ein wichtiger Faktor nicht nur beim Auf-en, sondern auch hinsichtlich des Verlaufs und des Endes der ertension. Frauen mit Hypertension fehlen die Achselhaare oft: en endokriner Störungen. Hierher gehört auch die Hypertension ler Menopause, analog auch bei Männern. Ebenso die Ver-ung von Klimakterium, Hyperthyreoidismus und Fettsucht. Zere-e Apoplexie senkt häufig den Druck. Retinale Hämorrhagien n eine prognostische Bedeutung für eine drohende Apoplexie.

Nr. 2, 20. Juli 1927.

iges aus der Pharmakologie. A. D. Bush.
Zände, die epidemische Enzephalitis vortäuschen. Rolfe Floyd, John Fitch andon.
lographie. G. W. Belcher.
er Krebs. Willy Meyer.
innende Lungentuberkulose beim Erwachsenen. M. Jacob.
oholikum und Spiritus frumenti. David Newton E. Cambell.
rmauntersuchungen in okkulten Fällen von Sterilität. G. L. Moench.
idote für Merkurochrom und Hg-Vergiftung. Joseph A. Mendelson.

Epidemische Enzephalitis. Die Veränderungen der epidemischen phalitis betreffen nur ein kleines Gebiet im Gehirn, das aber für psychische Zustände, für die Tätigkeit der dem Willen unterworfenen Muskel, für die Uebertragung sensorischer Impulse und für vitale Nervenzentren außerordentlich wichtig ist. Die Veränderungen bestehen eher in Ischämie als in Destruktion: daher das Vorherrschen der partiellen und temporären Störungen, das Wandernde.

Symptomatologie, Intellektverlust, Aphasie, Lethargie, Reizbarkeit, Delirium, Schlafinversion, emotionelle Instabilität, Veränderung der Persönlichkeit. Motorisch: Lähmungen der von den Gehirnnerven innervierten Muskel, dadurch u. a. Diplopie, myoklonische Kontraktionen (Singultus, Tremor), spastische Zustände, allgemeine Muskelschwäche und auch Krämpfe. Steifer Nacken und Kernig braucht nicht die Regel zu sein. Subjektiv: Kopfschmerzen; radikuläre Schmerzen, die Gallensteine, Cholezystitis, Appendizitis vortäuschen können und was man gewöhnlich Neuritis in den Extremitäten nennt. Von den medullären Zentren aus Respirations- und Schluckstörungen, Erbrechen. Die Reflexe sind oft verändert, zeigen aber keine konstanten oder charakteristischen Veränderungen. Das Fieber wird oft von dem Patienten gar nicht bemerkt. Spinalflüssigkeit klar, unter Druck, mit vermehrtem Eiweiß und Zucker; durch sie allein ist die Diagnose nicht gesichert. Die Trias Diplopie, Lethargie, Asthenie ist gewöhnlich, nicht pathognomisch, nicht konstant. Bei Kindern oft plötzlicher Beginn mit Konvulsionen, Ruhelosigkeit und Stupor. Bei Nacken- und Beinsteifigkeit ist die Unterscheidung von Meningitis oft schwer. In manchen Fällen herrscht ein einzelnes motorisches Symptom vor: Ptosis, Strabismus, Fazialisparalyse, Schluckstörungen, Lähmung eines Gliedes.

An der Hand von 12 Fällen werden nun einzelne Differentialdiagnosen durchgesprochen. Oft klärt erst die Autopsie. Hierher gehört die tuberkulöse Meningitis, die tuberkulöse Ependymitis, Solitärtuberkel je nach ihrem Sitz im Gehirn, die Dilatation der lateralen Ventrikel. Ferner lokale Gehirnläsionen nach septischen Prozessen in anderen Körperteilen (Embolien, septische Thromben-Erweichung), Meningismus nach akuten Infektionen (Pneumonie), Piablutungen von rupturierten Gefäßen beim Status lymphaticus, Aneurysma und Traumen, nicht so sehr selten, intrakranielle Blutung durch hämorrhagische Pachymeningitis, bei der hämorrhagischen Form der Enzephalitis und endlich die Poliomyelitis.

Zusammenfassung:

I. Entzündliche Läsionen:
  A. des Gehirngewebes:
    1. Andere Formen der Enzephalitis: a) akute präepidemische Enzephalitis, b) hämorrhagische Enzephalitis, c) akute seröse Enzephalitis, d) Polioenzephalitis.
    2. Lokale septische Läsionen: a) Abszeß, b) septische thrombotische Erweichung, c) septische Embolie.
    3. Tuberkulöse Läsionen: Solitärtuberkel.
    4. Syphilitische Gehirnläsionen: a) Gummata, b) zerebrospinale Lues, c) Paresis.
  B. der Pia mater: a) purulente Meningitis, b) tuberkulöse Meningitis, c) syphilitische Meningitis, d) chronische Meningitis.
  C. des Ependyms: a) purulente Ependymitis, b) einfache seröse Ependymitis, c) tuberkulöse Ependymitis.

II. Primäre, nicht entzündliche Gefäßläsionen:
  A. Hämorrhagien:
    1. Ins Gehirngewebe, klein lokalisiert oder groß und ausgedehnt.
    2. Von den Piagefäßen idiopathische bei Kindern, beim Status lymphaticus.
    3. Von den Duragefäßen bei interner Pachymeningitis hämorrhagica.
    4. Von größeren intrakraniellen Gefäßen bei rupturierten Aneurysmen.
  B. Arteriosklerotische Stenose: lokale Ischämie oder lokale Gehirnerweichung.

III. Intrakranielle Tumoren, primär oder metastatisch.

VI. Zustände mit nicht leicht erkennbaren Symptomen oder ohne typische Läsionen:
  A. Intoxikationen: reine Urämie durch Nitrogenretention, Meningismus, Alkoholismus, Bleivergiftung, bei Kindern gastrointestinale Zustände.
  B. Vermehrter intrakranieller Druck mit Ischämie, traumatisch oder durch Nephritis (falsche Urämie), endlich Dementia praecox und depressive manische Zustände.

Die Diagnose der beginnenden Lungentuberkulose beim Erwachsenen. Wer auf den Nachweis von Bazillen im Sputum zur Sicherung der Diagnose wartet, wird viel Irrtümern unterworfen sein. Der Patient sucht Hilfe für Besserung von Symptomen, die er nicht in Beziehung bringt zum Zustand seiner Lunge; erhält er sie nicht, so greift er entweder zur Selbstbehandlung oder er fällt den geschäftigen Praktikern in die Hände, die sich mehr auf die Feststellung des Patienten, als auf ihre objektive Untersuchung verlassen. Und in beiden Fällen erkennt man dann den Zustand erst, wenn er weiter vorgeschritten ist. Gerade dieser Erfolg der symptomatischen Be-

handlung ist gefährlich. Die ersten Veränderungen sind wie ihr Urheber mikroskopisch, was man nie vergessen darf. Es herrscht noch viel Konfusion in der Diagnose der Frühfälle. Manche halten positiven Bazillenbefund für unbedingt erforderlich, andere nehmen nur ungern das Vorhandensein des Bazillus als pathognomisch, wenn alle anderen Zeichen fehlen. Wieder andere setzen ihre ganze Hoffnung aufs Röntgen. Eine korrekte Anamnese ist von großer Bedeutung. Stets verdächtig sind häufige Erkältungen, sog. Typhus-, Grippeinfektionen, mehrere Anfälle von Pneumonie. Ebenso Pleuritis, ischiorektale Abszesse, Analfisteln.

Bei Blut im Sputum ist immer festzustellen, woher es kommt. Oft von den Zähnen. Aber eine richtige Lungenblutung ist sehr charakteristisch; ein Kaffeelöffel voll oder mehr spricht in 90% für Tuberkulose. Im schleichenden Falle sind andere Symptome wichtig: Gewichtsverlust, rapider Puls, leichte Temperaturerhöhungen, leichter Husten, leichte Verdauungsstörungen, Appetitverlust, dann die Zeichen des Ulkus, Schmerzen und Hyperazidität, die sogar manchmal ganz im Vordergrund stehen. Dies sind Folgen der Toxämie. Wenn andere Möglichkeiten, fokale Infektion, Sinusitis, Antruminfektion, Mandeln ausgeschlossen sind, insbesondere nach Bettruhe und unter den besten Verhältnissen, dann ist der Verdacht sehr groß.

Die Lokalisation ist mit physikalischen Mitteln oder mit Röntgen nicht immer zu bestimmen. Inspektion hat im Beginn keinen großen Wert. Nach Pottenger und Marstrani sind Schmerzen bei Druck auf die Carotidenregion in 90% vorhanden. Die Perkussion gibt nur über der linken Spitze Ausschlag. Sehr wertvoll ist die auskultatorische Perkussion mit der Stimmgabel (was Ref. voll und ganz bestätigen kann). Dauernde perkutorische Veränderung über der linken Spitze und entsprechender Atembefund sind immer ausschlaggebend. Rasseln findet man meist in Fällen mit positivem Sputum, aber solche Fälle stehen nicht mehr im Beginn. Die Laboratoriumshilfsmittel können von großem Wert sein, aber es sind Serienuntersuchungen zu machen.

Röntgen gibt in 90% Aufschluß, in 0,7% versagt es. Aber viele dieser 90% stehen eben nicht mehr im Anfang. Auf Grund von 1000 Untersuchungen im Trudeausanatorium ist frühe Lungentuberkulose anzunehmen bei Hämoptyse von 1 Teelöffel u. m., wenn Pleuritis mit Erguß vorliegt, bei dauerndem rauhem Rasseln in der oberen Hälfte des Brustkorbes und bei Vorliegen von Bazillen im Sputum.

v. Schnizer.

The American Journal of Hygiene.

Vol. VII, Nr. 5.

Die schützende und heilende Wirkung von großen Dosen Antipneumokokkenserum bei Mäusen. F. A. Coventry.
Eiablage von Necator americanus und Anchylostoma duodenale. F. L. Soper.
Untersuchungen über Organismen der Pasteurellagruppe mit Beziehung zur spezifischen Komplementbindung mit der Eisschrankmethode. R. B. Lal.
Untersuchungen über brasilianische Moskitos. F. M. Roof.
Choleraepidemie durch infiziertes Trinkwasser. H. Lara.
Verhinderung des anaphylaktischen Schocks durch Heparin. R. R. Hyde.
Intranasale Infektion und Immunisierung mit Pneumokokken bei Kaninchen. C. G. Bul und C. M. McKee.
* Wirkung von Aenderung des Blutzuckers auf die Vogelmalaria. M. St. Mac Dougal.
Bakterizidie des Gesamtblutes gegen Pneumokokken und schützende Eigenschaft des Immunserums. C. G. Bull und S. M. Tao.

Blutzucker und Vogelmalaria. Verf. untersuchte den Verlauf der Vogelmalaria bei willkürlich geändertem Blutzucker. Einem Teil der Vögel wurde täglich Insulin injiziert. Diese Tiere (niedriger Blutzucker) überstanden die Krankheit. Eine andere Anzahl Vögel, die zur Erhöhung des Blutzuckers mit Traubenzucker ernährt wurde, fiel fast restlos der Krankheit zum Opfer. Verf. folgert daraus, daß das Ansteigen des Blutzuckers günstige Lebensbedingungen für die Plasmodien schafft, während ihr Fortkommen bei erniedrigtem Blutzucker sehr erschwert ist.

Henning.

Journal of Infectious Diseases.

Vol. 41, Nr. 1, 1927.

Ein neuer Agar-Farbdifferentialnährboden für die Typhus-Koligruppe, besonders zum Gebrauch bei der Wasseranalyse. A. J. Salle.
Beziehung zwischen intrazellulärem Globulin und Toxin des Bac. Botulinus. C. I. Nelson.
Ein von der Maus isolierter säurefester Organismus, Mykobakterium muris. J. I. Simmons.
Synthetische Nährböden zur Identifizierung der Typhus-Paratyphusbakterien. L. Thompson.
Praezipitin, Lysin und Agglutinintesté mit Galle. E. B. Perry.
Der Paultest bei der Diagnose der Windpocken. J. A. Toomey und J. A. Gammel.
Die Bildung des Diphtherie-Antitoxins. A. Locke, E. R. Main und F. A. Miller.
Die Erhaltung des Komplements bei verschiedenen Temperaturen. J. F. N und B. Barfield und I. S. Falk.
Tuberkulose bei Meerschweinchen nach Behandlung mit nichtsäurefesten Tub bazillen. F. A. McJunkin.
Pharmakologisch-bakteriologische Untersuchungen an den vergifteten Pfeiler Afrikanern. I. C. Hall und R. W. Whitehead.
Untersuchungen über die Leptospira Icterohaemorrhagiae. V. Longworthy A. C. Moore.

Vol. 41, Nr. 2, 1927.

Brillantgrün und seine Anwendung in einem Anreicherungsnährboden zur Isol von Typhus- und Paratyphusbazillen. M. L. Rakieten und L. F. Rettger.
Studien über die Kahnsche Probe. R. L. Kahn, N. Nagle und P. L. Kendr
Weitere Untersuchungen über das Staphylokokkenbakteriophagen. B. R. C
Die Wirkung von Formaldehyd auf die Kontraktion des glatten Muskels be Anaphylaxie. A. I. Kendall, H. L. Alexander und J. A. Holmes.
Anaphylaktische Kontraktion, hervorgerufen an der Schleimhaut des isol überlebenden Meerschweinchendarms.
Die Wirkung des Histamins auf die Schleimhaut des isolierten überleb Meerschweinchendarms.
Leptospiren aus Trinkwasser. J. E. Walker.
Wertigkeit alter Pertussisvakzinen. L. Mishoulow, C. Oldenbusch und M. S

California and Western Medicine.

27, Nr. 2, August 1927.

* Anzeichen und Behandlung des chronischen Magen-Ulkus. D. C. Balfour.
Der Allgemeinpraktiker. J. B. Herrick.
* Beobachtungen über die Blutsedimentierung bei tuberkulösen Patienten. R Peers, Ch. J. Durand und Th. C. O'Connor.
* Ueber drei Fälle von bilateralen Nierensteinen. L. I. Oppenheimer
* Schwangerschaftskomplikationen durch chronischen Herzfehler. R. W. Lan
Ueber verschiedene Fortschritte in der Medizin 1926/27. P. J. Hanzlik.
* Die Behandlung des Empyems. E. E. Larson.
Ueber Zervizitis und ihre Behandlung. W. E. Hunter.
Gesäßschmerzen auf urologischer Basis. A. A. Kutzmann.
Klinische Betrachtungen über Pulsdruck. J. M. Read.
Die Indikationen für die Chirurgie bei der Behandlung von Heufieber und Ast S. H. Hurwitz.
Ueber Vorteile der Allgemeinnarkose mit Aethylsauerstoff (C_2H_4). G. A. Johns

Anzeichen und Behandlung des chronischen Magen-Ulkus. chronische Magen-Ulkus ist eine der wichtigsten chirurgischen sionen des Magens und Duodenums; aber es ist relativ selten, nur 1,7% der intraabdominellen Operationen werden von di Krankheit gestellt. Die Indikationen zur Operation werden durch Hämorrhagie nicht gehindert; denn diese Komplikationen finden in etwa 25% aller Fälle, Hämatemesis allein in 28%, Melaena al in nur 10% und beide Erscheinungen zusammen in 62%. Sympt sind vom Verf. bereits acht Jahre vor der ersten Magenblutung b achtet worden. Des weiteren hat er in etwa 15% der Fälle, we zur Operation kamen, einen gewissen Grad von Obstruktion f stellen können. In Fällen der akuten Perforation handelt es sich die sofortige Notwendigkeit der Lebensrettung des Pat. und kann sagen, daß während der ersten sechs Stunden eine Opera so sicher durchgeführt werden kann, als wenn keine Perforation handen wäre. Anders hingegen ist es bei den Fällen der subaku Perforation, d. h. wenn die Perforation zwar gedeckt, aber eine ginnende Infektion doch festzustellen ist, wobei man sich überle muß, welche Art der Operation, wenn überhaupt, ausgeführt wer kann, was bei der akuten Perforation nicht so notwendig ist; d da kommt es nur darauf an, sofort der Perforation beizugehen. züglich der malignen Degeneration kommt eigentlich nur das u rierende Karzinom in Frage; es ist selbstverständlich, daß nach F stellung desselben, wenn irgendwie möglich, operativ vorgegan werden muß. Eine andere Erscheinung, den Sanduhrmagen, finden in etwa 8% der Fälle von Magen-Ulkus, und zwar hat Verf. gefun daß diese Erscheinung mehr bei Frauen als bei Männern auftritt, Verhältnis ist nach seiner Berechnung 3 : 1. Was die operati Maßnahmen anbelangt, so haben wir die lokale Exzision, sei es dem Messer oder durch Kauterisierung. Die lokale Exzision ist, g abgesehen davon, wie befriedigend sie auch sein mag, unvorteilh Fügt man aber die Gastroenterostomie dazu, so sind diese bei gemeinsam der am meisten befriedigende Eingriff. Für manche F kommt die Billroth I-Operation in Frage, welche nach Ma v. Haberer und anderen modifiziert wurde. Auch glaubt Verf., manchen Fällen nicht auf die Operation nach Billroth II verzich zu können.

Beobachtungen über die Blutsedimentierung bei tuberkulö Patienten. Friedländer hat bei einem Vortrag im April 1927 Amerika gesagt, daß die Sedimentierungszeit der menschlichen ro Blutkörperchen eine nichtspezifische, biologische Reaktion sei, wel die Suspensions-Stabilität der Erythrozyten im Blut, welche ni koaguliert wurden, anzeigt. Die Sedimentierungsprüfung besteht der Beobachtung der verschiedenen Geschwindigkeiten, in welch

Erythrozyten in einer speziell dazu konstruierten Röhre, in der vom Plasma getrennt sind, sich senken, und es ist von großer Wichtigkeit, festzustellen, ob eine bestimmte Beziehung zwischen pathologischen Bedingungen und der Zeitdauer, welche die roten Blutkörperchen zur Sedimentierung benötigen, festgestellt werden kann. Untersuchungen haben nun ergeben, daß die Erythrozyten-Sedimentierung bei tuberkulösen Patienten eine ganz bestimmte Tendenz hat. Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Grad der Tuberkulose-Aktivität und dem Sedimentierungsindex. Es ist also sehr leicht möglich, daß nach Aufstellung einer Tabelle in Bezug auf die Sedimentierungszeit und Tendenz durch Untersuchung von entsprechenden unter Umständen der Grad der Tuberkulose festgestellt werden kann.

Ueber drei Fälle von bilateralen Nierensteinen. Oppenheimer beschreibt drei Fälle von bilateralen Nierensteinen, wobei die Symptome des ersten Falles nicht charakteristisch für einen renalen Kalkulus waren. Im Falle 2 war es schon anders, da die Häufigkeit des Urinierens, das Druckgefühl in der Blase und der starke abdominelle Schmerz auf eine Striktur des Urethers schließen ließen. Beim dritten Fall bietet das klinische Bild ein ganz anderes Antlitz gegenüber den beiden vorigen. Trotz sterilen Urins aus beiden Uretheren und trotz normaler Funktion derselben fand sich doch im Röntgenbild, welches auf grund der unbestimmten Beschwerden gemacht wurde, der Nierenstein. Gerade der dritte Fall illustriert die Möglichkeiten der Steinlösung durch Untersuchungsmanipulationen im oberen Urogenitaltraktus. Bei der chirurgischen Behandlung von multiplen, inaccessiblen Nierensteinen ist das renale Fluoroskop, wenn am Operationstisch gebraucht wird, nicht nur eine Hilfe, sondern die sicherste Methode zur kompletten Entfernung der Steine. Leider ist das Fluoroskop nur in ganz großen Kliniken aufgestellt werden, da die Anschaffung eine sehr kostspielige ist.

Schwangerschaftskomplikationen durch chronischen Herzfehler. Die Ansichten, ob und inwieweit Schwangerschaftskomplikationen durch chronischen Herzfehler auftreten können, sind verschieden. Es hat jedenfalls den Anschein, als ob eine Unterbrechung der Schwangerschaft auf Grund eines Herzfehlers nur selten indiziert sei. Ausgenommen davon sind selbstverständlich Pat., die überhaupt keinerlei physische Arbeit verrichten können; aber solche Pat. sind natürlich sehr selten. Die Behandlung wird eine rein interne sein und sich ausschließlich mit dem Herzen befassen. Auf die bestehende Schwangerschaft wird kaum irgendwelche Rücksicht zu nehmen sein; denn sie wird durch die Herzbehandlung kaum berührt. Ein chirurgischer Eingriff kann mitunter Heilung bringen; aber es darf nicht vergessen werden, daß unter Umständen die Unterbrechung noch mehr Komplikationen am Herzen hervorruft. Es ist also sicher, daß die mütterliche Mortalität ganz niedrig sein wird, wenn die Bedingungen des Herzens genau und rechtzeitig geprüft und entsprechend behandelt werden.

Die Behandlung des Empyems. Larson hat 14 Pat. mit akutem Empyem behandelt und davon starb einer; das bedeutet eine Mortalität von 7,14%. Es ist bekannt, daß die frühe Erkenntnis des Empyems und die Ursache desselben von fundamentaler Bedingung sind; denn auf Grund dieser Kenntnis muß die genaue und zum Ziel führende Behandlung einsetzen. Ein akutes Empyem sollte durch einfache Maßnahmen, wie wiederholte Aspirationen, geschlossene Drainage und später, wenn nötig, durch Thorakotomie behandelt werden. Das chronische Empyem muß derart angegangen werden, daß Mortalität und Deformität nach Möglichkeit vermieden werden. Das Ausdehnen der Lunge ist angezeigt, es kann auch eine dauernde Suktion angewendet werden, welche von großen Vorteilen ist. Verf. weist auf den Wert der Spülung mit Dakin'scher Lösung hin, ferner soll die Injektion von Lipoidol in die Kavität eine sehr wirkungsvolle Methode sein, um vor allen Dingen dem Chronischwerden vorzubeugen. Sehr wichtig ist die Ernährung, welche eine möglichst hohe Anzahl von Kalorien enthalten soll. Auch Bluttransfusion ist mitunter notwendig. Atemübungen erleichtern die Lungenausdehnung und sichern ein Minimum an Deformität, aber es bedarf bei ihnen einer geraumen Zeit, und der Pat. darf keinesfalls die Geduld verlieren; denn sie führen, wenn regelmäßig durchgehalten, fast ausschließlich zu guten Erfolgen.

Hofbauer, Berlin.

Buchbesprechungen.

Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge. Herausgegeben von A. Gottstein-Charlottenburg, A. Schloßmann-Düsseldorf und L. Telecky-Düsseldorf. Vierter Band: Gesundheitsfürsorge, soziale und private Versicherung. XII. 874 Seiten und 42 Abbildungen. 1927. Berlin. Verlag Julius Springer. — Der vorliegende Band ist vornehmlich der sozialen Hygiene des Kindes- und Jugendalters gewidmet. L. Ascher-Frankfurt a. M. eröffnet die Reihe mit der Abhandlung über Gesundheitsfürsorge. Hier behandelt er sämtliche Fragen, die dieses Thema umfassen, wie Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, Schülerfürsorge, Tuberkulosefürsorge, Gesundheitsfürsorge für Geschlechtskranke, Fürsorge für Geisteskranke und Geistesschwache, Blindenfürsorge, Taubstummenfürsorge, Krüppelfürsorge, Gesamtfürsorge (Familienfürsorge, Bezirksfürsorge usw.) Alles das auf 26 Seiten! Natürlich kann diese Abhandlung zum Nachschlagen wenig dienen, und es ist auch gar nicht nötig, denn beinahe jede Frage wird nochmals von anderen Autoren ausführlicher behandelt. Wenn aber die Aschersche Arbeit als Einführung bestimmt ist, so hätte sie unseres Erachtens anders verfaßt werden sollen. Lesenswert ist dagegen die Abhandlung von St. Engel-Dortmund und von H. Behrendt-Frankfurt a. M. über Säuglingsfürsorge (einschließlich Pflegekinderwesen und Mutterschutz). Mit Recht heben die Verfasser hervor, daß jeder Kinderarzt ein Sozialarzt sein soll und daß die Säuglingsfürsorge ganz zweifellos positive Resultate erbracht hat. Sie weisen auch darauf hin, daß die Skepsis mancher, daß Säuglingsfürsorge dysgenisch wirken kann, sehr übertrieben ist, denn von Geburt aus Schwächliche stürben trotz der Fürsorge frühzeitig, dagegen sind viele gesunde Kinder nur dank der Fürsorge am Leben zu erhalten. Sie behandeln auch dankbarerweise die Methodologie der Statistik, die ja viel zu wünschen übrig läßt und zeigen, wo die Fehlerquellen zu suchen sind. Der Satz: „Die Statistik ist für die soziale Medizin dasselbe wie die Untersuchung des Körpers für die Individualmedizin“ verdient oft zitiert zu werden. Dabei erlauben sich die Verfasser allerdings einen kleinen Fehler, indem sie das statistische Material zum großen Teil aus zweiter, wenn auch zuverlässiger Quelle benutzen. Das ist nach unserer Ansicht für ein sozialhygienisches Werk nur in Ausnahmefällen zulässig. Davon abgesehen, daß dadurch das Material veraltet ist, ist es schon deshalb prinzipiell unzulässig, weil die besten medizinal-statistischen Werke Fehler in sich haben. Viel zu kurz erscheint uns der Abschnitt über Mutterschutz. Gerade dieses Kapitel sollte in Anbetracht des stärkeren Anteils der Frauen im Betriebsleben ausführlicher behandelt sein. Ueber Kleinkinderfürsorge schreibt der auf diesem Gebiet bewährte Verfasser Gustav Tugendreich-Berlin. Es ist durchaus zu begrüßen, daß der Verfasser auf das Erziehungswesen seine besondere Aufmerksamkeit gelenkt hat. Psychische Hygiene wird von uns leider noch viel zu wenig getrieben. Es ist daher andererseits zu bedauern, daß der Autor hier nicht ausführlicher war und sich abgesehen von Pestalozzischen Grundprinzipien hauptsächlich mit Fröbel und Montessori beschäftigt hat. Diese beiden letzten Methoden sind freilich die Hauptmethoden in der Kindergartenpädagogik. Nun aber ist die allgemeine Kinderpsychologie nicht zu verkennen. So wären hier Auseinandersetzung mit Stern, Koffka, Karl Bühlen u. a. am Platze gewesen. Und weil die soziale Hygiene sich hauptsächlich mit den Einflüssen der sozialen Umwelt auf die Gesundheitsverhältnisse beschäftigt, so vermissen wir hier eine, wenn auch evtl. kritische Behandlung der Themata, die der Individualpsychologe Otto Rühle als Grundlage seines verdienstvollen Buches: „Die Seele des proletarischen Kindes“ (Verlag Am anderen Ufer. Dresden [Buchholz-Friedewald]) gewählt hat. In seiner Abhandlung über Soziale Hygiene und Schulalter hat A. Gastpar kaum etwas unterlassen, was vom Standpunkt der sozialen Hygiene des Schulalters aus von Bedeutung ist. Besonders verdienstvoll erscheint uns seine eingehende Abhandlung der Anthropometrie der Schulkinder, wenn auch die praktische Seite nicht ganz fehlerfrei ist. Seine Ausführungen über Berufsberatung sollten etwas länger sein, da ja die diesbezügliche Literatur noch recht dürftig ist. Gedankenreich ist die Abhandlung „Der Schularzt“ von A. Oebbecke-Wiesbaden. Besonderes Verdienst hat er sich durch seine Ausführungen über die leider viel zu wenig beachtete Frage der „Physiologie und Psychologie der Unterrichtshygiene“ erworben. Ueberhaupt sollten seine Ausführungen auch von Praktikern gelesen werden, von Menschen, die als Ratgeber oder Berater der Eltern in Erziehungsangelegenheiten zu fungieren haben. Im Zusammenhang hiermit soll auf eine Stelle hingewiesen werden, die allgemeine Bedeutung hat: „Die Psychologie, welche so lange von der modernen Aerztegeneration vernachlässigt wurde, mit ihren übertriebenen Hoffnungen auf die mikroskopische Gehirnanatomie; die doch zunächst nur neurologische Resultate ergeben kann, muß wieder intergrierender Bestandteil des medizinischen Studiums werden. Allerdings nicht in der alten spekulativen naturphilosophischen Form, sondern gestützt auf eine experimentelle, funktionelle, physiologische Psychologie, wie sie namentlich von dem früheren Professor für Psychiatrie und jetzigen Ordinarius für Psychologie Ziehen begründet wurde durch sein Lehrbuch der physiologischen Psychologie. Zwar können die psychologischen Experimente, die sich meist auf den quantitativen Koeffizienten psychologischer Produkte beschränken müssen, nicht alle psychologischen

Fragen beantworten, namentlich nicht solche transzendentaler Art; aber auf solcher Ausgangsbasis kommt man doch durch geschultes biologisches Denken zu transzendentalen Analogieschlüssen, welche sich in den allgemeinen Rahmen naturgesetzlicher Logik einpassen. So ist jetzt eine von bedeutenden Aerzten geschaffene neue Psychologie und Psychopathologie entstanden, die im Gegensatz zu der alten spekulativen Psychologie auf gesicherter naturwissenschaftlicher Basis sich aufgebaut hat. Wir nennen hier neben Ziehen-Bumke (Psychologische Vorlesungen für Aerzte; Was sind Zwangsvorgänge?), Gaspers (Allgemeine Psychopathologie), Freud (Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse; Zur Psychopathologie des Alltagslebens), Rauschberg (Das kranke Gedächtnis), Willmann (Zur Psychopathologie des Landstreichers), Meyerhof (Zur psychologischen Theorie der Geistesstörungen), Kronfeld, ein Schüler Liepmans (Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis, Logik der Psychiatrie), Kretschmer (Medizinische Psychologie). Ferner die Psychologie des Kindesalters betreffend zuerst den Pädiater Czerny (Der Arzt als Erzieher), Bühler (Die geistige Entwicklung des Kindes), Gruhle (Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität), Mönkelmüller (Die Psychopathologie der Pubertätszeit), Hermann (Grundlage für das Verständnis krankhafter Seelenzustände und psychopathischer Minderwertigkeiten beim Kinde), Bruns (Die Hysterie im Kindesalter), Eulenburg (Schülerselbstmorde). Die meisten dieser Werke sind schon in mehreren Auflagen erschienen und beweisen, daß sie einem Zeitbedürfnis entsprechen. Es sind also ärztliche Lehrer der Psychologie genügend vertreten und damit auch die Vorbedingungen erfüllt, um die Psychologie neben der Psychopathologie als besonderes Universitätsfach für die Mediziner einzuführen. Beides muß in Verbindung gehalten werden. Man kann das Pathologische nicht richtig verstehen, wenn man die Relation zum Normalen nicht hat" (S. 334). Verfasser empfiehlt dem Arzt und dem Lehrer zusammenzuarbeiten und auch auf die Eltern gemeinsam einzuwirken. Wie wichtig diese Zusammenarbeit ist, zeigt Th. Hoffa-Barmen in seiner Abhandlung über „Schulkinderfürsorge". Dieses Kapitel umfaßt hauptsächlich das Kinderhortwesen, Erholungsfürsorge und Heilstättenbehandlung. Gerade allerneueste statistische Veröffentlichungen zeigen, wie wichtig solche Einrichtungen sind. Erstens hat die im Jahre 1925 stattgefundene Betriebszählung erwiesen, daß der Anteil der Frau im Berufsleben noch viel höher ist, als man hätte erwarten können, zweitens zeigt die Statistik, daß das Gesundheitswesen der Kleinkinder in der letzten Zeit sich verschlimmert hat. Da aber die Bedingungen für gesundes Wachsen der Kinder seit dem Kriege zum Teil katastrophal sind, muß alles mögliche geschehen, um eine gesunde Generation zu erhalten. Es ist darum den Ausführungen des bewährten Praktikers eine besondere Beachtung zu schenken. Ueber die „Fürsorge für moralisch Minderwertige" schreibt A. Gregor-Flehingen. Der Verfasser ist leitender Arzt der badischen Erziehungsanstalten. Sein Beobachtungsmaterial ist reich und darum sind seine Ausführungen wertvoll. Doch hat er eine Bewegung ganz außer acht gelassen, die gerade die Minderwertigkeit zum Ausgangspunkt ihrer Theorie hat. Wir denken an die Adlersche Individualpsychologie. Wenn auch der Verfasser mit dieser Theorie nicht einverstanden ist, so erscheint uns doch in einem sozialhygienischen Handbuch eine Auseinandersetzung mit ihr unerläßlich. Die Frage der „Fürsorge für Schwachsinnige und Epileptiker" hat C. Kleefisch-Essen zum Verfasser. Die Behandlung dieses Kapitels ist besonders schwierig und undankbar. Und wieviel es noch zu tun gibt, ist aus dem Schlußwort der relativ umfangreichen Arbeit des Verfassers zu ersehen: „Ein wichtiges Gebiet liegt in der sozialen Seite des Schwachsinns. Hier sind es vornehmlich die leichteren Stufen, welche den Juristen, den Sozialtheoretiker, den Arzt und den Erzieher zusammenführen. In der Fürsorgeerziehungsgesetzgebung sind neue Wege eröffnet, den sozialen Schäden jugendlicher Verwahrlosung zu begegnen. Auch der soziale Defekt kann als eine Krankheit betrachtet werden, der überhaupt oft auf körperliches oder geistiges Gebrechen zurückzuführen ist. So weist auch die Erfahrung mit dem Fürsorgeerziehungsgesetz hin auf die soziale Bedeutung der angeborenen oder früh erworbenen geistigen Minderwertigkeit, sie zeigt zugleich der sozialgesetzgeberischen, der kriminalistischen und forensischen Betrachtung neue Aufgaben und alte Erfahrungen im neuen Licht. Es ließe sich noch manches namhaft machen. So wird für die Erforschung des Schwachsinns eine enge Fühlung mit der Forschung der normalen Geistesentwicklung im Kindesalter unerläßlich sein, und so auch wird unser kinderpsychologisches Wissen aus der Kenntnis der auf verschiedenen Stufen gehemmten Entwicklung der kindlichen Psyche, aus den Rudimenten des psychischen Geschehens neue Anregung schöpfen. So wird die Bearbeitung dieses Gebietes auch über seinen Kreis hinaus in die verschiedenen Interessengebiete hinein befruchtend und anregend wirken können (H. Vogt, W. Weygandt). Aber die Mittel und Einrichtungen zu diesem Zweck sind noch sehr dürftig und die Klage Breslers (Psych. Neur. Wochenschau 1926, Nr. 48) ist leider allzu berechtigt: „Wer in dem psychiatrischen Beruf tätig ist, und täglich die schmerzliche Frage der Angehö Geisteskranker nach dem Warum? und Woher? und Wohin? b worten soll und möchte, der Angehörigen, deren Antlitz gar oft Gram des Selbstvorwurfs zerfurcht ist — der blickt nicht ohne auf die großartigen Erfolge der Seuchenbekämpfung und überl die der Ursachenforschung und -bekämpfung auf den anderen bieten der Medizin. Aber wir kämpfen auf einem ganz ander arteten, viel schwierigerem Boden und dabei doch entfernt mit den Mitteln und Hilfen, wie sie dort zur Verfügung stehen. Ursachenforschung, die Grundlage aussichtsreicher Behandlung Vorbeugung, müßte auf dem Gebiete der Geisteskrankheiten anders betrieben werden als bisher; eigentlich geschieht „offiziell" überhaupt nichts. Es gibt ein Reichsgesundheitsamt, es befaßt sich nicht mit der geistigen Gesundheit! Auch in Ländern gibt es nichts hierfür. Es gibt hygienisch bakteriolog Institute, aber keine hygienisch-psychischen (S. 511)." Ueber Entwicklung und den heutigen Stand der „Fürsorge Geisteskranke" berichtet Eugen Matthias-Lübeck. Auch Abhandlung zeigt die Reformbedürftigkeit der Psychopathenfürs

Unzulänglich ist die Abhandlung von Ed. Martin-Elbe über Schwangeren- und Wöchnerinnenfürso einschließlich Anstalten. Seine Ausführungen sind zu kurz und vor allem viel zu optimistisch und einseitig. Zu werfen ist sein Hinweis auf die „Veröffentlichungen des Ar geberverbandes der Textilindustrie" ohne diejenigen der Ar nehmer zu erwähnen. Gerade die letzteren und die Verö lichungen des bekannten Sozialgynäkologen Max Hirs Berlin zeigen ein anderes Bild, das sehr beachtenswert ist. Uebersicht über Mutterschutz und Fürsorge im Ges (Sozialversicherung, Gewerbeordnung) gibt uns Clara Schlo mann-Düsseldorf, über „Beratungsstellen", vornehmlich für schlechtskranke L. Ascher-Frankfurt a. M. Ein Ueberblick „Krüppelfürsorge" stammt aus der Feder von W. V. Sim Frankfurt a. M. Diese Abhandlung verdient Beachtung, zumal zuletzt Praktiker durch Frühdiagnose und durch entsprechende lehrung der Eltern bzw. durch Anzeige viel zur Bekämpfung Krüppeltums beitragen können. Ebenfalls ist sehr zu beac die instruktive Arbeit von W. Feilchenfeld über „Fürs für Blinde". Die Abhandlung von H. Rosenhaupt-M über die Hilfsorgane der Gesundheitsfürsorge, Wirkungskreis und ihre Ausbildung sowie die von E. Seligm über „Desinfektions- und Seucheschwestern bietet für den ärztli Leser wenig Interessantes, dagegen für den Laien, der sich Gesundheitsfürsorger ausbilden will. Von Aerzten, besonders jüngeren und Studierenden ist die Abhandlung von Herr Dersch-Berlin über die „Sozialversicherung" seh beachten. Hier ist in kurzer, sachlicher und klarer Weise ausgeführt, was zum mindesten über Sozialversicherung zu wi ist. Die Abhandlung ist auch als Sonderdruck erschienen. Eben objektiv und aufschlußreich ist die Abhandlung: „Der Arz der Deutschen Sozialversicherung" von W. Pryll-Berlin sowie von H. Knepper-Köln a. Rh.: „ Arzt in der Invaliden- und Unfallversicheru Die drei letztgenannten Arbeiten vermitteln uns in konzentri Weise die wichtigsten Kenntnisse aus dem Gebiet der Sozialmed Den Band schließt der verdienstvolle Spezialist auf dem Gebiete Versicherungsmedizin G. Florschütz-Gotha mit der Abhand über Privatversicherung. Wir haben erst neulich die Stellung der Versicherungsmedizin in der Konstitutionslehre der sozialen Hygiene geschrieben, so daß es sich erübrigt, diese Arbeit zu referieren. Es ist nur zu bedauern, daß sie vi kurz ist. Zu bedauern ist ferner, daß auch dieser Band als Ga nicht einheitlich und systematisch ausgearbeitet ist.

M. Kantorowic

Erwin Liek: **Der Arzt und seine Sendung.** 5. Aufl. (16.- Tausend), München, I. F. Lehmann 1927. 4,— bzw. 5,— M. — W ein Buch binnen Jahresfrist fünf Auflagen erlebt, spricht das für selbst. Man kann wohl sagen: Lieks Buch ist Allgemeinbesitz n bloß der Aerzte, sondern auch vieler anderer Kreise geworden. D erübrigt sich eine Inhaltsangabe.

In seinen Vorlesungen über die Pflichten und Eigenschaften d Arztes 1778 sagte John Gregory: Der Wert von literaris Arbeiten beurteilt sich a) nach der Richtigkeit der Beobachtungen der Schlußfolgerungen, b) nach dem Beifall des Publikums und guten Wirkungen, die sie hervorbringen. Ich glaube, Leser und fasser können gleichmäßig zufrieden sein.

Buttersack, Göttinge

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

erlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854

UMMER 44 — BERLIN, DEN 4. NOVEMBER 1927 — 45. JAHRGANG

Originalien.

Aus der Univers.-Kinderklinik zu Berlin.

Diagnostische Besonderheiten der kindlichen Tuberkulose.*)

Von

Prof. E. Schiff.

(Fortsetzung.)

Schließlich wäre noch die Tertiärtuberkulose, die ilierte Phthise zu erwähnen. Wir können uns hierbei kurz fassen, eil sie beim Kinde nur selten vorkommt, und weil der Verlauf sich n der Phthise der Erwachsenen nicht unterscheidet. Bei der ilierten Phthise beherrscht der tuberkulöse Lungenherd das ankheitsbild. Der Organismus hat seine Immunität soweit ausbildet, daß Ausstreuungsherde nicht mehr angehen. Es fehlt also : hämatogene Metastase wie auch die epituberkulöse Infiltration. cht die exsudative, sondern die produktive Entzündung herrscht r. Der Heilungsvorgang erfolgt nicht wie im Sekundärstadium rch Resorption, sondern durch Vernarbung. Die lokale Tuberlinempfindlichkeit ist stark herabgesetzt, während die Allgemeinipfindlichkeit gesteigert ist. Man unterschidet zwei Verlaufsmen die produktive, azinös-nodöse Form und die ersudative. Wirklichkeit kommen beide Formen stets zusammen vor, nur daß mal die eine, ein anderes Mal die andere Form überwiegt. Die sudative Form neigt zur Verkäsung und zum kavernösen Zerfall. e Entstehungsbedingungen der tertiären Phthise sind noch nicht klart. Manche Autoren führen sie auf exogene Reinfektion rück, andere hingegen glauben, daß ein großer Teil allmählich aus r sekundären Tuberkulose sich entwickelt. Die klinische Diagnose r Phthise macht in der Regel keine Schwierigkeiten.

Sie haben gesehen wie wenig die subjektiven Beschwerden in r Tuberkulosediagnostik des Kindesalters zu verwerten sind. rner, wie oft auch die klinischen Untersuchungsmethoden, die rkussion und Auskultation uns im Stich lassen. Wenn Sie hließlich bedenken, daß viele Fälle von kindlicher Tuberkulose mptomfrei, oder äußerst symptomarm verlaufen, dann muß türlich die Frage aufgeworfen werden, wann wir an die öglichkeit einer Tuberkulose zu denken haben.

Ein großes Gewicht ist stets auf eine möglichst genaue Anamse zu legen. Zu betonen ist, daß hierbei nicht so sehr, oder gar ausschließlich nur die hereditäre Belastung zu berücksichtigen i, sondern vielmehr die Frage, ob das Kind mit tuberkulösen rsonen — innerhalb oder außerhalb der Familie — in Berührung kommen ist. (Kleinschmidt.) Auch beim geringsten Vercht ist die Tuberkulinreaktion anzustellen, ebenso wie in allen gnostisch unklaren Fällen. Mit Recht wird von Kleinschmidt d Opitz gefordert, daß die Tuberkulinproben wesentlich häufiger gewandt werden müßten, als dies in der Praxis geschieht.

Was besagt nun die Tuberkulinreaktion? Fällt die Probe positiv s, so bedeutet dies, daß eine Infektion mit Tuberkelbazillen stattfunden hat und der Organismus befähigt ist, auf den Tuberkulinz tuberkuloses Gewebe zu produzieren. Die Reaktionspapel beht nämlich aus spezifisch tuberkulösen Gewebselementen. Die Infektion mit Tuberkelbazillen bedeutet aber noch keine Erkrankung an Tuberkulose. Es ist eigentlich selbstverständlich, daß unter sozial ungünstigen Verhältnissen, die Expostionsgefahr, d. h. die Gefahr mit tuberkulösen Menschen in Berührung kommen, eine wesentlich größere ist, als in gut gestellten Kreisen. Dementsprechend ist auch die Tuberkulin-Allergie bei ersteren häufiger als bei letzteren. Unter den poliklinischen Patienten der Berliner Universitäts-Kinder-Klinik fand Opitz bei Kindern zwischen dem 8.—14. Lebensjahr zirka 50% positive Tuberkulinreaktionen. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß parallel mit dem Alter des Kindes die positiven Reaktionen sich häufen. So wird natürlich die positive Reaktion bei einem älteren Kinde, insbesondere in den sozial schlechter gestellten Bevölkerungsschichten nicht ohne weiteres für die tuberkulöse Natur der Erkrankung sprechen. Demgegenüber zeigt eine positive Tuberkulinreaktion beim Säugling, wie auch in der Regel in den ersten 2—3 Lebensjahren das Vorhandensein eines aktiven tuberkulösen Herdes an.

Ein wesentlich größerer diagnostischer Wert kommt der negativen Tuberkulinreaktion zu. Mit den entsprechenden Kautelen ausgeführt, besagt der negative Ausfall der Tuberkulinprobe, daß eine Infektion mit Tuberkelbazillen nicht stattgefunden hat. — Allerdings gibt es einige Ausnahmen, die nicht außer Acht gelassen werden dürfen:

1. Kann der Organismus noch im Stadium der Inkubation sich befinden. Bekanntlich vergehen nach stattgehabter Infektion meist 3—7 Wochen, bis die primäre Allergie sich entwickelt hat, d. h. bis die Tuberkulinreaktion positiv ausfällt. —
2. Gibt es verschiedene Krankheiten, welche zu einer vorübergehenden Abschwächung oder Aufhebung der Allergie führen. Masern und die epidemische Grippe sind hier an erster Stelle zu nennen.
3. Im Stadium der tuberkulösen Kachexie, bei Miliar- oder Meningealtuberkulose kommt es ebenfalls im Laufe der Erkrankung zu einer Abnahme der lokalen Tuberkulinempfindlichkeit.

Die am häufigsten angewandte Methode, um die Tuberkulinempfindlichkeit zu prüfen, ist die kutane, wie sie von Pirquet angegeben wurde. Sie ist am leichtesten durchführbar, und zur schnellen Orientierung, speziell bei größeren Untersuchungsreihen, am ehesten geeignet. Wir verwenden hierzu, wie auch zu den anderen Methoden, das gewöhnliche Alttuberkulin.

Es sind zu dieser Kutanprobe auch spezielle, konzentrierte Tuberkuline hergestellt worden, wie das Kutituberkulin der Höchster Farbwerke und das Hauttuberkulin der Behringwerke. Nach den Erfahrungen von Opitz ist eine sichere Ueberlegenheit dieser Hauttuberkuline nicht nachweisbar. Es liegt also kein Grund vor, vom Alttuberkulin abzukommen. Fällt bei einem stark Tbc.-verdächtigen Patienten die Hautprobe mit Alttuberkulin negativ aus, so ist empfehlenswert, die Reaktion mit Perlsuchttuberkulin zu wiederholen. — Betont sei aber, daß eine Differenzierung zwischen humaner und boviner Infektion auf diesem Wege nicht möglich ist. Das diagnostische Tuberkulin Moros vereinigt beide Tuberkulinarten.

Wesentlich empfindlicher als die Hautprobe ist die Intrakutanreaktion. Auch hierzu wird das Alttuberkulin verwandt. Man spritzt 0,1 cm^3 einer 1 : 10 000 Verdünnung. Wenn notwendig, kann die Probe mit stärkeren Konzentrationen: 1 : 1000, 1 : 100,

*) Fortbildungsvortrag.

ja auch mit 1 : 10 Verdünnung wiederholt werden. — Es ist am besten, die Verdünnung selbst ad hoc zu bereiten, denn bei Aufbewahrung in diesen Verdünnungen geht das Tuberkulin schnell zu Grunde.

Bei Verdacht auf Tuberkulose werden wir stets zuerst die Tuberkulinreaktion anstellen und erst dann, wenn notwendig, die röntgenologische Untersuchung vornehmen. Wir kombinieren beide Untersuchungsmethoden aus dem Grunde, weil die alleinige Berücksichtigung des Röntgenbildes, wie erwähnt, schwere Täuschungen herbeiführen kann.

Schwierig ist oft auch die Entscheidung, ob wir es mit einem aktiven oder ruhenden tuberkulösen Prozeß zu tun haben. — Biologisch ist nicht einmal die Verkalkung ohne weiteres mit Heilung zu identifizieren. Denn auch die verkalkten Herde können noch virulente Tuberkelbazillen enthalten, ferner kann, wie von Duken betont wird, auch bei verkalktem Primärkomplex in anderen Herden die Tuberkulose ungestört sich weiter entwickeln. — Natürlich spricht der Nachweis von in Schüben auftretenden tuberkulösen Hautherden (Skrophulodermen, papulo-nekrotischen Tuberkuliden) oder Knochenmetastasen für einen labilen, oder man kann auch sagen, aktiven tuberkulösen Herd. Ebenso auch der positive Bazillenbefund im Sputum. Allerdings muß erwähnt werden, daß bazillenhaltige Sputa auch bei sicher aktiven Tuberkulösen im Kindesalter nicht häufige Vorkommnisse sind. Keinesfalls darf man sich aber hierbei nur auf eine Untersuchung verlassen. Dies mahnt bei der Beurteilung, ob eine offene oder geschlossene Tuberkulose vorliegt, zur größten Vorsicht. Mit Recht betont Duken, daß ansteckungsfähige Tuberkulosen beim Kinde manchmal die Eigentümlichkeit haben, daß sie weder einen röntgenologischen noch einen klinischen Befund aufweisen (ebenso Bossert, Peiser).

In den letzten Jahren ist zur Beurteilung der Aktivität die Bestimmung der Senkungsgeschwindigkeit, der Kolloidstabilität des Blutes, die Bestimmung der Blutlipose, wie auch die feiner Differenzierung des qualitativen Blutbildes nach Arneth-Schilling herangezogen worden. — Spezifisch sind diese Reaktionen alle nicht. Sie können bei sorgfältiger klinischer Kontrolle des Patienten und bei fortlaufender Untersuchung Wertvolles leisten, mit einer einmaligen Untersuchung ist aber nichts anzufangen. — Die von Wildbolz angegebene Harnreaktion, die Prüfung auf tuberkulinartig wirkende Körper im Urin besagt nach unseren mit Eliasberg ausgeführten Untersuchungen nichts über die Aktivität oder Inaktivität des tuberkulösen Herdes.

Schwierig ist in vielen Fällen auch die Beurteilung der Prognose. — Für den Verlauf sind verschiedene Faktoren von Bedeutung. Zunächst das Alter des Kindes. In je früherem Lebensalter die Infektion erfolgt, umso schlimmer die Prognose. Kinder im Schulalter infizieren sich mit zunehmender Häufigkeit, erkranken aber relativ selten an manifester Tuberkulose. Infiziert sich ein Säugling mit Tuberkelbazillen, so ist die Prognose, wenn die Mortalität auch keine 100 % beträgt, immerhin ungünstig. — Vom 3. bis 4. Lebensjahr an ist die Resistenz der Kinder mehr gefestigt, der Verlauf der Tuberkulose ist im allgemeinen günstiger. Auch die Virulenz der Erreger, die Massivität und Häufigkeit der Infektion spielen für den Verlauf der Erkrankung ebenfalls eine bedeutsame Rolle. Selbstverständlich ist auch die Lokalisation des tuberkulösen Herdes von größter Bedeutung. Eine Meningitis tuberculosa geht zu Grunde, ebenso in der Regel die ulzerative Darm- und Nierentuberkulose, während eine Lungen-, Bauch- oder Knochentuberkulose restlos ausheilen kann. Ferner sei auch das Trauma erwähnt. Die klinische Beobachtung, daß bei Tuberkulose infizierten Kindern ein Sturz, z. B. auf den Schädel, eine Meningitis, die Quetschung des Fingers oft eine Spina ventosa zur Folge hat, ist so aufdringlich, daß die Bedeutung des Traumas für den Verlauf der Tuberkulose nicht in Abrede gestellt werden kann. Auch konstitutionelle Faktoren können bedeutungsvoll sein. Die hydropische Konstitution, die mit einer erniedrigten normalen Resistenz einhergeht, erschwert auch den Kampf mit den Tuberkelbazillen. — Von den erworbenen schädlichen Einflüssen wurden bereits die Masern und die pandemische Grippe erwähnt. Daß bei tuberkuloseinfizierten Kindern, z. B. nach Masern, manchmal Exazerbationen und Generalisierungen auftreten, ist bekannt. Von praktisch größter Bedeutung für den Verlauf ist ferner, ob das Kind intra- oder extrafamiliär infiziert worden ist. Eliasberg zeigte, daß letale, akut verlaufende Erkrankungen meist bei extrafamiliärer Infektion erfolgen, währ[end] bei Tuberkulose der Eltern die Erkrankung des Kindes ei[nen] chronischen Verlauf nimmt. Nach Bessau kann der Ausfall [der] kutanen Tuberkulinreaktion gewisse prognostische Schlüsse [zu]lassen.

Biologisch aktive, klinisch aber günstig verlaufende Fälle zei[gen] eine starke lokale Tuberkulinreaktion.

Bei progredienten, ungünstigen Fällen nimmt die lokale Tub[er]kulinempfindlichkeit ab. Nach Wolff-Eisner gibt eine ma[ni]feste Lungentuberkulose mit einwandfrei negativer Kutanreakt[ion] eine schlechte Prognose. Bei in Heilung begriffenen Tuberkulo[sen] kann es zur Abnahme der lokalen Tuberkulinempfindlichk[eit] kommen. Wird die Probe nach einer Woche wiederholt, so f[ällt] sie dann positiv aus. Der Organismus wurde durch die erste [In]jektion also sensibilisiert. Bei negativer Anergie, d. h. beim V[er]sagen der Abwehrkräfte, bleibt dise Sensibilisierung aus. — [Bei] einer jeden negativen Kutanprobe ist also die Reaktion nach ei[ner] Woche zu wiederholen.

Was die Prognose der kindlichen Tuberkulose im allgemein[en] betrifft, so kann ich F. Hamburger nur beipflichten, wenn er [sie] nicht zu pessimistisch beurteilen will. Die Mehrzahl der Fälle v[er]läuft doch tatsächlich recht harmlos.

Die Tuberkulose ist eine Infektionskrankheit. Die Erkranku[ng] erfolgt auf dem Wege der Ansteckung mit Tuberkelbazillen. We[nn] auch konstitutionelle Faktoren sicherlich in dem Sinne von [Be]deutung sind, daß bei Infektionsgelegenheit der Disponierte e[her] und wahrscheinlich auch in einer anderen Form auf den Inf[ekt] reagiert als der nicht Veranlagte, so bleibt der Satz doch zu Re[cht] bestehen, daß ohne Infektion mit Tuberkelbazillen eine Erkranku[ng] an Tuberkulose nicht möglich ist. Diese Erkenntnis zeigt auch d[en] Weg der Prophylaxe. Sie besteht darin, die Infektion[s]mögilchkeit zu vermeiden. — Wir halten also tuberkulöse [In]dividuen von dem Kinde fern und entfernen das Kind so bald w[ie] nur möglich aus der tuberkulösen Umgebung. — Diese Form d[er] Prophylaxe wird als Expositionsprophylaxe bezeichn[et]. Wir erwähnten bereits, daß die Kinder umsomehr gefährdet si[nd], je jünger sie sind. Die Expositionsprophylaxe hat also in ers[ter] Linie das Säuglings- und frühe Kinderalter zu berücksichtigen. [Ist] z. B. die Mutter an Tuberkulose erkrankt, so ist natürlich klar, w[as] im Interesse des Kindes zu geschehen hat. So klar aber die V[er]hältnisse auch liegen, und so sicher auch der Erfolg erzielt werd[en] könnte, so schwierig ist das Gebotene in der Praxis durchzuführ[en]. — Wir müßten das Kind mindestens für 2 Jahre von der tub[er]kulösen Mutter oder dem tuberkulösen Vater trennen. In wo[hl]habenden Kreisen würden sich einem solchen Vorgehen kei[ne] materiellen Schwierigkeiten entgegenstellen. — Bei weniger g[ut] Situierten ist die Durchführung einer so langwierigen Isolieru[ng] schon kaum möglich. Daß gesunde Familienangehörige sich d[es] Kindes annehmen, dürfte sich nicht oft ereignen, und Anstalten, [in] welchen die gefährdeten Kinder untergebracht werden könnt[en], fehlen bei uns. In New York ist von Alfred Hess ein solch[es] Heim gegründet worden.

Ebenso schwierig oder sogar noch schwieriger ist die V[er]hütung der extrafamiliären Infektion. Zumindest müßte verlan[gt] werden, daß das Hauspersonal in Familien, wo kleine Kinder si[nd], vor der Anstellung auf Tuberkulose ärztlich untersucht werden. Es ist bemerkenswert, daß heutzutage wohl kaum eine Amme [an] ein Kind herangelassen wird, wenn ihr Blut vorher nicht Wass[er]mann-negativ gefunden wurde. An die Möglichkeit der Tube[r]kuloseübertragung wird eigentümlicherweise nicht gedacht. — [So] kommt es dann, daß sogar in Aerztefamilien die Tuberkulose d[es] Stubenmädchens z. B. erst entdeckt wird, wenn das kleine Ki[nd] plötzlich aus voller Gesundheit an einer Meningitis tuberculosa e[r]krankt. Daß das Abküssen der Kinder unterbleiben müßte, ist ebe[n]falls klar.

Die Ansteckung mit Tuberkulose kann auch durch mit Tuberke[l]bazillen infizierte Nahrung erfolgen. Eine große Zahl von A[b]dominaltuberkulosen ist auf den Genuß von mit Perlsuchtbazill[en] infizierter roher Kuhmilch zurückzuführen. Das Trinken von roh[er] Kuhmilch sollte also strengstens vermieden werden.

Die spezifische Prophylaxe will dem Organismus d[ie] Fähigkeit verleihen, die Infektion mit Tuberkelbazillen zu übe[r]winden, ohne daß es zu einer Erkrankung an Tuberkulose komm[t]. — Man versucht dies durch die aktive Immunisierung zu erreiche[n].

Langer verwendet abgetötete humane Bazillen, während almette die Immunität durch orale Verabreichung eines virulenten bovinen Stammes zu erzielen versucht. Mit den Bazillen almettes sind in Frankreich 5183 Neugeborene immunisiert orden. Bis Juli 1926 stieg die Zahl der immunisierten Neugeborenen if 11000. Von den immunisierten Kindern starben 0,6 % an Tuberlose. Wenn man bedenkt, daß die Tuberkulose-Mortalität von indern im ersten Lebensjahr in Frankreich 25—32 % betrug, so id die Erfolge Calmettes in höchstem Grade beachtenswert.[1]

Allerdings darf nicht verschwiegen werden, daß gegen die ex-rimentellen Grundlagen der Calmetteschen Technik bereits nwände erhoben worden sind. So konnte die Avirulenz und pathogenität des Calmetteschen Stammes von R. Kraus und itarbeiter, ferner von Selter nicht bestätigt werden und öwenstein verhält sich den Schutzimpfungen Calmettes genüber vorläufig noch recht ablehnend. Löwenstein fordert ne mindestens 8—10jährige Beobachtung der immunisierten Kinder, vor ein sicheres Urteil über die Wirksamkeit der Prophylaxe nach almette gefällt werden kann.

Zum Schluß noch einiges über die Therapie. Ein spezifisches eilmittel gegen die Tuberkulose haben wir nicht. Die Tuberkulinhandlung haben wir längst aufgegeben. Sie war in keiner Form istande, das Auftreten neuer Tuberkuloseherde oder einer miliaren ussaat zu verhüten. — Als Beispiel: Ich sah bei 2 mit Tuberkulin Rosenbach) behandelten Kindern, die an einer exsudativen eritonitis tuberculosa litten, eine auffallend rasche Besserung. Die reude hielt aber nicht lange an. Kurz nach dem Verschwinden es Exsudates erkrankten die Kinder an einer tuberkulösen eningitis. Von manchen Seiten wird der günstige Einfluß des uberkulins auf die phlyktänuläre Konjunktivitis betont. Bei einem inde, daß ich mit Alttuberkulin nach der Methode von Pondorf ehandelte, traten während der Kur wiederholte Rezidive der hlyktäne auf. Nicht besser steht es mit der spezifischen Behandng nach Friedmann. Auch diese ist nicht imstande, das Aufteten neuer tuberkulöser Herde zu verhindern. — Von den chemoxerapeutischen Mitteln wäre das Sanokrysin zu erwähnen. Verche mit diesem Goldpräparat hat Opitz bei Kindern ausgeführt. en Eindruck, den Opitz gewonnen hat, ist nicht nur kein guter, ondern direkt ein schlechter. In diesem Sinne äußert sich auch zerny.

An erster Stelle in der Tuberkulosetherapie steht noch immer e Allgemeinbhandlung. Auf die Freiluftkuren und auf e Sonnenbehandlung sei nicht näher eingegangen, weil sie geigend bekannt sind. Daß sie Nützliches leisten können, soll nicht Abrede gestellt werden. Vor einer einseitigen Ueberschätzung t aber zu warnen. — Wunderheilungen schafft auch die Sonne id die Luft nicht. Unsere Tuberkuloseabteilung in der Charité ist einer den modernen Anforderungen bei weitem nicht entrechenden alten Holzbaracke untergebracht. Dicht neben der aracke fährt die Stadtbahn vorbei. Man wird nicht behaupten önnen, daß die Charité-Luft besondere Heilwirkungen ausübt. Und otzdem können wir, wie dies stets von Czerny betont wird, ihig behaupten, daß unsere Erfolge keinesfalls schlechter sind, als ie Erfolge bei schwer tuberkulosekranken Kindern an anderen rten.

Von den Einflüssen, die die Spontanheilung durch Hebung der Viderstandskraft unterstützen, ist zunächst die Ernährung zu rwähnen. Die Ernährungstherapie stützt sich auf folgende Verche der Klinik Czernys. Werden kohlehydratreich gefütterte iere, dann solche, die kohlehydratarm aber fettreich ernährt sind, iit Tuberkelbazillen infiziert, so erkrankten die ersteren viel ürmischer und erliegen auch wesentlich früher dem Infekt als die tzteren (Weigert). — Aus diesem Grunde geben wir den an uberkulose erkrankten Kindern eine relativ fettreiche und kohlenydratarme Kost. Die Nahrung soll nicht eine Mastkur darstellen. icht die Gewichtszunahme ist das Ziel der Ernährungstherapie bei er Tuberkulose, sondern die Umstimmung des Organismus in dem inne, daß seine Resistenz gehoben wird (Czerny). Es ist seit her üblich, einen Teil des Nahrungsfettes in Form von Lebertran u verabreichen. Ob hier nur eine Fettwirkung vorliegt, oder ob uch die Vitamine des Lebertrans von Belang sind, ist schwer zu eurteilen. In bemerkenswerten Versuchen zeigte Leichtenritt, daß bei reichlicher Zufuhr von C-Vitamin die Resistenz der ersuchstiere Tuberkelbazillen gegenüber wesentlich gesteigert wird. Wir werden also gut tun, unseren tuberkulösen Patienten täglich reichliche Mengen von Zitronen oder Apfelsinensaft zu verabreichen.

Zur Hebung der Widerstandskraft hat Czerny in die Tuberkulosetherapie die Serumbehandlung eingeführt. Czerny und Eliasberg verwenden hierzu gewöhnliches Pferdeserum. Man beginnt mit 0,2 und steigt allmählich bis 2 cm³. Die Seruminjektionen werden jeden zweiten Tag vorgenommen. — Wir infizieren subkutan. Ein Erfolg ist nur dann zu erwarten, wenn die Injektionen lange Zeit, Monate hindurch, verabfolgt werden. Tatsächlich sieht man dann manche Kinder am Leben bleiben, die nach den früheren Erfahrungen der Erkrankung mit der größten Wahrscheinlichkeit erlegen wären. — Auf den tuberkulösen Herd selbst haben die Seruminjektionen — wie dies von Czerny immer betont wird — keinen Einfluß. Sie bleiben bestehen oder heilen langsam, aber nicht anders, als ohne Serum. Die Serumbehandlung bekämpft also nur die Kachexie.

In ihren weiteren Versuchen verwandten Czerny und Eliasberg ein Serum, das von Tieren stammte, die mit Tuberkelbazillen vorbehandelt worden sind (Uhlenhuth). Um unangenehme entzündliche Reaktionen an der Injektionsstelle zu vermeiden, wurde das Serum, mit der gleichen Menge physiologischer Kochsalzlösung verdünnt, gespritzt. Die Dosierung ist dieselbe wie beim Leerserum. Bei dieser Behandlung haben Czerny und Eliasberg nicht nur eine günstige Beeinflussung der Kachexie, sondern auch des tuberkulösen Herdes. — Bei der Meningitis tuberculosa versagt auch diese Therapie. Selbst die intralumbale Anwendung des Serums konnte die Erkrankung nicht zum Stillstand bringen (Opitz).

Bis zu einem gewissen Grade kann auch die Behandlung mit ultraviolettem Licht als eine Allgemeinbehandlung gelten. Die klinische Erfahrung spricht dafür, daß es in vielen Fällen tatsächlich gelingt, mit dieser Therapie die Resistenz der Kinder zu heben. — Vorsichtig dosierte Bestrahlungskuren sind also bei tuberkulösen Kindern stets angebracht. Andererseits wird den Ultraviolettstrahlen aber auch ein spezifischer Einfluß auf das tuberkulöse Gewebe zugeschrieben. — Nach eigenen Erfahrungen kann ich hierzu nur folgendes sagen. — Eine sichere, unzweifelhafte Beeinflussung sah ich nur bei Bauchtuberkulosen. Sowohl die exsudative wie auch die knotigen Formen reagieren im allgemeinen gut auf die Bestrahlung mit der Quarzlampe. Bei sicher tuberkulösen Halslymphomen habe ich mich von einer günstigen Wirkung nicht überzeugen können, ebensowenig wie bei der Tuberkulose der intrathorakalen Organe.

Sichere Erfolge bei gewissen Tuberkuloselokalisationen sind von den Röntgenstrahlen zu erwarten. Insbesondere sind es die knotigen Formen der Bauchtbc., die erfreuliche Resultate ergeben. Wir bestrahlen nach der Vier-Feldermethode (¼—⅓ HED. 3—4 mm Aluminiumfilter. Alle 4—5 Wochen).

Die exsudative Form heilt auch mit Röntgen nicht besser als unter der Quarzlampe. Bei ulzerativer Darmtuberkulose versagt sowohl die eine wie auch die andere Methode. — Gut sind die Erfolge auch bei Tbc.-Halslymphomen. Bei großen indolenten Lymphomen ist mit 5—6 Einzelbestrahlungen zu rechnen, bei Intervallen von 3—4 Wochen (⅓ HED. 3—4 mm Aluminiumfilter). Karger empfiehlt vor der Bestrahlung ein Röntgenbild vom Lymphom anzufertigen. Ergibt sich, daß die Drüsen erheblich verkalkt oder verkäst sind, so ist von der Röntgentherapie abzuraten. Er schlägt in solchen Fällen vor, die Drüse zunächst chirurgisch zu entfernen und anschließend daran die Bestrahlungen vorzunehmen. — Von der Röntgentherapie der Lungentuberkulose einschließlich der Bronchialdrüsentbc. ist nur abzuraten.

Von den lokaltherapeutischen Methoden der Lungentuberkulose ist die Pneumothoraxbehandlung zu erwähnen. Die Indikationen der Pneumothoraxbehandlung formuliert Eliasberg folgendermaßen:

Bei einseitigen Prozessen in jedem Stadium der Tuberkulose, insbesondere bei Kavernen, wenn keine ausgedehnte Verkäsung besteht. Sind beide Lungen erkrankt, so wird der Pneumothorax nur dann angelegt, wenn die längere Beobachtung mit der größten Wahrscheinlichkeit einen aktiven Prozeß auf der einen Lungenseite ausschließen läßt.

Bei starker Haemoptoe, wenn der Ort der Blutung mit Sicherheit lokalisierbar ist, soll sofort der Pneumothorax angelegt werden.

Bei intrathorakaler Drüsentuberkulose ist die Pneumothoraxtherapie nicht angebracht. Sie ist zwecklos ferner bei der käsigen Pneumonie, weil bei hochgradiger Verkäsung die Lunge nicht zum Kollaps zu bringen ist und in vielen Fällen ausgedehnte pleurale Verwachsungen bestehen, die die Anlegung des Pneumothorax nicht ermöglichen.

Besteht neben der Lungentuberkulose noch eine Nieren- oder Darmtuberkulose, so ist vom Pneumothorax kein Erfolg zu erwarten. Die Prognose des Kindes ist durch die Miterkrankung der Nieren oder des Darmes bereits gestempelt.

Die häufigste Komplikation bei der Anlegung des Pneumothorax ist das Pleuraexsudat. In der Regel sind es kleine, auf den Sinus phrenico-costalis beschränkte Exsudate. Wir verabreichen in solchen Fällen 3—4 g Kalk pro die in Form einer 10% $CaCl_2$ Lösung (Eliasberg).

Ist der Pleuraraum verödet, so kann natürlich der Pneumothorax nicht angelegt werden. Es ist vorgeschlagen worden, in solchen Fällen den Lungenkollaps durch die Thorakoplastik und die Phrenikusexhairese herbeizuführen. — Unsere Erfahrungen sind noch viel zu gering, um etwas sicheres sagen zu können. Ein schwerer Fall von kavernöser offener Lungentuberkulose, bei dem wir vor fünf Jahren die Thorakoplastik ausführen ließen, ist am Leben und fühlt sich wohl. Das Sputum enthält aber noch immer reichlich Tuberkelbazillen.

M. H. Ich hatte mehrere Jahre hindurch Gelegenheit, viele tuberkulöse Kinder klinisch und röntgenologisch fortlaufend zu beobachten. Sie wurden im Krankenhaus mit einer fettreichen, kohlehydratarmen Kost ernährt, eine spezielle Behandlung hat aber nicht stattgefunden. Es war lehrreich, zu verfolgen, wie diese unbehandelten Fälle verlaufen. — Ich sah dabei Besserungen und Heilungen in vielen Fällen, bei welchen ich dies nie vermutet hätte. Seltener wiederum sah ich bei anscheinend geringfügigen Veränderungen eine Miliartuberkulose oder Meningitis tuberculosa einsetzen. „Solche Erfahrungen bringen eine große Zurückhaltung in der Beurteilung therapeutischer Methoden der Tuberkulose mit sich und fordern sehr überzeugende Erfolge, um den Wert einer Behandlung anzuerkennen.“ Mit diesen Worten Czernys glaube ich am besten das Kapitel über die Therapie der Tuberkulose schließen zu können.

Laufende medizinische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 37, 16. September.

Neues Schlafmittel „Sandoptal“. Durch einfache oder doppelte Substitution der Diäthylgruppe in den Schlafmitteln der Barbitursäuregruppe (Veronal, Medinal) durch höhere Radikale wie den Allylkomplex ist eine wesentliche Steigerung der sedativen und hypnotischen Wirkung erreichbar, während zugleich die therapeutische Breite, die Differenz zwischen minimaler wirksamer und minimaler letaler Dosis erheblich vergrößert wird. Das nach diesem Prinzip aufgebaute Sandoptal (Isobuthylallylbarbitursäure) ist bei gleichen Gewichtsmengen wirksamer als die bisher verwendeten Schlafmittel dieser Reihe. Ohne vorausgehende Erregungszustände tritt rasch ein nach Dauer und Tiefe völlig ausreichender Schlaf ein. Unangenehme Nachwirkungen beim Aufwachen fehlen. Vergiftungserscheinungen wurden auch nach Verabfolgung der Höchstdosis nicht beobachtet. Eine rasche Gewöhnung tritt nicht ein. Als reines Hypnotikum ohne analgetische Komponente versagt das P parat bei der mit schweren Schmerzzuständen verbundenen Sch losigkeit. Nach den Ergebnissen der Harnanalysen wird das Mi sehr rasch im Körper zerstört, da es nur während der ers 24 Stunden in kleinen Mengen nachweisbar ist.

Behandlung der Seekrankheit. Die Nausea wird ausgelöst du eine Schädigung des Gleichgewichtsapparates, wodurch reflektori vom Bogengang-Otolithensystem aus der Vagus in gesteigerte regbarkeit versetzt wird und so die Verstärkung der Mag peristaltik hervorgerufen wird. Durch Kombination des vag lähmenden Hyoscyamins mit Scopolamin (zur Aufhebung der zen erregenden Atropinwirkung) in bestimmtem Verhältnis wurde Mittel geschaffen, das sich bei einer Anzahl hartnäckiger Fälle a gezeichnet bewährt hat.

Tetanus nach aseptischer Fußoperation. Die Mitteilung ei erneuten Falles von Wundstarrkrampf im Anschluß an eine as tische Operation wegen Hohlfuß bringt die Mahnung, bei a Kranken, die zur Fußoperation aufgenommen werden, eine grü liche reinigende Vorbehandlung durchzuführen. Täglich sind zur Operation zwei heiße Seifenfußbäder und Alkoholwaschun für die Nacht vorzunehmen. Bei Operationen, bei denen ein E schneiden in die Fußsohle notwendig ist, ist prophylaktisch Tetan Antitoxin zu verabfolgen, da mit der Möglichkeit unbedingt rechnen ist, daß Tetanussporen sich in tieferen Schichten der F sohlenhaut eingenistet haben (Barfußgänger!).

Biberfeld

Medizinische Klinik.

Nr. 37, 16. September 1927.

Zur Klinik der Dermatomyositis kann gesagt werden, daß wir mit einer sehr seltenen Affektion zu tun haben. Sie ist um schwieriger zu bewerten, als wir ihre Aetiologie noch gar nic kennen. Trotzdem die meisten Fälle letal endigen und so Gelegenheit gegeben ist, durch die Obduktion der Aetiologie nac zuspüren, ist man kaum vorwärts gekommen. Frisch schildert ein Fall, bei dem wir die Dermatomyositis in typischer Form vor u haben. Sie war auf die Haut bzw. Unterhautzellgewebe und Muskulatur beschränkt und die differential-diagnostische Au schaltung einer renalen Erkrankung infolge Fehlens irgendein pathologischen Harnbefundes war berechtigt. Verf. hat nun d Fall darum mitgeteilt, weil er eine Heilung durch Yatren-Kasei Injektionen herbeigeführt hat. Unterstützt wurde diese Thera durch Diathermie, wobei er aber glaubt, daß der Effekt hier n auf der symptomatischen Seite zu sehen ist.

Skleroedema adultorum mit muskulärer Lokalisation. Ver führen einen Fall vor, bei dem die Differential-Diagnose zwisch Skleroedem und Sklerodermie schwankt. Gegen die letztere spric das Fehlen jeglicher sklerodermatischer Hautveränderungen u fernerhin das Vorhandensein normaler Magensäurewerte. Dies letztere Moment muß sehr vorsichtig behandelt werden; denn we auch Buschke bei einer Anzahl echter Sklerodermien Fälle v konstant erheblicher Säureverminderung bis zum völligen Fehl freier Salzsäure gefunden hat, so hat man doch andererseits au echte Sklerodermien gesehen, bei denen die Säurewerte norm waren. Der vorliegende Fall ist sicherlich einzigartig, da ausschlie lich die Muskulatur und die Fascie betroffen war. Fernerhin i bemerkenswert, daß die Affektion nicht, wie sonst fast imme am Nacken begann.

Die Arthritis deformans des Zehengrundgelenkes. Anatomis ist das Zehengrundgelenk sicherlich nicht sehr bedeutungsvoll; ab die funktionelle Arbeit ist der anatomischen Beziehung umgekeh proportional. Es kommt sehr häufig vor, daß die Arthritis deforma akute Gichtanfall mit der stark geröteten, glänzenden Haut, de nicht erkannt wird und man hält sie für eine Arthritis urica. D Hitzegefühl und den großen Schmerzen, bei welchen der Druck d Bettdecke nicht vertragen wird, ist etwas ganz anderes, als d chronische Gelenkserkrankung. Bezüglich der Aetiologie glau

Vollenberg die primäre Arteriosklerose der Zehengefäße für die Erkrankung verantwortlich machen zu können; Preiser wiederum beschuldigt enge Schuhe als Ursache, durch die die große Zehe in Valgusstellung gedrängt wird. Kuh hebt eben hervor, wie wichtig es ist, den Unterschied zwischen Arthritis deformans und Arthritis urica genau festzustellen; denn man hat häufig schon gesehen, daß man auf Grund der Verwechslung keinen Erfolg erzielte, obwohl man dem Pat. wochen- und monatelang eine purinfreie Kost gab.

Hofbauer, Berlin.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 40, 1. Oktober 1927.

Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Hypophyse. Die Hypophyse reagiert auf die verschiedensten den Gesamtstoffwechsel störenden Eingriffe auf das endokrine System (Thyreoidektomie, Parathyreoidektomie, Kastration, Schwangerschaft) und auf die vorgenommenen kombinierten Eingriffe qualitativ in der gleichen Weise. Die reaktiven Veränderungen in der Hypophyse hängen in erster Linie quantitativ ab von der Schwere des Eingriffes (z. B. Radikalexstirpation oder Reduktion der Drüsensubstanz) und von der Zeitdauer des Versuches; ferner spielen das Alter des Versuchstieres, die Tierart und Rasse für den Grad der Veränderungen eine Rolle. Die Hypophysenreaktion erstreckt sich auf sämtliche Teile des Organs und ist als ein Prozeß aufzufassen, welcher verschiedene Stadien durchläuft. In jedem Falle reagiert die Hypophyse primär in physiologischer Weise im Sinne einer gesteigerten Tätigkeit (Vermehrung der Eosinophilen, Sekretionsstadium der Drüsenzellen). Da die Hypophyse im Knochen eingebettet liegt und sich im Zustande der gesteigerten Funktion nicht in entsprechendem Maße ausdehnen kann, kommt es sehr bald zu Störungen in der Flüssigkeitsbewegung, die schließlich (Circulus vitiosus) alle pathologischen Strukturveränderungen (Veränderungen an den Gefäßen, Kolloidbestand, Pseudofollikelstruktur, Entartung der sezernierenden Zellen im Vorderlappen und Mittellappen usw.) herbeiführen. Bei der Ratte lassen sich vier verschiedene Stadien des reaktiven Prozesses, die mehr oder weniger ineinander übergehen, unterscheiden: a) das Studium der gesteigerten physiologischen Funktion, b) das Studium des hypophysären Hydrops, c) das Stadium der Degeneration ein, d) das Stadium der Pigmentbildung. Die Reaktion der Hypophysengewebe auf Parathyreoidektomie ist stärker als auf Thyreoidektomie unter Belassung der Nebenschilddrüsen, wenn man durch Verabfolgung von Schutznahrung das parathyreoiprive Regime dem thyreoipriven gleichstellt. Es gelingt weder durch hormonale Substitutionstherapie noch durch Verabfolgung von Schutznahrung (Blum) die Veränderungen in der Hypophyse hinzuhalten. Das Sekret des Mittellappens, welches nur bei starker Produktion und gleichzeitiger erschwerter Resorption in großen Mengen eine kolloidale Umwandlung erfährt, wird unter physiologischen Bedingungen auf dem Blutweg abtransportiert. Die sogenannte „Schwangerschaftszelle" hat keine spezifische Bedeutung für die Schwangerschaft, sondern entsteht im Vorderlappen auch nach den verschiedensten Eingriffen in das endokrine System. Sie entsteht in großen Mengen und in besonders großen Formen bei gleichzeitig bestehenden starken Zirkulationsstörungen im Bereiche des Vorderlappens aus den Hauptzellen. Während die reaktionslose Hypophyse durch Druck von außen (Hirntumor, Hydrozephalus usw.) eine einfache Druckatrophie erleidet, können solche Umstände, besonders die Stielkompression, die reaktiven Prozesse in der Hypophyse bei Schwangerschaft und nach der Reduktion des Schilddrüsenapparates in bedeutendem Maße verstärken. Die in der Hypophyse bei manchen Tierarten (Hund, Katze) häufig anzutreffenden Zysten können nach den verschiedenen Eingriffen in das endokrine System sowie bei Schwangerschaft zu starkem Wachstum angeregt werden. In der Neurohypophyse treten besonders bei Schwangerschaft und nach Reduktion des Schilddrüsenapparates oft massenhaft sich metachromatisch färbende Zellen auf, die in Beziehung zum Gefäßsystem stehen, aber auch frei im Gewebe angetroffen werden.

Ueber die Wirkungsweise der Insulininjektionen bei Mastkuren und über eine dabei zu beobachtende scheinbare Gewöhnung an Insulin. Für die Technik der Insulinmastkuren ergibt sich aus den Untersuchungen der Verfasser die Forderung, eine solche Kur mit nur kleinen Insulindosen durchzuführen. Es ist unzweckmäßig, mehr als zweimal 10 Einheiten zu geben; mit dieser Dosis, wochenlang gegeben, erzielt man Erfolge, die hinter denen der anderen Autoren nicht zurückstehen. Dabei ist es allerdings eine wichtige Voraussetzung, daß genügend Kohlehydrate im Körper verfügbar sind, auf die das Insulin einwirken kann. Daher lassen die Verfasser ihre Patienten vor und unmittelbar nach jeder Injektion möglichst viel Kohlehydrate, am besten Brot mit Honig oder Zucker oder auch reinen Würfelzucker essen; Appetit und sogar Hunger stellt sich nachträglich immer noch ein, und die ersten Anzeichen davon sollen benutzt werden, um reichlich kohlehydrathaltige Speisen zuzuführen. Es ist zu spät, die Patienten erst eine halbe Stunde nach der Einspritzung oder sogar erst bei Eintritt des Heißhungers mit dem Essen beginnen zu lassen. Die Art der Insulinbehandlung bei dauernd kleinen Dosen und rechtzeitiger Kohlehydratzufuhr soll fortgesetzt werden, bis ein dauernder Gewichtsstillstand eintritt. Ob man dann noch zu höheren Dosen übergeht, hängt davon ab, ob man noch eine weitere Gewichtszunahme wünscht. Die Regulation der endogenen Insulinabgabe scheint in vielen Fällen schon durch eine kurze Insulinkur so gut gebessert zu werden, daß es allein durch Nahrungsreize (Kohlehydrate) gelingt, eine genügende Hormonausschüttung zu veranlassen und dadurch das Körpergewicht, wenn auch langsamer, weiter zu heben.

Wachstum und Entwicklung diabetischer Kinder. Diabetische Kinder vermehren bei einem Kostregime mit einem Energiequotienten, der annähernd gleich groß ist wie der normaler Kinder, ihr Körpergewicht ebenso wie normale Kinder. Eine ätiologische Bedingtheit der Zuckerkrankheit durch abnorme Körperstatur ist nicht zu erweisen. Das Längenwachstum verläuft bei der Mehrzahl der Kinder zufriedenstellend. Fettreiche Kost kann in Anbetracht der erzielten Resultate nicht als „unphysiologische Ernährung" bezeichnet werden.

Tierversuche mit Synthalin. Beachtet man die giftige Wirkung des Synthalins auf Tiere, so ist es ersichtlich, daß die beobachteten Symptome beim Menschen etwas schwächere Erscheinungen desselben Vergiftungszustandes sind, der sich bei den Tieren in Apathie, Appetitlosigkeit, Kraftlosigkeit, dyspnotischer Atmung äußert. Der Befund, daß im Harn bei Anwendung von Synthalin Urobilinogen vorhanden ist, weist möglicherweise darauf hin, daß in der Leber pathologische Veränderungen auftreten. Dies stimmt mit den Beobachtungen des Verfassers überein, daß das Synthalin degenerative Prozesse in der Leber hervorrufen kann. Die angewandten Synthalinmengen, welche schon toxisch wirkten, waren klein, wenngleich im Verhältnis zu den in der Diabetestherapie beim Menschen angewandten Dosen relativ groß. Das Synthalin scheint eine Dauerwirkung zu haben, und die toxische Wirkung kann dann durch Kumulation auch nach andauerndem Gebrauch von kleinen Synthalindosen stärker zutage treten. Da der Diabetes eine unheilbare Krankheit ist, die jahrzehntelang andauernd ärztliche Beobachtung verlangt, scheint es deshalb fraglich zu sein, ob das Synthalin bei andauerndem Gebrauch die Kohlehydratverwertung im Körper fördern kann, ohne schwere Schädigungen des Organismus zu verursachen. Jedenfalls verlangt die klinische Anwendung des Synthalins größte Vorsicht.

Metastasierende parenchymatöse Struma nodosa in ihrer Beziehung zur Unfallbegutachtung. Es handelt sich um eine 45 Jahre alte Frau, die nach einem Trauma (Fall auf den rechten Oberschenkel) mit Schmerzen im Bein erkrankte. Die Frau, welche ununterbrochen in Behandlung war, wurde wegen dauernder und stets zunehmender Schmerzen dem Krankenhaus überwiesen. Es fand sich 3 Monate nach dem Unfall an dem verletzten Oberschenkel ein Tumor von einer Ausdehnung von etwa 15 cm. Die histologische Untersuchung eines exzidierten Stückes ergab einwandfreies Schilddrüsengewebe. Nach dem histologischen Befund und auf Grund mehrerer derartiger Fälle muß der vorhandene Tumor in die Gruppe der metastasierenden parenchymatösen Struma nodosa eingereiht werden. Obgleich ein primärer Tumor klinisch nicht festgestellt werden konnte, ist der Tumor als maligne Metastase anzusehen, eine Annahme, die durch gleichartige in der wissenschaftlichen Literatur veröffentlichte Fälle begründet ist. Die Bösartigkeit ist einerseits zu erkennen an der Metastasenbildung, andererseits dadurch begründet,

daß bei klinisch gleichen Fällen autoptisch ein primärer maligner Tumor in der Schilddrüse festgestellt wurde. Traumen setzen bekanntlich einen Locus minoris resistentiae und schaffen dadurch einen geeigneten Boden für die Ansiedlung einer Metastase.

Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 40, 30. September 1927.

Kann der Organismus aus Fett Kohlenhydrat bilden? Die Annahme, daß aus dem Fettsäureanteil des Fettmoleküls Kohlenhydrat gebildet werden kann, hat keine experimentelle Grundlage bezüglich der Umformung des Fettmoleküls in Zucker im Organismus. Verf. hält es sogar für unmöglich, theoretisch durch Reaktionen, die im intermediären Stoffwechsel bekannt sind, vom Abbau der Fettsäuren auf die Synthase des Glykosemoleküls zu gelangen.

Ueber Verdauung von Stärke aus geschlossenen Pflanzenzellen und die Bedeutung dieses Vorganges für Physiologie und Pathologie der Verdauung beim Menschen. Es galt bisher als Tatsache, daß Stärke, die in geschlossenen Pflanzenzellen liegt, den Verdauungsfermenten wegen deren kolloidalem Charakter nicht zugänglich ist. Biedermann zeigte schon 1919, hauptsächlich an den Blättern von Elodea und Vallisneria, daß das nicht zutrifft und daß die in den Chloroplasten der geschlossenen Zellen liegenden Stärkeeinschlüsse durch Speichel gelöst werden, wenn nach Entfernung der Fette und Lipoide eine Behandlung mit Trypsin vorausgeht, so daß also ein Ferment dem anderen den Weg bahnt. Um diese Entdeckung für die Verdauungsprobleme beim Menschen auszuwerten, wurden Untersuchungen an entsprechenden Objekten ausgeführt (L. Strauß). Sie zeigten aufs deutlichste, daß verkleisterte Stärke aus geschlossenen Zellen von Kartoffeln und Hülsenfrüchten durch Behandlung mit Mundspeichel, Duodenalsaft und Dünndarmfistelsaft herausgedaut wird und die Kombination von mehreren Fermenten dabei mehr leistet als Diastase allein. Dieser Vorgang ließ sich auch nach Passage des Dünndarms beim Menschen an Dünndarmfisteln feststellen. Eine Eröffnung der Zellen durch Zellulose vergärende Bakterien, wie dies erst im Dickdarm geschieht, war also für die Ausnutzung der Stärke nicht erforderlich. Es wurde nun weiter gefunden, daß, entgegen der bisherigen Vorstellung die Zellen der Kartoffeln und Leguminosen zum weitaus größten Teil durch die Zubereitung in der Küche n i c h t eröffnet werden. Ohne die Tatsache der Verdauung aus geschlossenen Zellen wäre daher eine normale Dünndarmverdauung nicht möglich. Ferner kommt der Verf. für die Entstehung der Gärungsdyspepsie und die Frage, ob es eine Hyperpepsie gibt, zu ganz anderen Anschauungen als bisher.

Theorie und Praxis der Amara und Stomachika. Der Verfasser kritisiert die Anschauungen Pawlows, daß Appetit durch die Absonderung von Magensaft zustande komme. Obwohl dessen Scheinfütterungsversuche dafür zu sprechen scheinen, daß Hunger oder Appetit mit der Ausscheidung von Säure im Magen parallel gehen, zeigt doch die klinische Erfahrung, daß Hungerempfindung trotz Fehlens von Salzsäure unvermindert vorhanden sein kann (Karzinom des Magens, Achylia gastrica), während starke Einschränkung, ja sogar Fehlen des Appetits trotz reichlicher Säureabscheidung im Magen bestehen kann. Verf. spricht der Annahme das Wort, daß im Blut und in den Gewebssäften wichtige Aktivatoren des Hungergefühls gelegen sind, wie z. B. Falta das Insulin als solchen Aktivator entdeckte. Betreffs der Amara steht Verf. auf dem Standpunkt, daß die bisherigen Anschauungen über die Wirkung von Bitterstoff[en] namentlich soweit es sich um Funktionssteigerungen am Magendar[m]kanal handelt, einer ernsten wissenschaftlichen Kritik nicht m[e] standhalten. Wo eine Wirkung überhaupt eintritt, handelt es s[ich] um leichtere und vorübergehende Fälle von Verlust des Hung[er]gefühls mit Integrität der Blutzusammensetzung auf Grund ei[ner] Selbstregulation. Wo dagegen schwere Formen der Anorexie v[or]liegen, ist die Wiederanfachung des Hungergefühls durch Am[ara] nichts mehr als eine Illusion, die sich vom Altertum bis in [die] neueste Zeit hinübergerettet hat. Wo weitgehende toxische V[er]änderungen des Blutes bezüglich der Auslösung des Hungergefü[hls] Platz gegriffen haben, wird eine erfolgversprechende Behandl[ung] des erloschenen Hungergefühls nur da möglich sein, wo man j[ene] beseitigen kann. Bei wesentlicher Beeinträchtigung des Hung[er]gefühls und normaler Blutzusammensetzung liegt in einer Aktivier[ung] des Hungergefühls vom Blute aus, wie die neuesten Insulinerfahrun[gen] gezeigt haben, ein aussichtsvoller und erfolgversprechender W[eg].

Behandlung des Diabetes mellitus mit Radiumstrahlen. Du[rch] vielfache Erfahrung auf dem Gebiete der Strahlenforschung kam [der] Verfasser auf den Gedanken, daß durch Radiumbestrahlung o[der] härteste Röntgenstrahlen vielleicht eine Einwirkung auf den Kohl[en]hydratstoffwechsel des Diabetikers zu erzielen sei. Bei der A[ll]gemeinbeeinflussung des Organismus in der Applikationsweise [des] Verfassers bleibt die Frage offen, ob hier eine Einwirkung auf [das] strömende Blut oder auf die Gewebszellen selbst anzunehmen [ist]. Bei Frauen konnte außerdem an eine Beeinflussung der Ovarien [ge]denken sein, obwohl über die Beziehungen dieser Blutdrüsen z[um] Kohlehydratstoffwechsel nichts wesentliches bekannt ist. (In [der] Arbeit Kohlehydratstoffwechsel und innere Sekretion von H. Stra[...] sind jedoch solche Angaben zu finden. Der Referent.) Bei d[em] großen Durchdringungsvermögen der Y-Strahlen wäre auch an ei[ne] direkte Wirkung auf das Pankreas zu denken. Bei der rela[tiv] geringen Zahl der Beobachtungen läßt der Verfasser die Frage off[en], ob der negative Ausfall der Versuche lediglich die Folge der vi[el]leicht zu geringen Dosierung oder ungünstiger Applikationswe[ise] des Radiums ist, oder ob bei der Eindeutigkeit der Beobachtung[en] eine Einwirkung der Radiumstrahlen auf den Zuckerstoffwechsel d[es] Diabetikers überhaupt abzulehnen ist.

Unsere Erfahrungen mit Synthalin. Den Verfassern hat [die] Anwendung des Synthalins in der Mehrzahl der Fälle großen Nutz[en] gebracht, der nicht zum mindesten auch in der Vermeidung od[er] Verminderung der Insulininjektionen bestand. Bei Verwendung d[es] Synthalins war meist eine klinische Beobachtung notwendig, [da] Dyspepsien zum zeitweiligen Aussetzen des Medikaments zwang[en]. Insbesondere erfordert die Ueberführung von Insulin zum Syntha[lin] in manchen Fällen viel Zeit und Geduld. Die Verfasser sind glei[ch] Curschmann der Ansicht, daß zur Synthalinbehandlung viel Ze[it], Geduld und Sorgfalt notwendig sind, daß die Erziehung der Krank[en] zu diesem Mittel erforderlich ist. Wer diese Eigenschaften a[uf]bringt, wird, wie überall in der Therapie, weit bessere Erfol[ge] erzielen, als der Arzt, der skeptisch an die Dinge herangeht. D[ie] dyspeptischen Wirkungen müssen vor allen Dingen rechtzeitig e[r]kannt und durch Decholin und Diätvarianten abgestellt werd[en]. Besonders in diesem Punkt stößt die Anwendung des Mittels auße[r]halb des Krankenhauses erfahrungsgemäß oft auf Schwierigkeite[n]. Daraus geht hervor, daß zur Einleitung der Synthalinbehandlu[ng] und besonders auch zur Ueberführung von Insulin zu Synthalin ei[ne] Klinikaufnahme im allgemeinen notwendig ist und sich wohl n[ur] in den leichtesten Fällen von Diabetes erübrigt. Der praktisc[he] Arzt wird sich des Mittels nur mit großer Vorsicht und Zurüc[k]haltung bedienen dürfen, und hierin liegt für ihn wieder die Gefa[hr] einer ungenügenden und unvollkommenen Behandlung des Diabet[es] mit Synthalin allein, besonders in den mittelschweren Fälle[n]. Weiter pflegt der Praktiker meist nur den Harnzucker, nur ausnahm[s]weise den Blutzucker als Richtlinie seiner Therapie zu verwerte[n]. So wird ihm der hohe Blutzucker in manchen Fällen niedrig[er] oder fehlenden Harnzuckers lange verborgen bleiben. Wenngleic[h] das Synthalin zweifellos einen großen Fortschritt in der Diabete[s]therapie bedeutet, so bedarf es doch dringend weiterer Verbess[e]rungen und erscheint in seiner jetzigen Form zur Anwendun[g] wenigstens in mittelschweren und schweren Fällen für die fre[ie] Praxis noch nicht völlig geeignet.

Arnold Hirsch, Berlin.

Praxis.

Nr. 31.

Ueber Neurasthenie. Der vieldeutige Begriff der Neurasthen[ie] umfaßt 3 Gruppen: 1. Die Erschöpfungsneurasthenie. Dieselbe is[t]

... seltene, durch körperliche Erschöpfung verursachte, exogene ...nkheit, die auf psychischem Gebiet durch Ermüdungsgefühle und ...mit zusammenhängende, nervöse Symptome ausgezeichnet ist. Die ...gnose ist gut. Therapie: Schonung, Ruhe und Kräftigung. ...Die Pseudoneurasthenie gehört zu den Neurosen und stellt eine ...l in der Konstitution begründete ganz bestimmte Art der Flucht ...die Krankheit dar. Die Prognose richtet sich darnach, inwiefern ...stitutionelle Momente mitspielen. Die Therapie ist streng indi...ualisierende Psychotherapie in Verbindung mit Arbeitstherapie. ...Die konstitutionelle Nervosität oder Neurasthenie ist eine ganz be...mmte Form der Psychopathie, bei der wahrscheinlich hereditäre ...flüsse eine große Rolle spielen. Die Prognose und Therapie ist ...elbe wie der Pseudoneurasthenie. Man unterscheidet zweck...ßig eine in den Reifejahren zurücktretende Entwicklungs...rasthenie und eine das ganze Leben andauernde Entartungs...rasthenie.

Nr. 32.

...r Schlaf.
...ckblicke und Gegenwart. Briefe.
...s dem Leben berühmter Kliniker.

Nr. 33.

...sammenhänge zwischen Kropf und Zirkulationsstörungen. E. Thomas.
...ckblicke und Gegenwart. Briefe.

Nr. 34.

...hädigungen durch elektrischen Strom.

Nr. 35.

...utreaktion auf Licht, speziell auf ultraviolette und infrarote Strahlen.
...ferate.

Nr. 36.

...e Verantwortlichkeit des Arztes für Kunstfehler des Hilfspersonals.
...ohin geht die Medizin? Apropos der pharmazeutischen Industrie.
...merkungen zu der sog. Transkutanbädertherapie. St. Hediger.

Die Verantwortlichkeit des Arztes für Kunstfehler des Hilfs...sonals. Der X. hatte in einem Demonstrationskurs eine Probe...ktion vorzunehmen. Er verlangte von der Schwester, die zur ...alanästhesie bereitgestellte Kokainflasche. Irrtümlicherweise ...e die Schwester eine 10%ige Lösung gebracht. Kaum hatte der ...t injiziert, starb der Patient an Kokainvergiftung. Arzt und ...wester wurden wegen fahrlässiger Tötung angeklagt. Der Arzt, ... die Manipulation während einer Vorlesung vorzunehmen hatte, ... des Weitern vor dem Eingriff das Instrumentarium kontrolliert ... inspiziert hatte und dabei eine bereitgestellte 2%ige Kokainlösung ...standet hatte und eine schwächere Lösung verlangt hatte, der ...rend der Operation die Flaschenetikette nicht lesen konnte usw. ...de schon von der ersten gerichtlichen Instanz freigesprochen. ... Schwester, eine ältere, erfahrene Person, die ihren Irrtum zugab, ...e in der Aufregung gehandelt. Sie glaubte, das verlangte zweite ...ainfläschchen sei die am selben Tag zu einer Rachenanästhesie ...rauchte 10%ige Lösung. Erst die zweite gerichtliche Instanz ...digte diese Umstände und sprach angesichts des hohen Alters ... Schwester und der deshalb verminderten Verantwortlichkeit auch ... Schwester frei.

Nr. 37.

...er darf röntgen? H. Lossen.
...ber Alchimie.

Wer darf röntgen? Wer die nötige Ausbildung hat, bzw. die er...rlichen Kenntnisse und diese zu erweitern in der Lage ist, wem ...ebenenfalls die geeigneten Hilfskräfte zur Hand gehen und wer ... geeignete Apparatur hat, schließlich vor allem, wer über ge...nete Zeit verfügt. Unter diesen Vorbedingungen ist es ...m Arzt erlaubt zu röntgen. Naturgemäß sind diese Bedingungen ... nur von einem Spezialisten einzuhalten, aber es lohnt sich schon, ...as strenge Maßstäbe anzulegen, denn sammelt man Schaden..., die durch Applikation von Röntgenstrahlen verursacht sind, so ...en sich höchstens etwa 38% unverschuldete Schäden an ...ienten, während bei 62% Unachtsamkeit, häufige Unwissenheit ... betreffenden Arztes, d. h. vermeidbare Momente, die Schäden ...ingen. Hottinger, Basel.

Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten.

107., Heft 3/4.

...iträge zur Kenntnis des Tabaksgenusses. Winterstein und Aronsohn.
...iträge zum Studium der Insekten. H. M. V. Jettmar.
...r hygienischen Begutachtung des Zyankaliverfahrens als Schädlingsbekämpfungsmittel in Gewächshäusern. L. Schwarz und W. Deckert.
...gebnisse der antirabischen Impfungen nach der Pasteurschen und der Verdünnungsmethode. B. Koldajeff.
... Geschlechtskrankheiten in der Marine und ihre Bekämpfung. H. Ruge.
...tersuchungen über das d'Herellesche Phänomen. K. Markuse.
Einfluß der Schlammbelebung des Abwassers auf pathogene Keime. H. Bruns und F. Sierp.
Prinzipielles zur Chlorgassterilisation des Trinkawssers. S. Lutz.
Untersuchungen über Herpes simplex und zoster. H. Freund und B. Heymann.
Tuberkuloseimmunisierungsversuche. B. Lange, E. Jochimsen und T. Magat.
Zur Frage der oralen Immunisierung gegen Cholera. W. Engelhart und I. Ray.
Trockenlymphe. L. Otten.
Die Milchsäurebildung bei Scharlach und gewöhnlichen Eiterstreptokokken. A. Kappus.
Untersuchungen über die Bindungsverhältnisse von Dysenterietoxin und Dysenterieantitoxin. H. Schlossberger und H. Wichmann.
Zur Frage der Variabilität in der Streptokokken-, Pneumokokkengruppe. W. Silberstein.
Die übertragbare Lyse als Funktion der Temperatur. E. Berger und H. Rösli.
Ueber den Wert der Kahnschen Reaktion bei der Serodiagnostik der Lues. B. Abadjieff.
Serologische Erfahrungen in den Tropen. P. Papamarku.
Beiträge zur passiven Anaphylaxie. K. Iwanoff.
Experimentelle Untersuchungen bei Blausäureausgasungen. L. Schwarz und W. Deckert.

Ergebnisse der antirabischen Impfung. Verf. gibt der Verdünnungsmethode den Vorzug vor der Pasteurschen Trockenmethode.

Geschlechtskrankheiten in der Marine. Die Geschlechtskrankheiten in der Marine sind in den letzten Jahren vor dem Kriege durch die Einführung der Prophylaxe erheblich zurückgegangen. Nach dem Kriege war eine starke Zunahme zu verzeichnen, die erst in den letzten Jahren nach Wiedereinführung der Zwangsprozhylaxe wieder nachließ. Nach den Erfahrungen in der Marine tragen die Bordelle in keiner Weise zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten bei. Henning.

Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin.

34. Jahrgang, Nr. 7, 1927.

* Osteomyelitis und Trauma. P. J. de Bruine Ploos van Amstel, Amsterdam.
* Ueber Verletzung und Tod nach Sprengwirkung. O. F. Meerbeck, Köln.

Verwechslung zwischen Spondylitis tuberculosa und Kümmellscher Krankheit bei der Unfallbegutachtung. F. Heiligtag, Hamburg.

Osteomyelitis und Trauma. Die Osteomyelitis wird meistens durch Staphylokokken verursacht, jedoch kann dies auch durch alle anderen Krankheitserreger geschehen. Die Prognose ist trotz besserer operativer Technik, trotz Vakzine-, Aolan- und Elektragolbehandlung sehr zweifelhaft. Die Sterbeziffer ist sehr hoch, und bei den Geheilten bleiben oft Mißformungen zurück. Die Diagnose wird gesichert durch den Nachweis von Eiterzellen, evtl. ist die Antistaphylosinreaktion oder erst die Operation entscheidend. Osteomyelitis ist eine Jugendkrankheit, jedoch keine Krankheit des wachsenden Knochens. Verfasser glaubt, daß die Osteomyelitis in der Mehrzahl der Fälle eine traumatische Ursache habe. Das Reichsversicherungsamt erkennt den Zusammenhang zwischen Unfall und Osteomyelitis noch nach 3 bis 10 Wochen an, während Thiem ihn bei einer nach 14 Tagen nach dem Unfall auftretenden Osteomyelitis verneint. Verfasser hält die von dem R. V. A. angegebene Zwischenzeit von 10 Wochen für zu kurz. Denn ebenso wie nach Typhus ein Trauma noch nach Jahren Veranlassung zu einer Osteomyelitis geben kann (Schmidt), da die Typhusbazillen so lange nach der Krankheit im Knochenmark leben bleiben, kann dies auch bei anderen Bazillen der Fall sein. Die Kriegserfahrungen zeigten, daß nach schweren Eiterungsprozessen Keime im Gewebe symptomlos noch lange Zeit zurückgehalten wurden. Die Kieferosteomyelitis der Säuglinge wäre allerdings in dieser Hinsicht anders zu beurteilen; auch hier kann Geburtstrauma als Ursache in Betracht kommen. Therapie: Operation. Zur Nachbehandlung operativer Fälle für den äußerlichen Gebrauch: Lysin und Dakinsche Lösung. Die Vakzinebehandlung ist der mit Aolan vorzuziehen, evtl. mit dieser zu verbinden.

Ueber Verletzung und Tod nach Sprengwirkung. Schädigungen des Körpers erfolgen durch den gesteigerten Luftdruck, sei es durch seine unmittelbare oder mittelbare oder durch kombinierte Wirkung — durch Hitze, evtl. durch Einatmung giftiger Gase. 1. Luftdruck: Die Zahl der unmittelbar durch den Luftdruck Verletzten ist im Verhältnis zu den anderweitig Verletzten nicht groß; ebenso die Zahl der Todesopfer. 2. Bei den Schleuderungsverletzungen handelt es sich durchweg um die Folgen der Einwirkung stumpfer Gewalt; häufig tödlicher Ausgang. 3. Von den Sprengstückverletzungen ist ähnliches zu sagen; hier tritt häufiger Schnitt- und Stichwirkung hinzu. 4. Verbrennungen sind häufig und schwer, gewöhnlich tödlich. 5. Vergiftungen: die wichtigsten sind die durch CO und CO_2, ferner durch Blausäureverbindungen und durch nitrose Gase.

Walter Lustig, Berlin.

Die Volksernährung.

2. Jahrgang, Heft 19, 5. Oktober 1927.

Das deutsche Agrarproblem. Schiele.
* Siedlung und Ernährung. C. Hartwich.
Die Wirkung des Alkohols auf den Menschen. M. Grünewald, Dortmund.
Eine Lücke in der sozialen Krankenfürsorge. E. Funck, Köln.

Siedlung und Ernährung. Die Siedlung hat neben der Verfolgung bevölkerungspolitischer Ziele produktionspolitische Aufgaben. Sie schafft den Menschen dorthin, wo eine Produktionssteigerung irgendwelcher Art möglich ist. Unter Siedlung im engeren Sinne versteht man die Steigerung der Ernährungsproduktion durch intensivste Nutzung des landwirtschaftlichen Bodens. Die Siedlung hat die Aufgabe, Wirtschaftsheimstätten zu gründen, die derart aufgebaut sind, daß eine Familie mit etwa fünf Arbeitskräften darauf ihre Arbeit und volle Ernährung findet. Nach der Art der Nutzung unterscheiden wir landwirtschaftliche und gärtnerische Siedlung. Die gärtnerische Siedlung ist stärker auf reine Nahrungsmittelerzeugung eingestellt, als die landwirtschaftliche Siedlung, da diese auch andere Produkte wie Häute, Felle, Holz usw. erzeugt.

Rudolf Katz, Berlin.

Blätter für Volksgesundheitspflege.

27. Jahrgang, 1927, Heft 9.

Christoph Wilhelm Hufeland. R. Paasch.
Die Hygiene des Reisens. (Teil II.) R. O. Neumann, Hamburg.
* Zur Frage der Alkoholbekämpfung. O. Aust, Charlottenburg.
* Eugenik als Aufartungspflicht. H. Dehmel, Berlin.
Aus der Arbeit einer Tuberkulosefürsorgestelle. Maaß-Pinneberg, Holstein.
Lehrgang „Jugendwohlfahrt und Schule" in Westhofen, Kreis Hörde in Westfalen. Appens.
Im Vorbeigehen! K. Bornstein, Berlin.
Richard Paasch (50 Jahre Doktor). K. Bornstein.

Zur Frage der Alkoholbekämpfung. Tatsachen sind es, daß der Alkoholgenuß die Rasse körperlich und geistig degeneriert, daß er die Lebensfähigkeit der Kinder und Jugendlichen ungünstig beeinflußt, daß er die Sittenlosigkeit vermehrt und die Kriminalität steigert. Er trägt ferner zur Verarmung bei und belastet die Volkswirtschaft in fühlbarer Weise mit unproduktiven Ausgaben, denen gegenüber die mit dem Alkohol zusammenhängenden Steuereinnahmen ein Tropfen auf den heißen Stein sind. Er schädigt auch die Volksgesundheit schwer und wirkt nicht nur direkt auf die kulturelle Höherentwicklung, sondern auch indirekt dadurch, daß er so gut wie alle kulturellen Maßnahmen und Bestrebungen in ihrer Wirksamkeit stark herabsetzt. Es müssen daher nach Ansicht des Verfassers die staatlichen Gewalten mit größtem Nachdruck an ihre Pflichten gegenüber dem Volksganzen ermahnt werden. Es fragt sich nur, ob es bei uns an der nötigen Einsicht nicht fehlen wird, in dem Widerstreit zwischen privatwirtschaftlichen, also egoistischen Interessen und dem Volkswohl die rechte Entscheidung zu treffen. — Aber nichts von alledem wiegt so schwer und rechtfertigt allein schon einschneidende Maßnahmen der für das Gesamtwohl verantwortlichen öffentlichen Gewalten, wie die Tatsache der Vergiftung der Zellen und der innersten und wichtigsten Lebensvorgänge durch den Alkohol. Eine Vergiftung, die durch das Keimplasma hindurch in den folgenden Generationen unglückliche Geschöpfe entstehen läßt, die für ihr ganzes Leben mit Siechtum geschlagen sind.

Eugenik als Aufartungspflicht. Eugenik oder Aufartung ist die Lehre und die Kunst alles dessen, was dazu beiträgt, die Menschen körperlich und seelisch hinaufzuzüchten. Sie ist nicht nur eine bevölkerungspolitisch und sozial eminent wichtige Aufgabe, sondern ist wichtig für jeden einzelnen, der irgendwie in die Lage kommt, Kinder zu zeugen oder zu gebären. Jeder erwachsene Mensch soll sich vor allem der ungeheuren Verantwortung immer mehr bewußt werden, die er sich und der menschlichen Gesellschaft gegenüber übernimmt, wenn er Kinder zeugt oder gebiert. Es ist daher Pflicht jedes einzelnen Menschen, bevor er sich zur Fortpflanzung und Ehe entschließt, einen in der Eugenik gründlich erfahrenen Arzt oder Wissenschaftler um Rat zu fragen und sich über Gesundheit und Entwicklung seiner Voreltern und Verwandten zu orientieren.

Rudolf Katz, Berlin.

Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung.

14. Jahrg., 9. Heft, September 1927.

* Ueber eine durch Selbstmord tödlich geendete Bleipsychose bei einem Bleilöter. W. Hergt.
Eignungsprüfungen bei Arbeiten mit Grubenrettungsgeräten. Hörnicke u. Bruns.
* Giftigkeit des Aethylenchlorhydrins. F. Kölsch.
* Gewerbeekzem — Ueberempfindlichkeit — Dermatitis. Rodenacker.
Zur Methodik quantitativer Staubbestimmung. Seitz.
Unfälle bei der Herstellung von Bleibronat. Witt.
* Licht und Auge. Thies.

Ueber eine durch Selbstmord geendete Bleipsychose bei e Bleilöter. Das fachärztliche Gutachten von W. Hergt über 37jährigen Bleilöter ist sehr interessant. Der Arbeiter B., jeher immer sehr nervös und aufgeregt, so daß er oft mit Strafgesetze in Konflikt geriet, erkrankte 1925 unter Zeichen, w auf eine Paralyse hinwiesen. In den Vordergrund traten le Erregbarkeit, Reizbarkeit — sexuell ungeheuer erregbar, ka täglich zu seiner Frau, was ich bei einem 30jährigen nicht für p logisch erachten möchte —, er drohte mit Gewalttätigkeiten Todschlag; Herabsetzung der Sehkraft, Lähmung der inneren Au muskeln. Wassermann war negativ. Da Patient 10 Jahre Ble gewesen war, wurde auf Bleiveränderungen gefahndet, doch Erfolg. Eine sichere Diagnose konnte nirgends gestellt we Unruhe, Schlaflosigkeit, Halluzinationen nahmen zu; Suizidvers konnten mehrfach verhindert werden; schließlich endete er Leben durch Ertränken. Auch die vorgenommene Sektion e keinen pathologischen Befund, insbesondere keinen auf Bleiein kung hinweisenden. Durch Vergleich mit der vorliegenden ratur kommt Hergt zu der Diagnose einer Encephalopathia satur einer schweren gewerblichen Bleischädigung des Gehirns und klärt sie als entschädigungspflichtige Berufskrankheit im Sinne Verordnung vom 12. Mai 1925.

Giftigkeit des Aethylenchlorhydrins. Auf Grund ausgedeh Experimente kommt Kölsch zu dem Resultate, daß Aethylenc hydrin als eine Substanz von bemerkenswerter Giftigkeit a sprechen ist. Es ist ein schweres Nerven- bzw. Stoffwechse Die Wirkung tritt erst einige Zeit nach der Einatmung auf. liche Reizwirkungen auf die oberen und tieferen Luftwege sinc ersten Symptome. Eine persönliche Empfindlichkeit scheint handen zu sein.

Gewerbeekzem — Ueberempfindlichkeit — Dermatitis. Im trum ekzematösen Phänomens, schreibt Rodenacker, steht Wasserverschiebung zwischen Zell- und Gewebsflüssigkeit. Die ist abhängig vom Hydrationszustand der Zellhaut. Hier ist Autonomie der Zelle lokalisiert, und hier greifen ihre chemis physikalischen und nervösen Regulationsmechanismen, die K-Ca H-OH, die Parasympathikus-Sympathikus-Antagonismen an, um ihr als einer Einheit sich in die verschiedenen Schichten der Ps einzuschalten und schließlich als Ganzheit die Person zu bilden. eine solche Ganzheitsbetrachtung wird dem Ekzematiker nützen Entstehung seiner Attacken verhüten und ihre Abheilung besc nigen. Die seelischen Voraussetzungen der Hautstörung mü ebenso beseitigt werden wie die chemischen. Jede bei der Be tätigkeit erworbene Erkrankung ist seelisch auf das engste mit d Arbeit verknüpft. Nicht mehr das Agens bestimmt die pathologi Störung, sondern das Individuum mit seiner ererbten Konstitu Diese „Ueberempfindlichkeitsdermatitis" ist keine toxische Be erkrankung.

Licht und Auge. Ueber Schädigungen des Auges durch L strahlen referiert Thies. Nach Erörterung der physiologis Grundlagen geht er eingehend auf das klinische Material ein. Dire Sehen in die Sonne hinterläßt meist keine dauernden Schädigur die Blendungserscheinungen gehen schnell zurück. Bei der let Sonnenfinsternis sind indes auch einige Fälle beobachtet wor wo Dauerschädigungen zurückblieben; besonders sind blonde viduen infolge Pigmentmangels gefährdet. Hierher gehört auch Gletscherbrand und die Schneeblindheit, die durch die unsichtb ultravioletten Strahlen erzeugt werden; bei Skifahrern wurde brennung der Kornea beobachtet. Schädigungen durch künstl Lichtquellen sind mehrfach beschrieben. Allbekannt sind die Au schädigungen durch die Quarzlampe. Das Hornhautmikroskop als wahre Ursache der enormen Lichtscheu eine oberflächliche brennung der Kornea erwiesen, was ja nichts neues ist. Es ist halb merkwürdig, daß Verf. einen derartigen Fall zum vierten hier ausführlich der Oeffentlichkeit übergibt. Heßberg sah Blu gen und Trübungen im Glaskörper, Netzhautablösung, Sehner schwund und Linsentrübung bei Schlägen durch Starkstrom. wird in einem Falle das Entstehen des grünen Stares auf d Schädigung zurückgeführt. Aehnliches wurde bei Blitzstrahl obachtet. Passow sagt mit Recht, daß Netzhautschädigungen erster Linie durch ultrarote leuchtende Strahlen entstehen änderungen der Linsensubstanz vorwiegend durch ultrarote, die scheinungen an den äußeren Augenteilen hauptsächlich durch ul violette Strahlen. Vogt konnte durch ultrarote Strahlen Star Kaninchen erzeugen. Hierher gehört der Glasbläserstar; a Radium- und Röntgenstrahlen werden für das Entstehen von beschuldigt. Als Schutzglas wird das Umbral-, Geophal- und Ei oxydschutz-Glas empfohlen.

Dr. Michaelis, Bitterfel

Deutsches Archiv für klin. Medizin.

155., H. 5/6.

Diagnostische Bedeutung der Lipasen im Blutserum. Die meisten Gewebe enthalten Fermente, die Fette in Fettsäuren und Glyzerin zerlegen können. Die Lipasen der verschiedenen Organe unterscheiden sich von einander in ihrem Verhältnis zu Chinin und Atoxyl (Serumlipase wird durch kleinste Mengen dieser Stoffe unwirksam, Pankreaslipase ist atoxylresistent, chininempfindlich usw.). Da angenommen wurde, daß beim Gewebszerfall Lipasen frei werden und in das Blut gelangen, wurde versucht, durch das verschiedene Verhalten dieser Fermente gegenüber Giften ihre Herkunft festzustellen und so die Diagnostik der Erkrankungen parenchymatöser Organe zu unterstützen. Die bisher mitgeteilten Ergebnisse lauteten vielversprechend und versprachen besonders für die Erkennung der Pankreasaffektionen wertvolle Aufschlüsse. Planmäßige Untersuchungen mit Hilfe der auf stalagmometrischen Prinzipien aufgebauten Methode lehren, daß selbst bei ausgedehnten pathologischen Veränderungen mit hochgradigem Gewebszerfall der Leber, Nieren, Milz, Lungen und des Pankreas keine Organlipasen im Blut aufzufinden sind. Bei der diagnostischen Verwertung von Methoden zur Auffindung von Organlipasen ist zudem bei den vorhandenen Fehlerquellen (chininresistente Lipase im normalen Gesamtblut u. a. m.) äußerste Vorsicht notwendig.

156., H. 1/2.

Kapillarmikroskopische Untersuchungen bei den hämorrhagischen Diathesen. Unter normalen Verhältnissen treten verletzte Kapillaren der Blutung durch Kontraktion entgegen. Dilatierte Kapillaren besitzen mangelhafte Kontraktionen, ja diese können völlig fehlen. Atonische Stellen des Hautgefäßsystems neigen daher besonders zu spontanen Blutungen, da die Gefäßkontraktion fortfällt mit ihrer Förderung der Blutstillung. Diese Blutungsbereitschaft infolge morphologischer Kapillarveränderungen ist für die Blutungen bei den mit Gefäßerweiterungen einhergehenden schweren Vasoneurosen verantwortlich zu machen.

Die Blutung aus einer atonischen Kapillare mit mangelhaftem Kontraktionsvermögen nimmt bei normaler Thrombozytenzahl und normalem Fibrinogengehalt niemals größeren Umfang an, da der Gerinnungsvorgang und die styptische Wirkung des Gewebssaftes rein mechanisch einen stärkeren Blutaustritt verhindern. Bei Hämophilie und Thrombopenie, den primären hämorrhagischen Diathesen kommt es hingegen im allgemeinen zu viel stärkeren Blutungen als bei den sekundären Blutungsübeln. Auftreten und Intensität der hämorrhagischen Diathese sind von der konstitutionellen Beschaffenheit des Kapillargebietes abhängig (Fehlen von Hautblutungen trotz Plättchenmangel bei aplastischer Anämie). Biberfeld.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

110., Heft 1.

Experimentelle und klinische Grundlagen für die Anwendung der Psychotherapie bei Psychosen mit besonderem Hinblick auf die Arbeitstherapie. Solange in den psychotischen Krankheitsbildern undurchbrechbare Krankheitseinheiten gesehen wurden, in denen einer spezifischen Aetiologie ein spezifisches Krankheitsbild entspricht, solange erschien eine andere als eine der spezifischen Aetiologie adäquate Therapie undenkbar. Die Erkenntnis der organischen und psychogenen Entstehung eines gegebenen Zustandsbildes (Hoches Reaktionsnormen, Bonhöffers exogene Reaktionstypen u. a. m.) haben an eine psychotherapeutische Beeinflussung eines solchen denken lassen.

Diejenigen Symptome, die Ausdruck eines organischen Prozesses sind, kommen für die Arbeitstherapie, die natürlich nichts anderes ist als eine Form der Psychotherapie, naturgemäß nicht in Betracht, sondern nur diejenigen von ausgesprochen psychogener Natur. Eine Wahrscheinlichkeit hierfür liegt nur in den Fällen vor, in denen experimentell die reaktiv-labile Konstitution als Grundlage für die mögliche Entwicklung psychogener Symptome nachweisbar ist. Das ist am häufigsten der Fall bei der Schizophrenie (Katatonie am ergiebigsten), am seltensten bei der genuinen Epilepsie. Diese experimentellen Ergebnisse stimmen mit klinischen Erfahrungen überein. Die Versuche des Verfassers mit der Beschäftigungstherapie erstrecken sich auf 5 Schizophrenien, bei denen Verf. gute Erfolge beobachten konnte. In allen Fällen waren im psychophysischen Experiment ausgesprochene psychogene Reaktionen nachweisbar.

Verfasser kommt im weiteren zu dem Ergebnis, Arbeitstherapie und Bettbehandlung insofern für gleichsinnig zu halten, als sie sich bei allen abgelaufenen Fällen auf die psychogene Komponente im Krankheitsbild richten. In den Fällen mit solcher Komponente wird man auch zu fragen haben, ob nicht die unmittelbar auf die Beseitigung spezieller Symptome gerichtete Suggestivtherapie der ausschließlichen Arbeitstherapie bzw. der ausschließlichen Bettbehandlung oder Kombination von Arbeits- und Bettbehandlung weit überlegen ist. Da die Aussichten für den Erfolg hierbei von der hysterischen Anlage abhängen, gelten deshalb für die Anwendung Regeln, die bei der Psychotherapie überhaupt gelten. In welchem Maße eine Suggestivtherapie, in welchem Arbeitstherapie bzw. Bettbehandlung vorzuziehen ist, ist nicht allgemein entscheidbar. Wo bei einem Einzelfall einer Psychose durch individuelle, experimentelle Prüfung nicht entschieden werden kann, inwieweit in das Zustandsbild psychogene Reaktionen eingegangen sind, wird man sich mit Gruppendiagnosen begnügen müssen und sein Verhalten orientieren nach den variationsstatistisch angeordneten Ergebnissen, durch die aufgewiesen wird, wie oft im allgemeinen die verschiedenen Grade psychogener Reaktionen mit den verschiedenen Formen der Geisteskrankheit verbunden sind. Verfasser hat in der Arbeit hierfür einige Variationskurven aufgestellt.

Geschwisterpsychosen. Verfasser stellt in der Arbeit acht in der Heilanstalt Weinsberg beobachtete Geschwisterpsychosen dar und bespricht die sich erhebenden Folgerungen. Er versucht dabei hauptsächlich, die Frage: „Sind Geschwisterpsychosen gleichartig?“ und die Frage: „Haben Geschwisterpsychosen eine ähnliche Symptomatologie?“ zu beantworten.

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt er zu folgendem Ergebnis: Geschwisterpsychosen zeigen sehr häufig gewisse Aehnlichkeiten, die u. a. sehr weitgehend sein können (bei vier von den acht Familien). Zirkuläre mit schizophrener Belastung (bei einer Familie) entwickeln bei langsamem Ablauf der einzelnen Phasen atypische, an Schizophrenie gemahnende Zustandsbilder. Schizophrenie mit zirkulärer Belastung zeigen entweder einen ausgesprochenen periodischen Krankheitsverlauf (bei derselben Familie wie vorher) oder manisch-depressive Zustände (bei einer anderen Familie). Schizophreniefamilien haben eine äußerst geringe Vermehrung und zeigen Tendenz zum sozialen Absinken, während zirkulär Belastete sozial aufstrebend sind.

Die Dauerschlafbehandlung mit Somnifen und Luminal an der Psychiatrischen Klinik Burghölzli-Zürich. In den Jahren 1922 bis 1925 wurden in der betreffenden Klinik 186 Dauernarkosen bei 92 Patienten, meistens Schizophrenen, vorgenommen. Als Narkotikum wurde in 138 Fällen das Somnifen, in 48 Fällen das Luminal (bzw. sein Natriumsalz) benutzt. Die Dauernarkose erwies sich mit beiden Medikamenten als nicht ungefährlich. Doch konnten die auftretenden Schwierigkeiten soweit beherrscht werden, daß kein

Todesfall und kein Fall von länger dauernder Schädigung zu beklagen war. Das Luminal erwies sich als zur Dauernarkose geeignet. Es hat den Nachteil, daß es in vielen Fällen keinen genügenden Schlaf erzeugt, dagegen den Vorteil einer gegenüber dem Somnifen entschieden geringeren Giftigkeit. Die besten Erfolge waren bei manischen Syndromen Schizophrener zu erreichen, besonders wenn das akuteste Stadium bereits vorüber war. Weniger Erfolg gaben akute katatone Zustände. Gut zu beeinflussen waren abgekapselte und sich abkapselnde, subakute Schizophrene, während bereits demente Autisten kaum reagierten. Bei den chronischen Schizophrenen traten oft vorübergehende, aber manchmal weitgehende Remissionen ein. Zahlenmäßig war bei den 92 Patienten, unter denen 15 Manische, 8 Depressive, 20 akute Schizophrene, 10 wenig demente Schizophrene, 15 steife Schizophrene, 19 chronisch Erregte, 5 Paranoide sich befanden, folgendes Resultat zu verzeichnen: 12 wurden entlassungsfähig, 12 dauernd besser, 19 vorübergehend besser, 35 blieben ungebessert, bei 14 mußte die Kur abgebrochen werden. Verfasser hält die Gefahren gegenüber den, wenn auch nicht glänzenden, aber immerhin ansehnlichen Erfolgen nicht für so groß, daß ihretwegen auf die Kur verzichtet werden müßte. Psychotherapie ist ein nicht zu vernachlässigender, integrierender Bestandteil der Kur. Im ganzen ist zu sagen, daß die Dauerschlafbehandlung überall da Erfolg verspricht, wo Neigung zu Remission, zu Periodizität, zu Schüben vorhanden ist, außerdem überall dort, wo das organische Geschehen oder der toxische Zustand bereits abgeklungen ist und die noch vorhandenen klinischen Krankheitserscheinungen nur noch psychische Resultate darstellen.

Ueber Liquorbefunde bei Lyssa humana. Verfasser teilt das Ergebnis der Liquoruntersuchungsresultate von 3 Lyssafällen mit. Bei allen Fällen fanden sich pathologische Veränderungen, nämlich erhöhte Zellenzahlen und vermehrter Globulingehalt. Der erste untersuchte Fall nimmt eine Sonderstellung ein, indem es sich klinisch wie pathologisch-anatomisch um eine atypische Lyssa handelte. Parallel gehend mit den sehr erheblichen groben Veränderungen im Zentralnervensystem finden sich ein höherer Zellgehalt, und zwar polynukleäre Elemente, ausgesprochenere Globulinreaktionen und eine dementsprechende Mastixkurve. Der zweite und dritte untersuchte Fall zeigen unter sich fast den gleichen Befund, gegenüber der atypischen Lyssa einen wesentlich geringeren, entsprechend wiederum dem pathologisch-anatomischen Befund, aber doch erhebliche Veränderungen gegenüber der Norm, und zwar hoher Druck, vermehrte Zellen und deutlich positive Globulinreaktion. Die Mastixkurven waren als normal zu bezeichnen.

Die in der Literatur nur wenigen Berichte über das Ergebnis der Lumbalpunktion stimmen mit diesen Untersuchungsresultaten im wesentlichen überein.

Spezifische Elemente für Lyssa ließen sich im Liquor nicht nachweisen. Die gleichen Abweichungen finden sich auch bei anderen Affektionen, wobei hauptsächlich Poliomyelitis ant. acuta und Tetanus differentialdiagnostisch in Betracht kommen. Impfversuche mit Liquor ergaben kein einheitliches Resultat.

Hans Knospe, Berlin.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

36., Heft 3, August 1927.

Ueber Nasopharyngitis. Zur Prophylaxe der chronischen rezidivierenden Nasopharyngitis im Kleinkindes- und Schulalter wird empfohlen: 1. Abhärtung durch täglichen Aufenthalt im Luftbad (Sommers wie Winters), um dadurch die kleinen Patienten bzw. ihre Haut zu lehren, auf Kälte- sowie Wärmereize in einer Weise zu reagieren, die nicht krank macht. 2. Die Ernährungsweise der Kinder ist derart zu regeln, daß jede Mästung vermieden wird. Besonders schädlich ist die Ueberfütterung mit Flüssigkeiten, insbesondere mit Milch. 3. Hauptaufgabe der Schulärzte muß sein, unter den Kindern mit chronischen Nasopharyngitiden die Streptokokkenträger ausfindig zu machen und zu isolieren. 4. Bei Vorhandensein adenoider Wucherungen ist von der Adenotomie ein Erfolg nur in den Fällen zu erwarten, in denen das mechanische Moment bei ihren Beschwerden im Vordergrund steht.

Ueber intrakutane Schutzpockenimpfung. Empfehlung der intrakutanen Schutzpockenimpfung, die sich dem Verfasser an über 100 Kindern außerordentlich bewährt hat. Die Vorteile der Methode sind: 1. Die Reaktion verläuft mit geringeren Beschwerden als bei der kutanen Impfung, das Allgemeinbefinden bleibt ungestört, besonders die Appetenz ist nicht beeinträchtigt. 2. Die Fieberkurve verläuft flacher. 3. Die Kinder können während der ganzen Zeit der Impfreaktion gebadet werden. 4. Die Reaktion verläuft sichtbar und ist damit kontrollierbar. 5. Es werden entstellende Hautnarben vermieden. 6. Infolge des Ablaufs der Reaktion in der Haut kommt es niemals zu Sekundärinfektionen. 7. Die Uebertragung der Vakzine auf andere Körperstellen des Impflings selbst bzw. auf Personen der Umgebung ist unmöglich.

Beiträge zur Pneumothoraxtherapie im Kindesalter. Günstige Erfahrungen mit der Pneumothoraxbehandlung der tertiären Lungenphthyse mit positivem Bazillenbefund im Sputum an 8 Fällen im Alter von 8½ bis 15 Jahren, die in dem Schlußsatz gipfeln: „Man darf die Pneumothoraxtherapie als die bis heute weitaus wirksamste Behandlung der offen tuberkulösen Kinder bezeichnen."

Beiträge zur kongenitalen Tuberkulose. Mitteilung von vier sicheren Fällen von kongenitaler Uebertragung der Tuberkulose. Danach sind zwei Formen der kongenitalen Tuberkulose zu unterscheiden: 1. solche mit pathologischen Veränderungen im Gebiete der Leberpforte und die dem plazentaren Infektionsmodus entsprechen und 2. solche mit primärem Sitz der Tuberkulose im Respirationstraktus, die entweder ebenfalls als plazentar infiziert anzusehen sind oder vielleicht bronchogen durch Inspiration von Fruchtwasser. Der kongenital bedingte Anteil der Säuglingstuberkulose wird auf 5% geschätzt.

Ueber Meningitis bei Parotitis epidemica. Bericht über eine in der deutschen Literatur wenig beachtete Komplikation bei Mumps in Gestalt der Meningitis. Nach dem Liquorbefund — es findet sich eine Lymphozytose mit leicht erhöhtem Liquorzuckergehalt — handelt es sich um eine sero-fibrinöse Entzündung der Meningen. Prognose in der Regel gut.

Jahr.

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

117., der dritten Folge 67., Heft 1/2, August 1927.

Purinstoffwechsel beim Säugling, insbesondere bei milchfreier Ernährung nach R. Hamburger. Eingehende Stoffwechseluntersuchungen des Purinhaushaltes lassen mit absoluter Sicherheit erkennen, daß der Säugling die ihm mit der Nahrung (Leberbrei) zugeführten Purinkörper z. T. bis zur Harnsäure abbaut und z. T. retiniert.

Zum Kohlehydratstoffwechsel bei Rachitis und Tetanie. Auf subkutane Traubenzuckerinfusionen reagiert der Rachitiker mit einer verlängerten und erhöhten Blutzuckerkurve, während der Spasmophile eine abgekürzte und erniedrigte Blutzuckerkurve zeigt. Umgekehrt fällt bei der Rachitis nach Insulingaben der Blutzuckerspiegel nur gering und kurzdauernd, dagegen findet sich bei der Spasmophilie nach Insulingaben das genaue Negativ im Verhalten des Blutzuckers: stark und langdauernde Senkung.

Weitere Studien am Tierdarm. Ueber den Einfluß bakteriell zersetzter Milch auf die Peristaltik. 1. Lösungen von essig- und milchsaurem Natrium in isomolekularen Konzentrationen wirken bei gleichbleibendem Füllungsdruck auf die Peristaltik des Meerschweinchendünndarmes entgegengesetzt: Natrium aceticum vermehrt, Natrium lacticum vermindert die Stärke der Peristaltik. — 2. Versuche mit essig- und milchsaurem Natrium in bestimmten Mengenverhältnissen ergeben, daß bei einer der Enterokokken-

gärung entsprechenden Konzentration das Natriumlaktat nicht allein die peristaltikfördernde Wirkung des Natriumazetats aufzuheben vermag, sondern darüber hinaus sogar seinen lähmenden Einfluß auf die Förderleistung des Meerschweinchendünndarmes behält. Werden umgekehrt beide Salze in der Koligärung entsprechenden Mengenverhältnissen gemischt, so genügt die jeweils vorhandene Konzentration des Natriumlaktats nicht, die peristaltikbeschleunigende Wirkung des Azetats, die in Zunahme der Förderleistung zum Ausdruck kommt, aufzuheben. — 3. Kolivergorene Kuhmagermilch führt zu maximaler Erregung des überlebenden Darmes. In geeigneten Verdünnungen beobachtet man fast ausnahmslos Zunahme der Förderleistung infolge vermehrter peristaltischer Tätigkeit. Unter dem Einfluß der enterokokkenvergorenen Kuhmagermilch verschwindet der normale peristaltische Rhythmus. Dies führt stets zu deutlichem Absinken der Förderleistung des Darmes, auch in Verdünnungen, die denen bei den Versuchen mit kolivergorener Kuhmagermilch entsprechen. Die Pendelbewegungen, besonders der Ringmuskulatur, sind bald mehr, bald weniger lebhaft und vermehrt. — 4. Bei Durchströmung mit Finkelsteinscher Eiweißmilch und Buttermilch sinkt die Förderleistung. Das Eiweiß als solches ließ bei der gewählten Versuchsanordnung auf den Ablauf der Peristaltik keinerlei Einfluß erkennen. In dem Gehalt der Eiweiß- und Buttermilch an Milchsäure ist wegen des beruhigenden Einflusses derselben auf die Peristaltik ein weiteres neues Moment der günstigen therapeutischen Wirkung der genannten Heilnahrungen gefunden. — 5. Nicht das Kation, sondern das Anion der Milch- und Essigsäure ist der Träger der spezifischen pharmakologischen Wirkung.

Jahr.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 40, 1. Oktober 1927.

Die Behandlung der puerperalen Mastitis. Den Grundsätzen der Behandlung entzündeten Gewebes entspricht es, ein Organ, welches eine beginnende Entzündung aufweist, durch fixierende Verbände ruhig zu stellen. Eine Ausnahmestellung hiervon nahm die Behandlung der entzündeten Brust bisher ein. Aus Angst vor den Gefahren einer Milchstauung ließ man bisher fast allgemein ohne jede Rücksicht auf den Zustand der Warzen und der Brustdrüsen den Stillakt fortsetzen und ging teilweise darin so weit, selbst bei Abszedierung der Brustdrüse das Kind nicht von der Brust „abzusetzen", auch wenn Eitermengen sich dem Drüsensekret beimischten und mit der Brustnahrung vom Kinde aufgenommen werden mußten. Auf Grund seiner Erfahrungen an der Heidelberger Frauenklinik nimmt Verf. eine entgegengesetzte Stellung ein. Schon bei tiefen Brustwarzen-Schrunden, die zu Blutungen und heftigen Schmerzen beim Stillen Veranlassung geben, wird das Kind vorübergehend abgesetzt, die Brust hochgebunden und die Warze nach den üblichen Gesichtspunkten der allgemeinen Wundbehandlung versorgt, um dem Gewebe Zeit zu lassen, sich zu erholen und den entstandenen Defekt zu schließen. Bei guter Hochbindung treten nie quälende Zustände infolge der Milchansammlung auf, auch kam es in keinem Falle zum Auftreten einer Mastitis, vielmehr gelang es immer ohne große Mühe, die Sekretion der vorübergehend stillgestellten Brust nach einigen Tagen der Schonung wieder in Gang zu bringen. Die gleiche Haltung wird bei der Behandlung der Mastitis eingenommen. Sofortiges Absetzen, Hochbinden und feuchter Verband, bis die Entzündungserscheinungen in der Brust abgeklungen sind, ergeben bessere Resultate als Stauungsbehandlung mit der Bierschen Glocke unter gleichzeitigem Fortsetzen des Stillens. Das prozentuale Zurückgehen der Abszedierung bei allen zur Beobachtung gekommenen Mastitiden ist allerdings erstaunlich (von 44% im Jahr 1920 auf 10% im Jahr 1926). Die Milchstauung spielt nach den Erfahrungen des Verf. überhaupt keine Rolle. Stillakt und Stauungsbehandlung führen durch Beunruhigung des erkrankten Organs nur zu Verschlimmerung der lokalen Entzündung. Ebenso ist zu warnen vor einem zu frühzeitigen Wiederanlegen an eine Brust, deren Entzündung noch nicht völlig abgeklungen ist, weil dadurch die Erkrankung wieder aufflammt.

Die Behandlung entzündlicher Erkrankungen der weiblichen Genitalsphäre mit Iontophorese. Unter Iontophorese versteht man eine Behandlungsmethode, die darin besteht, daß mittels elektrischen Stromes dem Organismus durch die unverletzte Haut medikamentöse Substanzen, wie Jod, Zink, Kalzium, zugeführt werden. Energische bakterizide Wirkung und resorbierende Eigenschaften bei Exsudaten und Narbengewebe sind der Iontophorese eigen; im Vergleich mit anderen Behandlungsmethoden soll dieselbe sogar energischer sein und besseres leisten. Die bakterizide Wirkung fand Verf. vor allem in der Gonorrhoe-Behandlung, die resorbierende Eigenschaft bei entzündlichen Adnextumoren, fixierter Retroflexio, Residuen alter Parametritiden und Beckenbindegewebs-Entzündungen. Verwendet wurde als pharmazeutisches Präparat Zink und zur Applikation galvanischer Strom von einer Stromstärke von 10 bis 20 Milliampère auf die Dauer von 10 Minuten. Auch die intrauterine Entwicklung der Frucht beim zufälligen Vorliegen einer Schwangerschaft wird durch die Anwendung des elektrischen Stroms nicht irgendwie schädlich beeinflußt. Verf. ist mit den Ergebnissen der Iontophorese-Behandlung sehr zufrieden, da es ihm auch in schweren Fällen chronischer entzündlicher Genitalerkrankungen gelang, eine wesentliche Besserung, wo nicht völlige Genesung zu erzielen.

Schwab, Hamburg.

Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde.

116., Heft 4.

Die Mukosus-Otitis. Der Streptococcus mucosus Schottmüllers ist von den Streptokokken scharf zu trennen und mehr in die Gruppe der Pneumokokken einzubeziehen. Jedoch nimmt er auch hier eine ausgesprochene Sonderstellung ein. Dementsprechend ist auch das klinische Krankheitsbild verschieden von dem der übrigen akuten Otitiden. Die Mukosus-Otitis ist infolge der geringen Virulenz des Pneumococcus mucosus gekennzeichnet durch das fast ausschließliche Haften des Erregers auf gefäßarmen, flachen Schleimhautlagen und eine dementsprechende Bevorzugung der genuinen Infektion annähernd normal pneumatisierter Mittelohrräume im höheren Alter und beim männlichen Geschlecht, ferner durch einen subakuten, schleichenden Krankheitsverlauf, geringe subjektive und objektive Krankheitserscheinungen und mehr oder weniger symptomlos sich entwickelnde schwere Komplikationen. Hierbei ist oft der Prozeß in der Paukenhöhle fast völlig abgeklungen, das Trommelfell zeigte nur eine ganz geringe Rötung und als Zeichen geringer infiltrativer Prozesse verwaschene Konturen. Es besteht ein ausgesprochenes Mißverhältnis zwischen den geringen, sowohl objektiven wie subjektiven Erscheinungen und dem plötzlichen Auftreten schwerer Komplikationen. Auffallend häufig ist bei der Mukosus-Otitis das Auftreten von Mastoiditiden. Mit Recht ist ihr eine Sonderstellung unter den akuten Mittelohrentzündungen einzuräumen.

Hesse, Berlin.

Dermatologische Wochenschrift.

85., Nr. 40, 1. Oktober 1927.

Zur Lehre vom Lichen ruber erythematodes. Fall der seltenen Abart des Lichen ruber planus. Neben typischen Lichenknötchen an verschiedenen Stellen des Körpers hellrote bis himbeerrote, verschieden große, wenig erhabene, unter Druck meist nicht schwindende Flecke mit glatter Oberfläche und von weicher Konsistenz; heftiges Jucken. Aetiologisch schien eine nervöse Ursache zu Grunde zu liegen, wofür der Habitus der Kranken, der erhöhte Druck des Liquors, und die nach einmaliger Punktion schnell zu Stande gekommene Heilung spricht.

Cignolin bei entzündlichen Dermatosen. Eine große Reihe von entzündlichen Hautkrankheiten (Erysipeloid, Oedema eczematosum, schwere Trichophytie, Ulcus cruris, Impetigo, Ekzem, Herpes, Dermatitis) reagiert hervorragend gut auf Cignolin. Das Mittel bewirkt schnelle Beseitigung der Entzündung und reichliche Exsudation, die zur Austrocknung der Haut führt, bei abgestoßener Haut sofortige Reinigung des Grundes, üppige Granulationsbildung, schnelle Epithelisierung.

Die kombinierte Thalliumröntgenepilation. Die Thalliumepilation kommt nur für jüngere Kinder bis zum 14. und 15. Lebensjahre in Betracht. Erwachsene mit entsprechenden Dosen zu behandeln, muß dringend widerraten werden, weil bei ihnen kurative und toxische Dosis zu nahe bei einander liegen. Das Feststellen des Körpergewichtes, das Auflösen der Tabletten und das Eingeben, das nüchtern zu geschehen hat, muß unter Aufsicht des Arztes geschehen. Als Abschluß der Behandlung ist eine Kappe mit Zinkleim oder Leukoplast zu machen. Mißerfolge kommen unter Umständen dadurch zustande, daß es sich um untergewichtige Kinder handelt. Bei solchen muß man, ebenso auch bei älteren Kindern, die Thalliumbehandlung mit der Röntgenbehandlung kombinieren, bei der nur die halbe Thalliumdosis und die halbe Röntgenepilationsdosis verabfolgt wird; aber auch diese Methode darf bei Erwachsenen nicht angewendet werden. Jüngere Organismen scheinen Gifte besser zu vertragen, auch scheinen bezüglich des endokrin-sympathischen Systems gewisse geographische, klimatologische und individuelle Unterschiede zu bestehen. Dem Thallium acet. purissimum kommen anscheinend nicht die gleichen starken Wirkungen zu wie dem gewöhnlichen Thallium acet.

Ernst Levin, Berlin.

Zahnärztliche Rundschau.

Nr. 39, 25. September 1927.

Ueber Indikationsgrenzen und therapeutische Wirkung von Röntgenbestrahlungen bei akuten und chronischen Entzündungen des Periodontiums und deren Folgeerscheinungen. Otto Heinroth.
Beitrag zur funktionellen Kieferbruchbehandlung. Hans Schlampp.
* Verschluckte Kautschukprothese als Todesursache. Julius Csernyei.
Ueber einen Fall lokaler Schädigung der Mundschleimhaut durch Kupferamalgamfüllungen. E. Schmidt.
* Ein Fall von Osteomyelitis im Unterkiefer infolge Infektion aus entferntem Eiterherde. Caro.
Ueber den neuen Papierscheibenständer Zimmermann. B. Monheimer.
Bego-Abdruckmasse. Karl Jalowicz.
Zellulose-EM-BE-Trinkbecher. Silberstein.

Verschluckte Kautschukprothese als Todesursache. Beschreibung eines Falles, in dem ein 25jähriger Mann eine partielle Kautschukprothese im Schlaf verschluckte und Beschwerden erst nach zwei Jahren bekam. Er klagte über Schmerzen in der Schultergegend. Dier Röntgenaufnahme zeigte, daß die Prothese in der Speiseröhre in der Höhe zwischen der vierten und fünften Rippe festgeklemmt war. Die klinische Untersuchung ergab eine Pleuritis und Bronchopneumonia dextra und ein interlobäres Empyem. Der Patient konnte auch während der Spitalpflege feste Nahrung zu sich nehmen. Der Patient kam am 13. Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus zum Exitus. Der Sektionsbefund lautete: Gangraena pulmonis sinistrae et empyema pleurico-diaphragmatica. Bronchorhagia dextra cum diffusione intrabronchiale sinistra. Emphysema acuta pulmonis sinistri. Wie aus alten Narben zu sehen war, hat die Prothese während ihres Aufenthalts in der Speiseröhre mehrmals die Lage gewechselt, bevor sie sich in die endgültige Lage eingekeilt hatte. Der Verfasser folgert aus dem Fall, daß man nie einen einzigen fehlenden Zahn mit Hilfe einer Kautschukplatte ersetzen soll und daß die Patienten immer davor gewarnt werden müssen, mit einer Prothese zu schlafen.

Ein Fall von Osteomyelitis im Unterkiefer infolge Infektion aus entferntem Eiterherde. Ein Fall von typischer Osteomyelitis des Unterkiefers, der insofern interessant ist, als die Erkrankung von einem Furunkel am Kinn ausging. Die osteomyelitischen Erscheinungen traten einige Tage nach der Abheilung des Furunkels auf. Die klinische Untersuchung ergab eine nach außen hin geschlossene Kinnfistel, reichliche Eiterabsonderung und Lockerung sämtlicher Zähne vom linken zweiten Molaren bis zum rechten zweiten Prämolaren. Die Osteomyelitis heilte nach Abstoßung von zehn Sequestern gut ab.

L. Gordon.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 39, 24. September 1927.

* Zur Diagnose der Fremdkörper in den Luftwegen. E. Lüscher.
* Der Darmverschluß in der chirurgischen Abteilung der kantonalen Krankenanstalt Aarau von 1899—1924. Heinr. Kern.
Hernia diaphragmatica beim Erwachsenen. Ch. Cornioley.

Zur Diagnose der Fremdkörper in den Luftwegen. Zur Vermeidung von Fehldiagnosen bei entzündlichen Erkrankungen der oberen Luftwege ist es notwendig, in allen unklaren Fällen an die Möglichkeit einer Fremdkörperaspiration zu denken und in entsprechender Richtung durch genaue Anamnese, Röntgenaufnahme und Laryngo-Bronchoskopie zu suchen. Bevor die letztere erfolgt ist, darf das Vorhandensein eines Fremdkörpers nicht ausgeschlossen werden. Das gilt besonders für Kleinkinder, besteht aber auch für Erwachsene zu Recht, da sich die Krankheitsbilder nach Fremdkörperaspirationen oft in keiner Weise von infektiösen Erkrankungen anderen Ursprungs unterscheiden.

Der Darmverschluß in der chirurgischen Abteilung der kantonalen Krankenanstalt Aarau von 1899 bis 1924. Ein Material von 350 Fällen, die alle eindeutig gewesen sind und sich über einen Zeitraum von 25 Jahren erstrecken, ist einer sorgfältigen Prüfung unterzogen worden. Danach ist und bleibt der chirurgische Eingriff das Mittel der Wahl, wenn auf Anwendung innerer und mechanischer Mittel innerhalb 6—8 Stunden keine Besserung eintritt. Man kann mit Bestimmtheit und unter Beleg von Fällen die Behauptung aufstellen, daß das Risiko der aufklärenden Laparatomie und eventuellen Palliativ- und Radikaloperationen geringer ist als die Gefahr des Zuwartens unter medikamentöser Behandlung. Insbesondere müssen wir uns vor den Narkotika hüten; Morphium darf erst dann seine Wirkung entfalten, wenn die Diagnose geklärt ist, d. h., wenn der Entschluß zur Operation gefaßt ist. Als momentan palliativ und kräftesparend ist die Kotfistel aufzufassen; sie kann mit einem Schlag die Druck- und Dehnungsverhältnisse ändern. Der praktische Arzt kann sie in Lokalanästhesie ausführen; er umgeht damit den Narkoseschock und bringt den verderblichen Prozeß zum Stillstand. Eine Radikaloperation kann angeschlossen werden, wenn der Pat. wieder bei besseren Kräften ist. Wenn einmal die Zeit kommt, wo Ileuspatienten vom Hausarzt ebenso rasch in chirurgische Hände geliefert werden wie heute die Appendizitiden, dann werden wir mit einem Schlage die Hauptquelle der Mortalität ausschließen.

Held.

Schweizerische Zeitschrift für Unfallkunde.

Nr. 8, 1927.

Internationaler Kongreß für Unfallkunde, Budapest 1928.
Gesellschaft schweiz. Unfallärzte, November 1918, Luzern.
* Zur Frage traumatischer Spinalerkrankungen. R. Stierlin.
* Grundsätzliche Entscheidungen des EV.

Zur Frage traumatischer Spinalerkrankungen. 1918 erlitt ein 15jähriger junger Mann einen Velounfall mit Commotio cerebri. 1920 erfolgte ein 2. Unfall: Beim Treppen-Heruntersteigen kam der Patient in Schuß und mußte springen. Dabei stieß er, unten angekommen, mit beiden Händen gegen die Wand, verspürte im linken Fuß und linken Schultergürtel starke Schmerzen. Die Schmerzen im Fuß blieben bestehen, der Junge wurde lange Zeit als Unfallpatient mit traumatischem entzündlichem Plattfuß behandelt. Langsam entwickelte sich aber eine komplette Querschnittslähmung. Nach verschiedenen Gutachten, welche über die Natur und ihren Zusammenhang mit einem event. Unfall beinahe alle Möglichkeiten erschöpft hatten, ließ sich der Patient operieren. Es fand sich bei dieser Autopsia in vivo ein Fibro-Endotheliom in der Höhe des 9. bis 10. Wirbelbogens. Ein Zusammenhang dieser Erkrankung mit einem Unfall wurde natürlich verneint, umsomehr als der Patient gleichzeitig eine Spina bifida occulta aufwies.

Grundsätzliche Entscheidungen des EV. Unfallversicherung. I. Im Gegensatz zur kantonalen Instanz wird eine Unfallneurose verneint, bzw. bloße Begehrungsneurose angenommen.

Allmählich infolge Anstrengung bei der Arbeit aufgetretene Schmerzen und Bänderzerrungen kein Unfall, sondern nur Arbeitsschädigung.

Art. 9, § 11. Der Buchstabe (Brief) A gilt vorschriftsmäßig für die Berechnung der Verjährungsfrist; nicht nur für diejenigen Fälle, in denen die Kasse einen Unfall nicht anerkennt, sondern auch für alle Fälle, in denen sie auf eine Leistungsforderung einen abschlägigen Bescheid gibt (Refude principe), und infolgedessen kein Brief B oder C mehr angewendet werden kann.

In Fällen der Anwendung des Buchstabens A fängt die Verjährungsfrist erst dann an zu laufen, wenn die Verabschiedung in der gesetzlich vorgeschriebenen Form, d. h. per eingeschriebenen Brief vorgenommen worden ist.

Die Versicherung allein kann vorschreiben, ob sie es für opportun hält, eine „neue Behandlung" aufzunehmen, eine Behandlung, welche in Art. 81 enthalten ist und dem Zweck dient, die Vergrößerung der Arbeitsfähigkeit eines Patienten, resp. konsequenterweise die Verringerung der Rente zu erreichen.

Militärversicherung: Der Soldat, welcher nach der Entlassung aus dem Militärdienst eine Arreststrafe absitzt, welche wegen eines disziplinarischen Vergehens während des Wiederholungskurses von seinem Vorgesetzten über ihm verhängt wurde, befindet sich für die Unfallversicherung nicht im „Militärdienst".

Hottinger, Basel.

Wiener medizinische Wochenschrift.

77., Heft 27, 2. Juli 1927.

Ueber Laboratoriumsmethoden im Dienste der Klinik der Tuberse. Für jene Methoden, die auf indirektem Weg einen Einblick en Kampf zwischen tuberkulösem Virus und Organismus geben n, kommen spezifische und unspezifische Reaktionen in Betracht. den spezifischen Reaktionen wurden Agglutination, Präzipi-n und Komplementablenkung herangezogen. Nach den aus der ratur ersichtlichen Erfahrungen scheint der Wert der bisher ver-ten Agglutinationsmethoden nicht sichergestellt. Auch die Prä-ation hat bisher keine praktisch verwertbaren Resultate ge-gt. Von den auf Komplementablenkung fußenden Methoden wer-das Verfahren von Boquet und Nègre, das Calmettesche, das edkasche Verfahren und die Wassermann-Reaktion hervor-ben und ihre diagnostische Verwertbarkeit erörtert. Eine eiskräftige Reaktion ist auch in diesen Methoden nicht eben. Die komplexe Beschaffenheit des Tuberkelbazillus, der aus Fett und Eiweißkörpern zusammensetzt, scheint ein veres Hindernis für die spezifischen Reaktionen abzugeben. Daß unkörper gebildet werden, unterliegt keinem Zweifel.

Zur Pathologie der Grippelunge (Wien 1926). Die im Frühjahr in Wien beobachtete Grippewelle verlief gefährlich vor allem Kinder, Leute des reiferen bzw. greisen Alters mit geschädigter ge. Todesursachen waren schwere Erkrankungen der Luftwege der Lungen. Der Tod trat nach Ablauf der ersten Krankheits-he ein, foudroyant verlaufende Fälle wurden nicht beobachtet. den 13 untersuchten Grippelungen wurden zwölfmal (92%) ffersche Influenzabazillen nachgewiesen, davon dreimal in Rein-ır. Außer diesen Bakterien waren in den verschiedenen Fällen hylococcus aureus, Streptococcus pyogenes und Diplococcus eolatus, in einem Fall außerdem Micrococcus catarrhalis und htheriebazillen nachweisbar. Die pathologisch-anatomischen histologischen Veränderungen in den Grippelungen waren bei em Influenzabazillenbefund: schwere eitrige Bronchitis, Bron-litis mit Hyperämie und zelliger Infiltration der Bronchialwand, sie besonders der feinen Bronchialzweige. Die Ursache für die chialektasie in der Grippelunge mit reinem Influenzabazillen-nd liegt vermutlich in einer bakteriellen toxischen Schädigung Elastico muscularis; morphologisch schwere Zerstörungen den nicht beobachtet. Die von anderen Autoren als eine Be-lerheit der Grippelunge hervorgehobene Bronchitis obliterans Verf. u. a. auch in Masernlungen und besonders häufig in Keuch-enlungen. Die beobachteten Pneumonien werden als klein-ige, peribronchioläre Herdpneumonien gekennzeichnet. Im Exsu-der Bronchiolen werden Influenzabazillen gefunden, im Infiltrat Bronchiolenwand und in den umliegenden Alveolen finden sich e. Der Influenzabazillus ist ein von der Oberfläche wirkendes terium, dessen entzündlicher, in die Umgebung wirkender Reiz nach kurzer Strecke erschöpft. Durch diesen Umstand ist die nlich enge Begrenzung der peribronchioläre Herdpneumonien zu ären. Die kleinknotige peribronchioläre Herdpneumonie ist nicht die „Grippelunge mit reinem Influenzabefund" pathognomonisch. f. konnte den gleichen makroskopischen und mikroskopischen Be-sehr häufig in Masern- und Keuchhustenlungen erheben.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

Nr. 8.

Ueber den Einfluß der Gebärmutterentfernung auf die innere retion der Eierstöcke. Ueber dies Thema herrscht noch immer inigkeit, die einen glauben, daß die Eierstöcke auch nach Ent-ung der Gebärmutter ihre Tätigkeit fortsetzen und für den amtorganismus der Frau auch weiter von größter Wichtigkeit l. Andere dagegen sind der Ansicht, daß es kein Unterschied cht, ob alle inneren Geschlechtsorgane entfernt sind oder ob die rstöcke allein erhalten bleiben. Die erstgenannte Theorie nimmt daß die Eierstöcke ihre normale Funktion behalten, voraus-etzt, daß vorsichtig operiert und die Blutgefäße gut versorgt rden, auch wenn ein wichtiges Erfolgsorgan, die Gebärmutter-leimhaut, nicht mehr vorhanden ist. Dagegen glauben die eren, daß diese Schleimhaut einen derartigen Einfluß auf die Eierstocksfunktion hat, daß nach Uterusentfernung der Eierstock nicht mehr normal funktionieren kann. Beide Ansichten und den ganzen mit ihnen zusammenhängenden Fragenkomplex versuchte man durch die klinische Beobachtung zu stützen. Wegen der Subjektivität dieser Wahrnehmung konnte das Problem auch auf diese Weise nicht gelöst werden. Eine völlig objektive Methode, die Eierstocksfunktion klinisch zu messen, gibt es nicht.

Die Nagetiere eignen sich nun vorzüglich zu einer mikroskopischen Kontrolle der Eierstockssekretion. Während bei der Frau stets die Gebärmutterschleimhaut mikroskopiert werden müßte, genügt bei Mäusen ein einfacher Ausstich des Scheideninhalts. Dieser spiegelt nämlich die verschiedenen Phasen bei der Maus sehr deutlich wieder. Die Autoren untersuchten nun, ob die Entfernung der Gebärmutterhörner eine Aenderung in der Eierstocksabscheidung hervorbrachte. Bei 5 weiblichen Mäusen wurde täglich ein Ausstrichpräparat der Vagina gemacht während der Zeit von 7—8 Zyklen. Danach wurden unter Aethernarkose beide Gebärmutterhörner entfernt. Diejenigen Tiere, die dem Tode entgingen, konnten etwa 7 Wochen kontrolliert werden. Die mittlere Zyklusdauer der Brunstperioden war vor der Operation 11 Tage, nach der Operation 11½ und 9 Tage.

Bei 9 andern Mäusen konnte ebenfalls durch Ausstrichpräparate das Bestehen einer ziemlich regelmäßigen Brunstfunktion nachgewiesen werden. Eine Tabelle gibt hierüber sowie über die Zyklusdauer vor und nach der Operation Auskunft. Man kann aus ihr entnehmen, daß der Eierstock die Sekretion des Hormons, welches die zyklischen Veränderungen in den Geschlechtsorganen von Mäusen zuwege bringt, sich nach Entfernung der Gebärmutter nicht verändert.

Die Produktion dieses Hormons ist an die Follikelreifung im Eierstock gebunden. Tötet man 3 Monate nach der Operation die Tiere und vergleicht ihre Eierstöcke mit denen von nichtoperierten Tieren, so besteht kein Unterschied. Aus all diesem folgt, daß bei der Maus die Entfernung der Gebärmutter die innere Eierstocksekretion nicht verändert. Nimmt man an, daß außer diesem Hormon, welches die zyklischen Veränderungen an den Geschlechtsorganen beherrscht, noch andere Hormone abgeschieden werden, dann ist es sehr wahrscheinlich, daß die Bildung dieser Hormone auch nach Uterusexstirpation weiter geschieht. Das Eierstockshormon ist nicht artspezifisch. Die zyklischen Veränderungen in den Geschlechtsorganen einer Ratte oder eines Meerschweinchens können nach Kastration auch durch Follikelflüssigkeit von Kuh, Pferd usw. wieder hervorgerufen werden und die zyklischen Veränderungen an der Gebärmutterschleimhaut der Frau sind, wenn diese fehlen, wieder zum Vorschein zu rufen durch das aus tierischen Eierstöcken bereitete Hormon.

Es ist also nicht unwahrscheinlich, daß die Resultate der oben beschriebenen Versuche auch für die Frau gelten, und daß dann diejenigen Aerzte im Recht sind, welche vor der Notwendigkeit einer Gebärmutterentfernung stehend, es vorziehen, die Eierstöcke zu erhalten. Kurt Heymann-Berlin.

Nr. 9.

Ueber perniziöse Anämie. Der Autor verfügt jetzt über 13 Fälle, die er mit der neuen amerikanischen Methode der fettarmen Leberdiät behandelt. Eine Krankengeschichte gibt er ausführlich wieder und stellte die Hämoglobinmessungen graphisch dar. Die Frau befand sich trotz Arsen, Ziemßenkur, Salzsäure und Bluttransfusionen in elendem Zustand. Die Hämoglobinkurve sank fortgesetzt und befand sich am 25. Juni auf 24. Nun wurde mit Leberdiät begonnen, täglich wurden 100 g gekochter Leber gegessen, anfänglicher Widerstand hiergegen wurde schnell überwunden. Die Hämoglobinkurve verlief nun folgendermaßen:

1. Juli . . . 37
6. Juli . . . 42
13. Juli . . . 54

Patientin lebt auf, sieht gut aus, hat Appetit, Temperatur und Pulsfrequenz sind gesunken, sie nimmt jetzt 150 g Leber gern. Am 23. Juli hat sie einen Hämoglobinwert von 65 und wird in sehr gutem Zustande entlassen.

Ein Jahr nach ihrer Entlassung konnte Patientin wieder untersucht werden. Sie hatte fast die ganze Zeit die Lebernahrung fortgesetzt und Hämoglobin 76 bei ziemlich normalen anderen Blutwerten.

Andere Fälle verliefen ähnlich, so daß Autor diese Methode sehr lobt. Sollte es sich herausstellen, daß man die Arsenbehandlung bei

perniziöser Anämie aufgeben kann, dann wäre das schon ein großer Fortschritt.

Was das wirksame Agens dieser Diätbehandlung ist, weiß man noch nicht. Vielleicht regen die Purine der parenchymatösen Organe das Knochenmark zu erhöter Aktivität an oder verhindern die Hämolyse. Vielleicht spielt auch die Ausschaltung der hämolysierenden Fettsäuren eine Rolle. Tierversuche werden die Frage vielleicht klären.

Hemmung von Bakterienwachstum in Menschenserum. 1. Blutserum ist ein guter Nährboden für Staphylo- und Streptokokken. 2. Wird Blutserum einige Zeit bei 37 Grad Celsius der Luft ausgesetzt, dann entwickeln sich hierin Staphylo- und Streptokokken innerhalb der ersten Stunden nicht, erst nach 5 Stunden und darüber beginnen sich die hineingesäten Kokken zu vermehren. 3. Diese Erscheinung wird bei Koli-, Typhus- und Anthraxbazillen nicht beobachtet. Die ersten entwickeln sich aber in Serum weniger schnell als Staphylokokken. 4. Kaninchenserum gebt diese Erscheinung nicht, dagegen wohl andere Tiersera. 5. Die Erscheinung hängt mit einer ziemlich starken alkalischen Reaktion des der Luft ausgesetzten Serums zusammen. 6. Es ist für die Wundheilung von Bedeutung.

Kurt Heymann-Berlin.

Geneeskundige Bladen.

25., Nr. 6.

* Beitrag zur physischen Anatomie am Schädel und Hirn. O. H. Dykstra.

Beitrag zur physischen Anatomie am Schädel und Hirn. Bestimmung der Kapazität von ungefähr 100 Schädel und des Gewichts der dazugehörigen normalen Gehirne. (Obduktionsfälle im Pathol. anat. Laborat. Univ. Groningen.) — Methodik: Nach Herausnahme des Gehirns durch zirkulären Sägeschnitt wurde ein Loch ins Schädeldach gebohrt, das Loch wieder auf die Schädelbasis gesetzt und der Schädel durch das Loch vollgestürzt mit Glasperlen. Die Quantität dieser Perlen wurde dann bestimmt. Es stellte sich heraus, daß dieses Verfahren sehr genau war; die Ergebnisse stimmten mit Kapazitätsbestimmung durch Wasserfüllung überein. Ergebnisse:

Männer:			
20—50 Jahre	max. 1715 ccm	min. 1325 ccm	Durchschnitt 1507 ccm
über 50	„ 1855 „	„ 1355 „	„ 1542 „
Weiber:			
20—50 „	„ 1575 „	„ 1105 „	„ 1375 „
über 50 „	„ 1655 „	„ 1025 „	„ 1347 „

Diese Kapazitäten sind größer als von anderen Untersuchern (u. a. Bolk) in den Niederlanden festgestellt wurde. Die Schädellänge wechselte bei Männern von 17-19¾ cm, bei Weibern von 16½-20 cm; die Breite bei Männern von 13½-15½ cm; bei Weibern v. 13-15½ cm. Der Index war durchschnittlich 79,9 (von 72—88). Im Durchschnitt hatten sowohl bei Männern wie bei Weibern die Schädel mit einem Index von 78—79 die größte Kapazität. Hirngewicht (frisch gewogen mit Leptomeningen):

Männer:			
20—50 Jahre	max. 1682 g	min. 1221 g.	Durchschnitt 1410 g
über 50 „	„ 1625 „	„ 1120 „	„ 1382 „
Weiber:			
20—50 Jahre	max. 1473 g	min. 1063 g.	Durchschnitt 1288 g
über 50 „	„ 1470 „	„ 811 „	„ 1199 „

Die meisten Männerhirngewichte (70%) schwankten von 1300 bis 1500 g; 70% der Weiberhirngewichte von 1150 bis 1300 g. Die Hirnvolumina wurden kurze Zeit nach dem Tode bestimmt. Der Raum zwischen knöchernem Schädel und Gehirn betrug bei Männern und Weibern: 20—50jährig 10%, 50—60jährig 12%, 60—70jährig 13%, 70—80jährig 16%, 80—90jährig 20% von der Schädelkapazität. Dieser Raum war bei starker Abmagerung nicht größer als in den übrigen Fällen. Es konnte eine Uebereinstimmung zwischen Gehirngewichtszunahme und Körperlänge festgestellt werden, jedoch nur für Gruppen von derselben Länge. Bei derselben Körperlänge hatten die Weiber immer kleineres Hirngewicht als die Männer. Das Gewicht des Metencephalon war durchschnittlich 12,5% des ganzen Gehirns. Es wurde versucht, die Oberfläche der Gehirne untereinander zu vergleichen. Dazu wurden eine Fünfzahl konstante Schnitte durch die Gehirne gemacht; die Peripherie jeden Schnittes wurde gezeichnet mit allen Furchen und Windungen und dann mit einem Kurvimeter gemessen. In dieser Weise war es möglich, einen Eindruck über die Größe der Gehirnoberflächen zu bekommen. Es stellte sich heraus, daß im allgemeinen die großen Gehirne auch eine große Oberfläche haben und meistens tiefe Furchen; die kleinen Gehirne eine kleine Oberfläche und untiefe Furchen. Eine Aenderung der Größe der Gehirnoberfläche mit dem Alter konnte jedoch nicht gefunden werden.

R. Roelofs, Groningen.

Ginekologja Polska.

6., Heft 1/3, 1927.

* Kritische Beleuchtung der Kaiserschnittoperationen der Warschauer Univers Frauenklinik. Henryk Gromadzki.
* Primäres Scheidenkarzinom. A. Garbień.
* Hydramnion acutum biamniale. K. Piotrowski.
* Die funktionelle Herzprobe in der Gynäkologie. E. Stoekl (Poznań).
* Untersuchungen der Scheidensekretreaktion von Neugeborenen und Kin T. Zwoliński.

Ein Fall beiderseitiger Tubentuberkulose und Tuberkulose einer linksseitigen stockzyste. H. Ostrzycki.

Ein Fall von eingebildeter Schwangerschaft und Geburt. J. Wiśniewska.

Schwangerschaft im rudimentären Horn eines Uterus bicornis und Geburt Fruchteies nach der Operation. H. Raszkes.

* Der diagnostische Wert der Hystero-Salpingographie. H. Lenartowski M. Seidler.

Uteruslipome. M. Słońskier.

Struma nodosa seu adenoma glandulae thyreoideae et cystadenoma papill pseudomucinosum ovarii. A. Wojnicz.

Kritische Beleuchtung der Kaiserschnittoperationen der Warscha Universitäts-Frauenklinik. Unter 122 Kaiserschnittoperationen di der Zeit von 1921—1926 ausgeführt wurden, wurde in 91 Fällen transperitoneale, suprasymphysäre Weg gewählt. Die Gesamtst lichkeit der Mütter und Kinder betrug 7.38%, die Sterblichkeit Mütter mit Beckenverengerung betrug 2,4%, bei Eklampsie 20%. Placenta praevia 12,5%, bei anderen Indikationen 18,9%. Um Sterblichkeitsziffer infolge der Schnittentbindung selbst zu beurte können nur die Fälle mit Beckenverengerung in Betracht gezo werden, da andere Indikationen für sich allein schon eine gew Sterblichkeit aufweisen. Die Statistik ergibt jedenfalls, daß Kaiserschnittoperationen eine Erweiterung der Indikationen verdie was an entsprechenden Beispielen klargelegt wird.

Primäres Scheidenkarzinom. In 26 Jahren fanden sich unter 8 Kranken neun Fälle von primärem Scheidenkarzinom d. i. 0,11 nach Abrechnung von drei nicht absolut sicheren Fällen 0,06 Auf 731 an Genitalkrebs erkrankten Frauen berechnet, betrug Prozentsatz 1,23% bzw. 0.82%. Auf Grund dieser Statistik wird Thema ausführlich bearbeitet mit genauer Berücksichtigung polnischen und ausländischen Literatur. Die Röntgen- bzw. Radi therapie haben die Prognose des Leidens eben so wenig gebess wie die verschiedenen Operationsmethoden von Schauta-Werthe Rosner, Dirner, von der Hoeven.

Hydramnion acutum biamniale. Eine eineiige Zwillingsschwan schaft mit Hydramnion acutum mußte im sechsten Monat we schwerer Folgeerscheinungen unterbrochen werden. Es wurde da der äußerst seltene Fall festgestellt, daß im Gegensatz zu den gaben in der Literatur die beiden Amnionsäcke (4 + 6 Liter) teiligt waren. Diese Tatsache steht im Widerstreit mit der A fassung und Deutung die Schatz mit Hilfe seines „dritten Kreislau gegeben hat. (Ebenso mit der Ansicht von Hinselmann. Anm. d. R

Die funktionelle Herzprobe in der Gynäkologie. Die Pr wurde nach Katzenstein in 100 Fällen vor der Operation angest (Durch Druck auf die Schenkelarterie wird der Druck im Kreis erhöht, der Blutdruck und Puls vorher und nachher gemessen; Dru erhöhung bedeutet ein gesundes, Drucksenkung ein insuffizie Herz.) Auf Grund der guten Ergebnisse empfiehlt der Verfas diese einfache und genaue Methode wärmstens, da sie uns in Stand setzt, Herzschwächen aufzudecken, die mit den gewöhnlic klinischen Hilfsmitteln nicht faßbar sind.

Untersuchungen der Scheidensekretreaktion von Neugebore und Kindern. Die Wasserstoffionen-Konzentration wurde bei Neugeborenen und Kindern bis 2½ Jahren mit Hilfe der Mik methode von Ellis festgestellt. Nach der Geburt und vor dem scheinen von Mikroorganismen ist die Reaktion sauer (pH 6 24 Stunden nach der Geburt bis zum 10 Tage steigt die Azid (pH 6,84). Verfasser zieht den Schluß, daß die saure Reaktion dingt sei nicht durch bakterielle Wirkung, sondern durch die Tä keit des Scheidenepithels. das wiederum abhängig sei in seiner Fu tion von im Blute des Kindes kreisenden Resten des mütterlic Ovarialhormons.

Der diagnostische Wert der Hystero-Salpingographie. Verfas sehen in der Methode einen Fortschritt der gynäkologischen D gnostik. Sie ist der Tubendurchblasung überlegen, da sie meist die genauere Lokalisierung der Verschlußstelle ermöglicht und man mal die Diagnose von Uterus- bzw. Adnextumoren erleichtert.

Orvosi Hetilap.

71., Nr. 32, 7. August 1927.

Die nicht spezifische Reiztherapie in der Frauenheilkunde. Die gewandten Mittel können zweckmäßig in drei Gruppen eingeteilt erden: 1. Terpentingruppe (Terpentinöl, Terpichin, Novoterpen, obinthin), 2. Proteinkörper (Milch, Aolan, Albusol, Caseosan, tren-Casein, Novoprotin), 3. das Gemisch von Proteinkörpern und tten: Omnadin. Seit 1920 wurden an der Klinik 78 Kranke der pezifischen Reiztherapie unterworfen, und zwar ausschließlich Inexentzündungen. Die Zahl der akuten Fälle ist zu gering um aus Schlüsse ziehen zu dürfen, umso mehr wurden aber subakute und ronische Fälle behandelt mit dem Erfolg, daß bei subakuten Vorngen die Injektionen sowohl auf das Allgemeinbefinden, wie auch f den objektiven Befund von günstigem Einfluß waren, was in der rm einer beschleunigten Resorption und in einem schnelleren Abf zur Schau trat. Die Behandlung der chronischen Adnextzündungen scheint aber auch fernerhin eine der undankbarsten ztlichen Aufgaben bleiben zu wollen.

Ueber die Wege der aus den Tonsillen ausgehenden Infektion. e Tatsache, daß nach Tonsilla-Operationen sich verhältnismäßig wunderbar selten sekundäre Komplikationen in Form einer regioren, oder entfernten, am Wege der Blut- oder Lymphgefäße entandenen Infektion melden, muß der gesteigerten Abwehrfähigkeit r umgebenden blutreichen Stoffe zugeschrieben werden. Manchmal weist sich aber diese Immunität für unzulänglich: in einem Falle s Verf. entstand am Grunde der Mundhöhle ein Abszeß, im zweiten ne Lymphadenitis submandibularis, ein allgemeiner septischer Zuand und schwere Polyarthritis. An der Hand dieser zwei Fälle npfiehlt Autor folgendes: falls bei der Operation das deutlich herrtretende Lymphgefäß denudiert wird, resezieren wir die exnierte Partie, damit wir die etwaige Infizierung derselben — und mit möglicherweise des ganzen Organismus — vermeiden. — Im eiteren wird auf Grund eigener Erfahrungen vor der Anwendung s Morphiums gewarnt.

Untersuchungen mit Secretin. Das genannte Mittel setzt den utzucker normaler Individuen und Diabetiker gleichfalls bedeutend rab, der Grad der Verminderung kann auch 55% erreichen. Es rursacht keine hypoglykämischen Symptome und scheint theraeutisch und diagnostisch anwendbar zu sein. Auf Grund seiner ntersuchungen meint Verfasser voraussetzen zu dürfen, daß in der ntstehung der Diabetes außer den bekannten Faktoren auch die eränderung der hormonalen Verhältnisse der Dünndarmschleimhaut ne Rolle spiele.

71., Nr. 33, 14. August 1927.

Neurolabyrinthitis luetica und Behandlung derselben. Tritt bei cht und unvollkommen behandelten Kranken recht häufig auf. Der folge der akquirierten Lues entstehende Vorgang scheint betreffs r Heilung gutartiger zu sein, als der heredoluetische. Die Behandng der vorhandenen Erkrankung muß sofort begonnen werden: die sten Erfolge gibt die kombinierte Behandlung; die Wismutjektionen müssen dem Salvarsan vorangehen, letzteres muß überupt behutsam verabreicht werden, damit keine Neurorezidive einreten. Orosz.

Liječnički Vjesnik.

49. Jahrgang, Nr. 7, Juli 1927.

Ueber die Behandlungsresultate trophischer Störungen durch die Sympathektomie nach Leriche. Die Sympathektomie nach der von Leriche angegebenen Methode wurde in 15 Fällen trophischer und vasomotorischer Störungen des Bewegungsapparates angewendet. Sie erwies sich als eines der besten indirekten Verfahren, welches geeignet ist, die Heilung der krankhaften Syndrome trophischer, vasomotorischer und zirkulatorischer Natur, sowie von ulzeröser Hautaffektionen herbeizuführen. Ueberall, wo sich Stase sowie schlechte Ernährung der Gewebe vorfinden, stellt die Sympathektomie dank der durch sie herbeigeführten Aenderung der Zirkulation die Methode der Wahl dar. Der Vorgang der arteriellen Dekortikation zeitigt sichere, mehr oder weniger langfristige Resultate bei zirkulatorischer Insuffizienz, welche in den Extremitäten lokalisiert ist und wo zu Beginn Spasmen und Schmerzen vorherrschen. Vor der Operation sind genaue Blutdruckmessungen unbedingt erforderlich, damit man sich aus ihren Kurven ein genaues Bild der Kreislaufverhältnisse zu machen imstande ist.

Weist der Kranke hochgradige trophische oder zirkulatorische Störungen in Gestalt von Oedemen oder resistenten Geschwüren auf, dann können diese Störungen durch die Sympathektomie dank der Verwandlung der spastischen Gefäßkontraktion in eine Dilatation behoben werden. Bei torpiden Geschwüren, peripheren Oedemen, Zyanose oder Erythromelalgie, d. h. in allen jenen Fällen, welche mit Erweiterung der Gefäße verbunden sind, ist die Sympathektomie kontraindiziert. Es liegt hier nämlich die Gefahr der Nervenschädigung, der Hinzugesellung einer anatomischen Läsion zu einer bereits vorliegenden funktionellen Störung nahe, die im gegebenen Fall zu einer Verschlimmerung des Zustandes führt. Die Wirkungen des operativen Eingriffs zeigen sich im folgenden. Die Extremität wird infolge Vasokonstriktion blaß und hypothermisch, welche Phase jedoch kaum innerhalb 6 bis 36 Stunden in die der peripheren Vasodilatation umschlägt. Die sich durch lokale und regionale Hyperämie, erhöhten Blutdruck, Hyperthermie, mit gesteigerter Sekretion der Schweißdrüsen verbunden und mäßiges Oedem manifestiert. Die operative Extremität gewinnt eine normale Farbe, ist weniger schmerzhaft und wird als leichter und kraftvoller empfunden. Eine Sympathektomie ohne die geschilderten Erscheinungen entbehrt jedes dauernden Resultates. Diese Behandlungsmethode von trophischen Störungen soll in allen verzweifelten Fällen angewendet werden, da sie Heilung oder zumindestens Besserung in sichere Aussicht stellt.

Die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. Die größeren Gelenke werden im Gipsverband fixiert, bei den kleineren wird mit Erfolg Röntgentherapie angewandt. Die operative Fixation der Wirbelsäule nach Albee erfolgt nur bei vitaler oder sozialer Indikation. In allen Fällen wird auf die Heliotherapie und entsprechende diätetische Maßnahmen großes Gewicht gelegt.

Zur Kasuistik und Therapie der Atresia hymenis. Bei dem 16jährigen Mädchen, welches über Amenorrhoe und Leibschmerzen klagte, wird Atresia hymenis mit Hämatokolpos und Hämatometra festgestellt. Nach Entleerung des Inhaltes wird wegen Hämatosalpinx Salpingotomie mit Schonung der Eierstöcke und des isthmischen Teiles der Eileiter ausgeführt. Auf Grund des guten Erfolges in diesem Fall empfiehlt Verf. das aktive Verfahren, d. h. sofortige Laparotomie im Anschluß an die Entleerung des Inhaltes bei Hämatokolpos bzw. Hämatometra als Methode der Wahl.

Ueber die kombinierte Quecksilber-Neosalvarsantherapie der Syphilis. Die kombinierte endovenöse Hg-NS-Behandlung wird vom Verf. im Hinblick auf die besseren Resultate der üblichen getrennten Therapie abgelehnt. Ashkenasy, Wien.

The Lancet.

213., Nr. 9, 27. August 1927.

Studentennummer

213., Nr. 10, 3. September 1927.

Kongenitale hypertrophische Pylorusstenose und die Resultate der Rammstedtschen Operation. In den letzten sieben Jahren kamen 90 Fälle von kongenitaler hypertrophischer Pylorusstenose mit einer Mortalität von 40% zur Operation. Unter diesen Fällen befanden sich 15 Kinder aus der Privatpraxis ohne einen einzigen Todesfall. Es handelte sich in allen Fällen um die gleiche Rammstedtsche Operation, die stets von demselben Chirurgen ausgeführt wurde. Der Grund für die so verschiedenen Operationsresultate liegt einzig und allein in einer früheren Diagnose bei den Privatkranken. Könnten alle Fälle innerhalb von 14 Tagen nach Einsetzen der Symptome operiert werden, so würde die Gesamtmortalität auf einen ganz geringen Prozentsatz herabgedrückt werden.

213., Nr. 11, 10. September 1927.

Die Wertheimsche Operation bei Zervixkarzinom. Unter 76 Wertheim-Operationen hatte Verf. eine Operationsmortalität von 21% und 39,5% Kranke, die seit fünf Jahren und länger am Leben und rezidivfrei waren. Er zieht weite Grenzen für die Operabilität (53% seiner Fälle). Die häufigste Todesursache ist Schock, demnächst folgt Sepsis der Beckengewebe und die so schwer zu bekämpfende Sepsis der Harnwege. Die Dauer der Symptome hat wenig Wert für die Bestimmung der Operabilität. Ob die Geschwulst radikal operierbar ist, wenn bereits Schmerzen bestehen, erscheint Verf. zweifelhaft. Das in die Vagina hinein sich entwickelnde Blumenkohlgewächs ist prognostisch günstiger, als die Form, die nach außen hin nur geringes Wachstum zeigt. Ein Uebergreifen der Neubildung auf die Blasenwand macht den Zervixkrebs inoperabel. Eine sehr fettreiche Bauchwand erschwert die Operation erheblich. Die Drüsen sind nicht so häufig krebsig erkrankt, wie man erwarten sollte. Die Mehrzahl der Rezidive (81% seiner Fälle) kamen in den ersten zwei Jahren vor, doch gibt es kaum eine rezidivfreie Periode, welche berechtigt, das Wort Heilung zu gebrauchen. Von den 50 nach Wertheim operierten Kranken waren nach sieben Jahren nur noch 32% am Leben und rezidivfrei. Die Radiumbehandlung ist zweifellos viel einfacher und ungefährlicher als diese schwierigste gynäkologische Operation, doch sind die Resultate noch zu ungleich, um die Wertheimsche Operation verdrängen zu können. Die Resultate von Heyman, Stockholm und von Ward und Farrar in Amerika konnten in England bisher nicht erreicht werden. Doch glaubt Verf. neuerdings aus seinen Erfahrungen heraus einer präoperativen Radiumbehandlung das Wort reden zu müssen. Von seit mehr als ein Jahr operierten Kranken waren 68 zuvor mit Radium bestrahlt, von denen 41% jetzt am Leben und rezidivfrei sind, während von den 59 nicht mit Radium Behandelten nur 32% leben.

Behandlung der Meningokokkenmeningitis im ersten und zweiten Kindesalter mit Flexnerschem Serum. Die Behandlungsresultate der Meningokokkenmeningitis mit intraspinalen Injektionen von in England hergestellten Sera waren bisher enttäuschend. Die Zahl der neuerdings mit dem Flexnerschen Serum behandelten Fälle ist klein, aber die unmittelbaren lebensrettenden Resultate sprechen eine beredte Sprache. Von 32 Kindern unter 14 Jahren waren fünf nur mit Lumbalpunktion (vier Todesfälle), 17 mit verschiedenen englischen Sera (12 Todesfälle) und 10 mit Flexnerschem Serum (drei Todesfälle) behandelt. Unter den 32 Kindern befanden sich 21 im ersten Lebensjahr, davon waren fünf mit Lumbalpunktion allein (vier Todesfälle), 11 mit englischen Sera (10 Todesfälle) und fünf mit Flexnerschem Serum (ein Todesfall) behandelt.

Rontal.

The Glasgow Medical Journal.

58., Neue Reihe, Bd. 26, September 1927.

Status lymphaticus und plötzliche Todesfälle. F. Plater beschrieb als erster 1614 plötzliche Todesfälle bei Menschen mit vergrößerter Thymus, eine ausführliche pathologisch-anatomische Darstellung des Status thymico-lymphaticus verdanken wir aber Paltauf, der eine allgemeine Hyperplasie des gesamten lymphatischen Apparates bei solchen Individuen fand. Bei ihnen war meistens das Blutgefäßsystem minderwertig: die Arterien waren dünnwandig, die Aort[a] eng. Die vorliegende Arbeit ist das Resultat von Beobachtungen a[n] 100 Fällen, von denen 50 genau histologisch untersucht wurde[n]. Meist trat während einer Operation nach Einleitung der Narkos[e] plötzlicher Kollaps und Exitus letalis auf, gegen den man sich selb[st] durch intrakardiale Adrenalingaben nicht wehren kann. Bei d[er] Autopsie findet man die Thymus vergrößert, ebenso das gesam[te] Lymphdrüsensystem und lymphatische Gewebe an Zungengrun[d], Nasenrachenraum, Milz und Darm. Lymphozytäre Infiltration in d[en] Organen wurde meist festgestellt, auch eine allgemeine Lympho[zytose], ferner Zellveränderungen in Schilddrüse und Nebenniere[n]. Die Arterien zeigen an der Intima fettige Degeneration und plaque[s]förmige Infiltration mit Cholesterin. Vielleicht ist es kein Zufall, da[ß] ein großer Teil der Kinder wegen Inguinalhernien operiert werde[n] sollten, ein Hinweis auf eine Funktionsschwäche des Bindegewebe[s]. Erwähnt seien noch Fälle mit Neigung zu kapillären Blutungen, di[e] in einigen Fällen im Gehirn, in einem andern Fall im Reizleitungs[s]ystem des Herzens zu deletären Folgen führte (bei Patienten, di[e] längst das Kindesalter hinter sich hatten). Beziehungen zu de[n] Sexualdrüsen konnten nicht sicher gefunden werden, in einem Fa[ll] bestand Atrophie eines Ovariums. Die Frau hatte aber lebend[e] Kinder geboren. Manchmal findet man Hypoglykämie. Es werde[n] drei Typen von Lymphatismus beschrieben: ein kongenitaler, ei[n] erworbener und ein auf endokriner Insuffizienz beruhender. Di[e] Todesursache ist gewöhnlich ein Abfallen des Blutdruckes, vielleich[t] infolge verminderter Adrenalinproduktion, es ist aber auch möglich[,] daß Substanzen wie Azetylcholin vermehrt gebildet werden und de[n] Druck senken.

Syphilis des Magens. Die Fälle der älteren Literatur, bei dene[n] man die Diagnose ex adjuvantibus stellte, sind heute nicht meh[r] sicher zu bewerten. Diagnostisch stichhaltig sind nur Röntgen[-]befunde, Wassermannsche Reaktion oder Sektionsbefunde. Die erst[e] größere Statistik über 122 Fälle stammt aus dem Jahre 1907 (Pater[).] Seitdem sind verschiedentlich sichergestellte Fälle oder Sektions[-]befunde publiziert. Mc Nee hat das Vorkommen einer Magenlue[s] durch Nachweis der Spirochäte im Magengewebe absolut sicher[-]gestellt. Es fehlt indessen noch an genauerer klinischer Diagnostik[.] Positiver WaR., Magenbeschwerden und Besserung dieser nac[h] spezifischer Behandlung genügen nicht, denn Allgemeinerkrankunge[n] machen häufig Magenbeschwerden, die mit Besserung des Allgemein[-]befindens verschwinden. Es wird ausführlich die Krankengeschicht[e] eines Falles mit p o s i t i v e m Röntgenbefund beschrieben, der sic[h] unter der Behandlung ohne Operation zur Norm verwandelte. E[s] handelte sich um einen 57 jährigen Mann mit Schmerzen in de[r] Magengegend, die unabhängig vom Essen am stärksten nachts ware[n] und auf Speisen nicht nachließen. Der Appetit war schlecht und de[r] Allgemeinzustand stark reduziert. Blutungen waren nie aufgetrete[n.] Die chemische Magenuntersuchung ergab Achylie. Mit Rücksich[t] auf die heftigen nächtlichen Schmerzen wurde die Karzinomdiagnos[e] verlassen und eine spezifische Kur eingeleitet, unter der der vorhe[r] bestehende Defekt an der kleinen Kurvatur verschwand. Eine Be[-]obachtung nach 2 Jahren ergab normalen Befund (bei schwac[h] positivem Wassermann).

Erich Wolffenstein, Berlin.

Paris Médical.

Nr. 33, 13. August 1927.

Pyothorax. Nachdem durch Aspiration 100 u. m. ccm Eiters ent[-]fernt sind, injizieren die Verf. monatelang jede Woche einmal ca[.] 20 ccm einer Lösung von 1,0 Jodoform, 10 ccm Aether sulf. un[d] Aethylmorrhuat 25% in Olivenöl gelöst und haben damit in vie[r] Fällen, einen Pyopneumothorax nach therapeutischen Pneumothora[x] in zwei Fällen und zwei spontanen Pyothorax, günstige Resultat[e] erzielt.

Nr. 34, 20. August 1927.

Die Amöbendysenterie ist keine lokale Erkrankung des Darms[,] sondern eine allgemeine Infektion; die Dysenterie braucht nicht not[-]wendig das erste Stadium zu sein, sie kann auch erst gegen End[e] auftreten. Sie kann die Bronchien und die Lungen befallen, di[e]

die Nieren und vor allem auch die Gallenblase. In dem er-
en Falle begann das Bild mit Schüttelfrösten, Fieber, Lungen-
inungen, nach einigen Tagen Erscheinungen, die zunächst für
steine gehalten wurden. Auf Emetin wesentliche Besserung,
den des Fiebers und der Lungenerscheinungen. Nach wenigen
auch Nachlaß der Erscheinungen von seiten der Gallenblase.
sich hier um eine primäre Amöbenzystitis gehandelt. Infek-
odus: Die Bronchitis ist wahrscheinlich durch Inhalation infi-
Staubes entstanden — auch ausgetrocknete Amöben können
nigen Tagen noch infektiös sein; die Gallenblase wurde wahr-
ich auf dem Blutwege durch die Lungen erreicht, vielleicht
ie Leber. Die Gallenblase kann nun ein Reservoir bilden, von
nn der Darm infiziert wird.

**thogenese der Lokalisation der Tuberkulose in den Lungen-
und Wirkungsweise des Pneumothorax.** Warum lokalisiert
e Lungentuberkulose beim Kinde an der Basis und beim Er-
enen an der Spitze? Die Luftinfektion greift an der Basis
Kinde Platz und heilt meist, aber der Bazillus bleibt trotzdem
Tritt nun irgend eine Verminderung des Widerstandes des
smus durch eine Infektion, Erkältung, Ueberarbeitung, Unter-
ng auf, so wächst der Bazillus, greift auf die benachbarte
über und verursacht dort in den meisten Fällen die trockene
is an der Basis. Wie beim Auge nun ein Fremdkörper unter
ere Augenlid kommt, weil er dort Ruhe findet, so kommt durch
ndigen Bewegungen der Pleura der Bazillus ebenfalls zur Ruhe
var im oberen Ende des Pleurasackes. Sie sammeln sich dort
die Pleurabewegungen an. Dort werden sie durch die vis-
Pleura absorbiert und kommen in die Lungenspitzen, die sich
m Stadium der Anaphylaxie gegenüber der Basis befinden.
auch der akute Charakter. Bei den Pleuritiden, die beim Pneu-
ax vorkommen mit torpidem Verlauf, findet man immer Ba-
nd trotzdem heilen sie durch fibröse Sklerose und Verklebung
eurablätter, weil eben die Basis sich in einem Zustande der
en Immunität befindet. Die wiederholte Invasion von Bazillen
Spitze erklärt auch die verschiedenen Schübe bei Spitzen-
ulose. So ist auch die heilende Wirkung des Pneumothorax
lären: die Luft zwischen den Pleuren hindern den Bazillen-
rt nach der Spitze, sie bleiben an der Basis und verursachen
e in 61% vorkommende Pleuritis. v. Schnizer.

Le Progres Medical.

Nr. 34, 20. August 1927.

ilosophische und medizinische Entwicklung des Biomechanismus. Von
artes bis Boerhave, Leibniz bis Cabanis. Delauney.
bei der akuten Gonorrhoe. A. Demonchy, J. Lancon.
mpathischen und endokrinen Reaktionen der Psychoneurotiker. M. Laignel-
stine.

Nr. 35, 27. August 1927.

ilosophische und medizinische Entwicklung des Biomechanismus. Delauney.
ien der Behandlung der offenen Gelenkwunden. L. Plisson.

Nr. 36, 3. September 1927.

chanismus. Paul Delauney.
ng der Spannung des Liquor cephalospinalis. H. Claude, A. Lamacge,
ubar.
nedizinische deutsche Interpretation der Marneschlacht. J. Lafont.
erative intestinale Paresie. A. Aimea.
thische Form der Epilepsie. H. Damaye, S. Warschawski.

rneschlacht. Es handelt sich um das Buch des Schweizers
r, über die Marneschlacht. Notwendig ist nur der zweite Satz:
Verfasser Bircher war 1914 Oberstleutnant und kommandierte
eutsche Division. Er ist gegenwärtig Chirurg und treibt in der
iz, in Aarau, seine Praxis." Nach unseren persönlichen Nach-
ngen existiert wirklich in Aarau ein Dr. Bircher, der einer
orstände des Aerztevereins des Kantons Aarau ist und Mit-
r der Schweizerischen Aerztezeitung für Standesfragen.

mpathische Form der Epilepsie. Man hat drei Formen, die
sive, die agitierte und die sympathische. Sie sind nicht
ganz rein. In zahlreichen Fällen gesellt sich eine sympathische
nente zu den beiden anderen und macht sie dadurch erheblich
er. Die reine sympathische Form zeigt weder Konvulsionen
Agitation. Charakteristisch sind sehr hohe Temperaturen,
e Zunge, rapider hüpfender Puls, mehr weniger Mydriasis,
nde Haut, allgemeiner arterieller Erethismus, namentlich am
Die konvulsive und agitierte Form wird durch den regel-
n Gebrauch des Gardenals gemildert, für die sympathische
ist das Eserin und das Tartrat des Ergotamins das Gegebene.
jähriger Bauer kam am 17. November 1926 im Zustande der
Insomie, Agitation, Anorexie zur Aufnahme mit den obengenannten
Symptomen und hoher Temperatur. In den nächsten Tagen stets
abends niedere, morgens hohe Temperatur. Er erhält 10 ccm Som-
nifen und 1 mg Eserinsalicylat fünf Tage lang. Daraufhin Besserung
und am 28. normale Temperatur nach täglichen Eserindosen. Am
24. ein typischer Anfall: nebenher Gardenal. Durch diese Therapie
wurde der tödliche Ausgang verhindert.

v. Schnizer.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 70, 31. August 1927.

* Die arterielle permanente idiopathische Hypotension. C. Lian und A. Blondel.
Die bakteriologische Probe bei der kindlichen Tuberkulose. A. Bergeron und Bourigarel.

Die arterielle permanente idiopathische Hypotension. Die arterielle Hypotension macht sich durch Ermüdbarkeit, Lipothymie und Akrozyanose bemerkbar, die meist zuerst in der Adoleszenz oder etwas später auftreten. Sie beruht aller Wahrscheinlichkeit nach auf konstitutioneller Basis und ist viel schwerer zu beeinflussen als die arterielle Hypertension. Strychninsulfat, Ergotin, Nebennierenpräparate und Sauerstoffbehandlung erweisen sich als wirksam, wenngleich sie nur vorübergehende Besserung bringen können.

Nr. 71, 3. September 1927.

Ueber Verwirrtheitszustände bei Hirntumoren als Wirkung hypertonischer Injektionen auf den Ventrikeldruck. H. Claude, H. Baruk und A. Lamache.
* Die infantile Akrodynie, ein vegetatives Syndrom des Di- und Mesenzephalons. T. Kniper.
Aetiologie des Beri-Beri. F. Coste.

Die infantile Akrodynie, ein vegetatives Syndrom des Di- und Mesenzephalons. Verf. hatte Gelegenheit, einige Fälle von Akrodynie bei Kindern zu beobachten, die zuerst von Cassirer beschrieben und nach den Hauterscheinungen der Extremitäten benannt worden ist. Die Symptome von seiten des regetativen Systems, die von F. H. Levy und Dresel jetzt genauer im Mittelhirn lokalisiert wurden, lassen Verf. die Erkrankung unter der Bezeichnung: Vegetatives Syndrom des Di- und Mesenzephalons zusammenfassen und auch eine Encephalitis lethargica zurückzuführen, die als banale Nasenrachenerkrankung angesehen wurde und zur Zeit in dem betreffenden Dorfe epidemisch auftrat.

Nr. 72, 7. September 1927.

Ueber die interne Drainage der Gallenblase. O. Lambert.
Medikamentöse Heilung kavitöser Magenulzera unter radiologischer Kontrolle. F. Moutier und P. Porcher.
Anleitung zum Studium der Niere in ihrer Bedeutung beim Diabetes. H. Chabanier, M. Lebert und C. Lobo-Onell.

Haber.

Le Scalpel.

Nr. 34, 20. August 1927.

Gastroduodenalulzera; operative Indikationen und chirurgische Behandlung. Eug. Vandeput.

Nr. 35, 27. August 1927.

Gastroduodenalulzera. Operative Indikationen und chirurgische Behandlung. Eug. Vandeput.

Nr. 36, 3. September 1927.

Posteriore Occipito-Iliacallagen. Fr. Merken.

Nr. 37, 10. September 1927.

* 350 Fälle von Strahlenbehandlung. Grégoire Duwe.

350 Fälle von Strahlenbehandlung. Bei Lupus, Haarausfall, Akne, vielen Drüsenerkrankungen, chirurgischen Tuberkulosen und Rachitis ist die Indikation zur Strahlenbehandlung gegeben. Bei anderen Leiden ist eine gewisse Reserve geboten, d. h. wir müssen uns neben überraschenden Ergebnissen auch auf Fehlschläge gefaßt machen. Genau wie bei anderen physikalischen Methoden, diätetischen Maßregeln, gewissen chirurgischen Technizismen darf man die Strahlenbehandlung nicht zum System erheben. Sie ist keine Panacee, wie heute eine Menge Aerzte glauben, sondern ein Bestandteil unseres ärztlichen Rüstzeugs, das versuchsweise auch da zur Anwendung kommen soll, wo andere Behandlungsweisen versagt haben. Durch Gegenüberstellung zahlreicher, recht vollständiger Statistiken, sowie

durch Vervollkommnung der Technik, wird man mehr und mehr dazu gelangen, die Indikationen zur Strahlenbehandlung zu präzisieren. Was die Erklärungsversuche für den Mechanismus der ultravioletten Strahlen anlangt, so sind die Auslegungen zu theoretisch, um ausreichend zu sein. Begnügen wir uns also vorerst mit Molière zu sagen, daß es mehr wert ist empirisch zu heilen, als wissenschaftlich zu sterben.

Nr. 38, 17. September 1927.

* Der nichtdiphtherische Croup. Paul Fonteyne.

Der nichtdiphtherische Croup. Ulzeröse Laryngitiden, die zu schwerem hartnäckigem Croup führen, beobachtet man im Verlauf von Masern. Ihr Auftreten kann in der Zeit vom 4. bis 13. Krankheitstag erfolgen und so schwer sein, daß Intubation, bzw. Tracheotomie nötig wird. Für ihre Entstehung kann man das Masernvirus verantwortlich machen. An tuberkulöse und syphilitische Laryngitiden muß man bei hereditärer Belastung denken. Allgemeininfektionen, wie Varizellen, Variola können ebenfalls eine Laryngitis im Gefolge haben, hier ist auch der Laryngo-Typhus zu erwähnen. Die phlegmonöse Laryngitis und das primäre Erysipel des Larynx gehören glücklicherweise zu den Seltenheiten. Pseudomembranöse, nichtdiphtherische Laryngitiden verdanken Staphylokokken, Streptokokken, Diplokokken ihre Entstehung; die Diagnose kann nur mit Hilfe der Bakteriologie gestellt werden. Als Croup nichtdiphtherischen Ursprungs verdienen hier ferner Verbrennungen oder Verätzungen genannt zu werden, sodann das Larynxödem in Verbindung mit Anasarka oder Urtikaria als Ausdruck einer Serumkrankheit. Der Croup des Kleinkindes ist immer eine ernste Affektion, auch dann, wenn er nichtdiphtherischen Ursprungs ist. Der grippale Croup — an Häufigkeit wohl obenanstehend — besitzt eine Mortalitätsziffer von 25%. Hierbei ist zu beachten, daß der nichtdiphtherische Croup nicht den Segnungen einer spezifischen Serumbehandlung zugänglich ist. Die Behandlung richtet sich vorwiegend auf die Bekämpfung des Krampfzustandes. Gelingt dieselbe, so kann eine Intubation oder Tracheotomie mit ihren nachteiligen Folgen oft vermieden werden. Mit Codein in verhältnismäßig hohen Dosen darf nicht gespart werden, auch von subkutanen Morphiuminjektionen wird Gebrauch gemacht. Marfan empfiehlt eine Kombination von Natr. bromat. und Antipyrin mit Codeinsirup. Andere Autoren verfügen über gute Resultate bei Verwendung von Chloral abwechselnd mit Morphium.

Held.

Clinique et Laboratoire.

Nr. 8, 30. August 1927.

Nierensyphilis. Ch. Achard.

* Allgemeine Grundsätze für die Behandlung der akuten purulenten Arthritiden. Plisson.

Allgemeine Grundsätze für die Behandlung der akuten purulenten Arthritiden. Bevor man für die chirurgische Behandlung einer purulenten Arthritis einen Heilplan aufstellt, muß man sich erst klar werden über die klinische Form, die krankheitserregenden Mikroben und die schon gesetzten anatomisch-pathologischen Schädigungen. Dazu müssen alle Hilfsmittel der Klinik, des Laboratoriums, der Radiographie herangezogen werden. Die erste Bedingung, die eine rationelle Behandlung der purulenten Arthritis zu erfüllen hat, ist die Notwendigkeit einer möglichst raschen Desinfektion durch geeignete Drainierung. Diese Desinfektion, der die mechanische Entleerung des intraartikulären Eiters vorangehen muß, vollzieht sich auf dreierlei Art: a) durch Gelenkpunktion mit oder ohne Auswaschung der Gelenkhöhle, b) Arthrotomie, c) Resektion. Noch bis vor kurzem predigte die Mehrzahl der Chirurgen: absolute Ruhigstellung des arthrotomierten Gliedes. Während des Krieges hat ein belgischer Chirurg, Willems, ein neues Verfahren erprobt. Er geht von dem Prinzip aus, daß das einzige Mittel zur vollkommenen Entleerung des Inhalts der Synovialhöhlen die aktive, freiwillige Bewegung sei, nur sie sei imstande, den Muskeltonus zu erhalten und Atrophien, d. h. dauernde funktionelle Störungen zu verhüten. Die Inzisionen müssen ausgiebig angelegt werden und die Wundlippen müssen durch Tamponade (nicht durch Drains) breit offen gehalten werden. In Wirklichkeit ist die Willems'sche Methode, die entschieden einen Fortschritt bedeutet, nicht immer anwendbar. Sie setzt den guten Willen des Kranken voraus, sein Verständnis für den Wert der Anstrengungen, die man von ihm fordert. Zuweilen verbieten auch die wirklich starken Schmerzen die strikte Durchführung, das trifft besonders für die Streptokokkenformen zu. Im allgemeinen wird man gut tun, die Willems'sche Methode auf mittelschwere Formen, auf Staphylokokken- und Pneumokokkenarthritiden anzuwenden. Kommt es nicht bald zur Beruhigung der lokalen und allgemeinen Infektionserscheinungen, so zögere man nicht mit Immobilisation und Resektion.

Held.

Revue française de Pédiatrie.

3., Nr. 3.

* Beitrag zur Kenntnis der Verdauungsstörungen beim Säugling. (I.) P. R
* Beiträge zur Kenntnis der Verdauungsstörungen beim Säugling. (II.) P. R P. Wilsdorf und P. Dreyfus.
* Beitrag zum Studium der Verdauungsstörungen beim Säugling. (III.) P. R P. Corcan und F. Klein.
* Die wichtige und ausschlaggebende Rolle der Hypotrophie bei der Gene alimentären Intoxikation. Lydia Bytek.
* Die Verbildungen des Oberkiefers. J. Meyer und Nicolle.
* Beitrag zur Kenntnis der chronischen Purpura mit Thrombopenie. H. H. Ch. Oberling und P. Woringer.
* Neue Beobachtungen über den epidemischen Pemphigus der Säuglinge. L.
* Beitrag zur spezifischen Therapie des Scharlachs. H. H. Lautier und P. D
* Die transplazentale Tuberkuloseinfektion. L. Ribadeau-Dumas.
* Die neuen Forschungen in der Aktino-Therapie (das künstliche Strandb Instituts für Aktinologie, Paris. I. Saidman.

Société de Pédiatrie de Paris.

Réunion pédiatrique de Strasbourg.

Beiträge zum Studium der Verdauungsstörung beim Säugl Der Verfasser gibt in diesem Vorwort zu den folgenden Arbeit Einteilung der Ernährungsstörungen, welche er seinen Untersu gen zugrunde gelegt hat. Er unterscheidet: Alimentäre Dystr chronische Dyspepsie, akute einfache Dyspepsie und akute sch Dyspepsie mit Ausgang in den État cholériforme (= Intoxika Als Endzustand all dieser Verdauungsstörungen können die ver denen Grade von Hypotrépsie und Atrépsie (= Hypo- und Atr eintreten.

Beiträge zum Studium der Verdauungsstörung beim Säuglin Der klinische Wert der Stickstoffbestimmung im Blut bei Verdau störungen des Säuglings. Bei 3 Fällen von Atrophie ohne Dur ergaben Harnstoffbestimmungen im Blut und Liquor normale W In einem vierten Fall war der Liquor-Harnstoffspiegel leicht e Hier komplizierte eine Bronchopneumonie die Atrophie. B anderen Atrophikern mit Dyspepsien waren die Harnstoffwer Liquor normal. Bei einem 11. Fall ebenfalls mit Bronchopneu wiederum leicht erhöht. Bei 12 akuten schweren Dyspepsien f sich leicht erhöhte, bei 6 ebensolchen Fällen normale Werte. B fekten war dreimal von 4 eine leichte Urämie vorhanden.

Beiträge zum Studium der Verdauungsstörung beim Säuglin Der klinische Wert des Azidosephänomens bei Verdauungsstörun Säuglings: Bestimmung des Blut-pH nach Michaelis (Farbstoffi toren) und der Alkalireserve nach van Slyke. In allen Fälle Intoxikation wurde eine Azidose nachgewiesen. Bei anderen D fallserkrankungen wurde sie nicht gefunden.

Die wichtigste und ausschlaggebende Rolle der Hypotrophi der Genese der alimentären Intoxikation. 68 bis 70% Mortalit alimentärer Intoxikation rechtfertigen weitere Untersuchungen diese Krankheit, die in Frankreich als infektiöser Prozeß (Marfa Deutschland als rein alimentär entstanden (Finkelstein) auf wird. Den Ausschlag zu den vorliegenden Untersuchungen gab die Augen springende Tatsache, daß zur selben Zeit in einer K für Säuglinge nur 4 Intoxikationen auf 195 Kinder auftraten, ob sie mit frischer Kuhmilch ernährt wurden, während in den zwei lingsabteilungen des Hôpital des enfants assistées 35 Fälle 746 Kinder fielen, mit anderen Worten 2% in der Säuglingsk 4,1% im Spital erkrankt waren. Die Verfasserin glaubt, auf ihrer klinischen Statistik nachgewiesen zu haben, daß die H trophie der Spitalkinder den gesünderen Krippensäuglingen gege bei dieser größeren Morbidität an Intoxikation eine ausschlagge Rolle spielt.

Die Verbildungen des Oberkiefers. Unter den Verbildunge Oberkiefers kommt hauptsächlich in Betracht der verengte kiefer mit all seinen Folgen: Zahnanomalien, schlechter Pha schluß, respiratorische Stenosen, adenoide Vegetationen, ratorische Insuffizienz mit sekundärer Stillstellung des Zwerc und sekundärer Anämie, vielleicht auch zervikale Zirkulationsst gen mit Unterentwicklung von Schilddrüse und Gehirn. Die P genese ist unklar. Die ätiologische Untersuchung zeigt, daß Fünftel aller Fälle Lues haben. Daher soll nach Annahme Autoren der Syphilis eine gewisse ätiologische Komponente geschrieben werden. Die Therapie ist kompliziert: Antiluetisc Syphilis, symptomatisch bei sekundären Folgezuständen und viel spezifisch durch Behandlung des deformierten Oberkiefers frühester Jugend an mit einer odontologisch-orthopädischen A ratur usw.

Beitrag zum Studium der chronischen Purpura mit Thrombo Klinische und anatomische Untersuchungen an einem Fall von hä rhagischer Diathese mit Thrombopenie. Ein 5jähriges Kind leide 3 Jahren an schubweisem Auftreten von Nasenbluten und Hautbl

lle therapeutischen Eingriffe sind vergebens (Transfusionen, trahlungen, Tierseruminjektionen und Blutplättchenextrakte). enektomie führt zum Exitus. — Die anatomische Untersuchung eine ganz typische Alteration des Knochenmarks: Reduktion zahl der Megakaryozyten und Degenerationserscheinungen em Bilde der Vakuorisierung und Karyorhexis.

ie Beobachtungen über den epidemischen Pemphigus der Säug- Unter epidemischem Pemphigus wird hier nicht der Pem- von Ritter, die Dermatitis exfoliativa, verstanden, sondern tartige Pemphiguseruption auf Grund einer Staphylokokken- n der Haut. Der Uebergang und die Verwandtschaft mit der itis exfoliativa wird aber betont. Beschreibung von 9 Fällen.

itrag zur spezifischen Therapie des Scharlach. Behandlung Scharlachfällen mit Dochez-Serum. Folgende Schlüsse werden gezogen: Im Falle des einfachen Scharlach kürzt diese Be- gsweise die Exanthem- und Fieberperiode ab. Bei toxischen die klinisch verzweifelt aussehen, zeigt sich eine auffallende ung und schnelle Wendung zum Guten. Auch die septischen kationen sollen auffallend günstig beeinflußt werden, obschon jedem Falle Komplikationen verhindert wurden.

e transplazentare Tuberkuloseinfektion. Ausführliches Referat lie Arbeiten über transplazentare Tuberkuloseinfektion. Je ler Reaktion des kindlichen Körpers unterscheidet Ribadeau- angeborene offene Tuberkulose (avéré), angeborene okkulte kulose und Schwächlichkeit der Kinder von tuberkulösen n (Atrophie und einfache Dystrophie). Vielleicht entsprechen etzteren allgemeinen Schwächezustände der Säuglinge (dys- rophische Formen) einer Infektion mit filtrierbaren Tuberkel- n. Als Therapie schlägt der Verfasser vor: Isolierung, Erwär- und Ernährungsregelung.

e neuen Forschungen in der Aktinotherapie: Das künstliche bad des Instituts für Aktinologie. In Paris wurde ein For- sinstitut für Klimatologie geschaffen, in welchem einige Räume liklinische Strahlenbehandlung eingerichtet sind. Beschreibung uptsächlichsten Raumes: Aluminiumwände, Sandboden, ultra- e und ultrarote Strahlenerzeuger, Luftschächte mit geheizter Kritisch verwertete therapeutische Ergebnisse liegen noch nicht Von den in anderen Staaten (England, Amerika, Deutschland) enden ähnlichen Einrichtungen usw. entwickeln die Verfasser hr beschränkte und komische Vorstellungen.

Hottinger, Basel.

Il Policlinico Sez. med.

34., Nr. 9, 1. September 1927.

egetative Nervensystem bei der Malariainfektion. D. Maselli.
den möglichen Einfluß der Malaria auf Aetiologie und Pathogenese der itis. G. Macciotta.
Zustand der Thyreoidea bei der Malariainfektion. D. Maselli.
xperimentelle Malariaimpfung bei der multiplen Sklerose. T. Lucherini.
Wirkung der Entfernung der Nebennierenkapseln beim Kaninchen auf die ße und die hauptsächlichen Organsysteme. (Fortsetzung.) F. Guccione.

le experimentelle Malariaimpfung bei der multiplen Sklerose. Die abehandlung in zwei typischen Frühfällen von multipler Skle- ei einem 35 jährigen, bzw. 49 jährigen Kranken ergab weder Besserung der Symptome noch eine Veränderung im weiteren f der Krankheit. Berichte über eine günstige Beeinflussung der kung durch Malariaimpfung müssen mit Vorsicht aufgenommen en, da spontane Remissionen nicht selten sind.

Rontal.

Il Policlinico Sez. chir.

34., Nr. 9, 15. September 1927.

Azidose-Index in der Urologie. G. Albano und A. Vecchiarelli.
infachen Blutzysten der Niere. Teil I. A. Manna.
Fälle Stiedascher Fraktur. L. Rongoni.
alignen Nierentumoren bei Kindern. A. Violato.

er Azidose-Index in der Urologie. Die Probe des Azidose-Index läre CO_2-Tension) nimmt unter den urologischen Funktions- n einen allerersten Platz ein. Vom prognostischen Standpunkt stehen enge Beziehungen zwischen Schwere der Erkrankung er CO_2-Hypotension, die eine empfindlichere Probe ist als die nie und den Vorzug vor dieser verdient, vorausgesetzt, daß xtrarenale Ursachen für ihre Herabsetzung ausschließen kann. lers in Fällen, wo beide Proben von einander abweichen, n. die Azidose-Probe der Wirklichkeit näher, da sie je nach r Tendenz zu normalen oder niedrigen Werten die Besserung oder Verschlimmerung des Krankheitszustandes anzeigt. Latente Niereninsuffizienz läßt sich durch die Verringerung des Azidoseindex diagnostizieren. Bei der Niereninsuffizienz erscheint die Azidose ohne Ketonurie und ist fast immer die direkte, unmittelbare Folge der Insuffizienz. Von den Nierenleiden, die zum Bereich der inneren Medizin gehören, beeinflussen die Formen mit Albuminurie die CO_2-Tension nur wenig; bei den Herznierenleiden mit Kompensationsstörung der Niere und bei den chronischen, zu Azotämie führenden Nierenleiden tritt dagegen Azidose auf. Wenn sich bei den letzteren Formen zur N-Retention eine starke CO_2-Hypotension gesellt, so ist der Verlauf sehr viel schwerer. Die allgemeine Aetheranästhesie führt zu starker Herabsetzung des Azidoseindex, die ihr Maximum am Operationstage selbst erreicht. Bei den chirurgischen Nierenerkrankungen mit Eiterungsprozessen hängt das Verhalten der CO_2-Tension vom Charakter der Eiterung ab. Bekommt man bei schweren Nierenstörungen konstant eine nur mäßige Herabsetzung des Index, so ist das ein günstiges Zeichen quoad vitam. Auch über die Doppelseitigkeit der Nierenerkrankung gibt die Azidoseprobe bessere Auskunft als alle andern Proben und bei der Prostatahypertrophie ist sie von Wert, da sie über den geeigneten Zeitpunkt der Operation unterrichtet, weil eine dauernde Herabsetzung des Index für bedrohliche Funktionsstörungen spricht.

Zwei Fälle von Stiedascher Fraktur. Beschreibung von zwei Fällen der Stiedaschen Fraktur des Epicondylus medialis des Femur, die längere Zeit nach dem Trauma auf Grund der Röntgenbilder diagnostiziert wurden. Es handelt sich um eine Rißfraktur infolge heftiger Kontraktion des dritten Adduktor. Die Lage des Knochenschattens und eines intensiv dunklen Streifens, der nur als Periostablösung zu deuten ist, lassen keine andere Erklärung zu. Verf. wendet sich gegen verschiedene Versuche, solche Bilder als Exostosen oder Ossifikationen von Muskeln und Sehnen erklären zu wollen.

Rontal.

La pediatria.

Jahrg. 35, Heft 18, 15. September 1927.

* Ueber die Addisonsche Krankheit und ihre forme fruste im Kindesalter. Ferdinando Morabito.
* Untersuchungen über die Veränderungen der physikalisch-chemischen Eigenschaften des Blutes in Vakzineschock. M. Giuffre.
* Die Tacconesche Reaktion in der Zerebrospinalflüssigkeit im Kindesalter. F. Barbarani.

Alte und neue Methoden der Vakzineprophylaxe gegen Tuberkulose (Sammelreferat). Andreo Bocchini.

Ueber die Addisonsche Krankheit und ihre forme fruste im Kindesalter. Beschreibung zweier Fälle eines 7 Jahre alten Knaben und seiner 10 Jahre alten Schwester mit typischen Symptomen der Krankheit.

Untersuchungen über die Veränderungen der physikalisch-chemischen Eigenschaften des Blutes in Vakzineschock. Während des Schocks durch intravenöse Injektion von Typhus- oder Maltafiebervakzine hervorgerufen, sinkt die Oberflächenspannung des Blutes wesentlich, der Gefrierpunkt mäßig. Die Viskosität steigt anfangs an, sinkt während des Schüttelfrostes, um dann wieder anzusteigen. Die Gerinnungszeit ist im Beginne der Reaktion beschleunigt, dann verlangsamt. Die Wasserstoffionenkonzentration des Plasmas erscheint teils unverändert, teils etwas verringert. Die Alkalireserve des Blutes zeigt eine mehr oder mindere Abnahme. Nach Abklingen der Schockwirkung hören alle Veränderungen auf.

Die Tacconesche Reaktion in der Zerebrospinalflüssigkeit im Kindesalter. Man setzt zu 1 ccm Liquor 3—4 Tropfen des Reagens (eine 5%ige Lösung von Kaliumbichromat warm, filtriert und zu je 1 ccm der Lösung je 1 Tropfen Trichloressigsäure zugesetzt). Im normalen Liquor entsteht an der Berührungsfläche sofort eine leichte ringförmige Trübung, die in Form von wenigen kleinen Körnchen dann einen Bodensatz im Reagenzrohr bildet. Bei meningealen Prozessen entsteht eine intensive Trübung an der Berührungsfläche, die an Ort und Stelle bleibt, während bei enzephalitischen Prozessen die Reaktion zwischen, bei den geschilderten Reaktionen die Wage hält. Die Reaktion ist eine empfindliche Präzipitationsreaktion, deren Ausfall von der Albuminmenge und ihrer Beschaffenheit abhängt. Sie ist in der geschilderten Weise negativ im normalen Liquor, stets positiv bei Meningitis cerebrospinalis und tuberculosa, oft positiv bei Epilepsie, Paralyse, Lues cerebri. Die sogenannte enzephalitische Reaktion (stärkere Ringbildung, die an Ort und Stelle teilweise bestehen bleibt) ist positiv bei Heine-Medinscher Krankheit, Enzephalitis lethargica, Littlerscher Krankheit, bei denen die anderen Präzipitationsreaktionen versagen und mitunter vorübergehend bei Typhus, Grippe usw. Bei der Lues congenita ist die Reaktion bei Vorhandensein von nervösen Erscheinungen immer (enzephalitische Reaktion) bei Fehlen derselben oft positiv.

Eugen Stransky, Wien.

The Journal of the American Medical Association.

89., Nr. 9, 27. August 1927.

Diabetes im Anschluß an akute Pankreatitis. Verf. berichtet über vier Fälle von akuter Pankreatitis mit anschließendem Diabetes; in zwei Fällen ging der Pankreatitis eine Influenza voraus, die beiden anderen traten anscheinend als primäre akute Pankreatitis auf, der eine in der hämorrhagischen Form mit Fettnekrose. Er fand in der Gesamtliteratur nur sechs weitere Fälle. Vier von den zehn Fällen zeigten pathologische Veränderungen im Schwanz des Pankreas, niemals wurde Diabetes bei Erkrankung des Pankreaskopfes beobachtet. Der Schwanz des Pankreas enthält doppelt soviel Inseln als irgendeine andere, gleich große Partie des Organs.

Einfache kongenitale anorektale Striktur mit Megakolon in frühester Kindheit. Die Literatur enthält nur wenige derartige Fälle. Verf. berichtet über sechs im Säuglingsalter bei brustgenährten Kindern beobachtete Fälle, die alle das gleiche Symptomenbild zeigten, sehr starke Ausdehnung des Abdomen, ein übermäßig dilatiertes Kolon, hartnäckige Verstopfung, anscheinend große Beschwerden, bisweilen Erbrechen. In allen fand sich ein scharfer, kurzer, fester, verengernder Ring unmittelbar über dem Sphinkter ani. Die Verengerung konnte stets digital gedehnt werden und blieb, solange die Kinder in Beobachtung waren, bis zu einem Grade dilatiert, der eine normale Funktion ermöglichte. So ähnlich diese Fälle der Hirschsprungschen Krankheit sind, so fallen sie doch nicht unter diese Kategorie, falls man darunter eine idiopathische kongenitale Dilatation und Hypertrophie des Kolon versteht. Es handelt sich zweifellos um eine embryonale Entwicklungsstörung, das Ausbleiben einer vollkommenen Verschmelzung von Rektal- und Analrohr; als Folge davon findet man an der Haut-Schleimhautverbindung von Rektum und Anus eine imperforierte Membran oder eine mit kleiner zentraler Oeffnung versehene, bzw. hymenartige oder halbmondförmige Membran, die bald nur aus Mukosa, bald aus Mukosa mit Submukosa, bald aus allen Darmschichten besteht.

Ein Studium von 202 Fällen kongenitaler Syphilis. Je frischer die Infektion der Mutter ist, desto häufiger und schwerer werden die Kinder infiziert. Von den 181 Müttern waren nur 23% vor oder während der Schwangerschaft behandelt. Durchschnittlich entwickelten sich die kongenital syphilitischen Symptome zwischen dem 10. bis 15. Jahre, 91% der 202 Kinder waren geistig gesund. Interstitielle Keratitis war das häufigste Symptom (35%), Zahndefekte das häufigste Zeichen der Syphilis. WaR. und Luetinproben waren in allen Fällen positiv, ausgenommen bei zwei Kindern. WaR. des Liquor war in 10½% der Fälle positiv. Je früher nach der Geburt das Kind eine syphilitische Behandlung bekommt, desto seltener und geringer sind die späteren luetischen Stigmata. Bei Behandlung im ersten Lebensjahr entwickeln sich die Kinder normal mit geringer oder gar keiner Syphilis; je später die Behandlung bei dem Kinde beginnt, desto resistenter ist die Syphilis. Besonders schwierig ist es bei Kindern mit interstitieller Keratitis eine negative WaR. zu bekommen. Nur 6 von 70 derartigen Kindern wurden serologisch negativ, jedoch erst nach vier- bis sechsjähriger, fast kontinuierlicher Behandlung aller Art. Gewöhnlich rezidivieren die Symptome, sobald die Behandlung aufhört. Ein 44jähriger Mann, der 15 Jahre lang intensiv behandelt wurde, ohne je Wa. negativ zu werden, blieb von Keratitis-Rezidiven frei. Bei sehr frühem Beginn der Behandlung wurde die WaR. nach etwa vier Neosalvarsan- und Hg-Kuren negativ und blieb negativ. Ein Umschlagen der einmal negativ gewordenen WaR. kam nur viermal vor. In Fällen von Neurosyphilis besserten sich die Symptome oder verschwanden ganz unter der Behandlung, jedoch verschwand niemals die positive WaR. des Liquor. Vier Fälle von Meningitis kamen vor und verliefen alle tödlich, 14mal wurde Nierensyphilis diagnostiziert und durch Autopsie bestätigt. Nur in 29% aller Fälle erreichte Verf. eine negative WaR.

Symptomenkomplex des Duodenalulkus bei ulkusfreien Kranken. In einer Serie von 250 Fällen, die vom klinischen Standpunkt aus als Duodenalulzera angesprochen werden mußten, ergaben 82 bei wiederholten Untersuchungen negative Röntgenresultat Fehlen von Blut im Stuhl; viele der Kranken litten seit M und Jahren an ihren Symptomen. Verantwortlich für den Symp komplex waren Tabakmißbrauch in 41,1%, chronische Gallen erkrankung mit und ohne Steine in 23,1%, der konstitutionelle (Vago-Sympathikotonie, Neurosen) in 18,2%, chronische Appe in 8,7% und seltener eine Reihe weiterer Störungen. Obw Duodenalulkus, besonders wenn es im zweiten Abschnitt sitz weilen bei der Röntgenuntersuchung unentdeckt bleiben kann, man doch im allgemeinen berechtigt, bei negativem Röntgen in zweimaliger Untersuchung und langem Bestehen der Beschw ein Ulkus auszuschließen. Die direkte Röntgenzeichen eines fehlten in allen obigen 82 Fällen; von den indirekten Zeichen vorhanden gesteigerte Peristaltik in 53%, gesteigerter Tonus i und Pylorospasmus in 86%. Es bestanden keine Bezie zwischen Pylorospasmus einerseits und Magensekretion, Mage oder Veränderungen in Tonus und Peristaltik andererseits, e wenig zwischen Magenperistaltik und Magensäure. Die Me der Patienten waren Männer. Aus diesen Untersuchungen hervor, wie vorsichtig man, unbeschadet der großen Wichtigk Anamnese für die Diagnose, in unserer heutigen chirurgischen in der Deutung der Symptome sein muß, und daß nicht Symptomenkomplex: „Schmerzen, Nahrungszufuhr, Wohlbe Schmerzen" als Ulkus aufzufassen ist. Wie sehr auc Symptomenkomplex für Duodenalulkus spricht, so muß do Diagnose durch röntgenoskopische und röntgenographische fältige Untersuchung gesichert sein. Behandlung der zug liegenden Ursachen, die für die reflektorischen Magendarmsym verantwortlich sind, werden dann einen großen Teil der Beschw zur Heilung bringen können.

Symptome der Urämie in Pharynx, Larynx, Trachea Bronchien. Unter einer größeren Anzahl von Urämiekranken in 11 Fällen ein merkwürdiger, teigartiger Schleimhautüberzu unteren Pharynxteile, des Larynx, der Trachea oder der Bro festgestellt. Wo diese Erscheinung in einzelnen oder in allen erwähnten Teilen vorkommt, tritt sie im Frühstadium des uräm Anfalls auf und kann daher ein wichtiges Symptom für die Di einer bevorstehenden Urämie werden. Ein solcher Schleim überzug in Trachea und Bronchien ruft bisweilen physika Symptome hervor, die irrtümlich als Zeichen einer Br pneumonie aufgefaßt werden können.

Laminektomie. Auf Grund von 30 Laminektomien (14 Fäl Fraktur mit Dislokation, 7 Fälle von tuberkulöser Spon weitere Fälle von Tumoren und Geschossen im Rückenmarks von kongenitalen Defekten und extraduralem Abszeß) hält die Laminektomie bei langdauerndem Malum Pottii mit Parap für eine vernunftgemäße, unschädliche und bisweilen sehr reiche Operation. In Fällen von Fraktur der Wirbelsäule mi lokation und ausgesprochenen Rückenmarkssymptomen sollte s Methode der Wahl sein, besonders wenn die Lähmung nicht entstand. Alte Fälle von unvollkommenen Rückenmarksstör nach Traumen können große Besserung erfahren. Verf. schlä Kranken mit vollkommener transversaler Zerstörung des Rücken in der Gegend des 12. Rücken- und der ersten Lendenwirb in geistiger Frische als Krüppel vegetieren und meist an infektion zugrunde gehen, eine Transplantation einiger Interk nerven in unterhalb der Zerstörung gelegene Nerven vor: legung der 3. und 4. Sakralnerven, welche Blase und Rektum vieren, durch Laminektomie und End-zu-End-Anastomos mehreren Interkostalnerven innerhalb des Spinalkanals, ev nach Verlängerung der letzteren durch Transplantation mit St der nervi sapheni oder muscolocutanei des Beines. Der Wer Verfahrens läßt sich im Tierversuch nicht beweisen. Vor Versuch einer solchen technisch gut ausführbaren Operation w das sachverständige Urteil der Neurologen hören.

Ront

Medical and Journal Record.

Nr. 3, 3. August 1927.

\kute postoperative Toxämie bei Hyperthyreoidismus. John Rogers.
'herapie mit Parathyreoidea. Louis Berman.
)er endokrine Faktor bei der Fettsucht. Arnold Minning.

Biologie der Hautreaktionen. Die allgemeine Ansicht, daß spezi-
;che Toxine von lebenden wachsenden Mikroben herrühren, ist
korrekt, ebenso wie die Ansicht, daß die entzündlichen Symptome
n toxischen Substanzen durch digestive Fermente kommen und
,ar sollen diese Toxine von den Geweben des Gastes stammen.
er: die Körpersubstanz der verschiedenen Mikroben ist ver-
nieden: Streptokokken, Staphylokokken bestehen aus Proteinen,
berkelbazillen und Spirochäten aus fettähnlichen Substanzen. Nun
sitzen die polymorphonuklearen Leukozyten nur proteolytische
rmente, die Lymphozyten und ihre Derivate, die Plasmazellen
r lipolytische Fermente. Also variiert bei spezifischen Läsionen
r Charakter der zellulären Infiltration: bei allen Krankheiten deren
ganismen aus Proteinen bestehen, ist sie polymorphonukleär; bei
berkulose und Syphilis sind es Lymphozyten und Plasmazellen.
lglich ist das injizierte Material die Quelle der Toxine. Und zwar
die Gesetze der Biologie ebenso wie die der Chemie unveränder-
h sind, in allen Fällen, gleichgültig was injiziert wird. Also ist bei
utreaktionen von bestimmendem Einfluß zuerst das injizierte
terial oder Antigen; dann die Fermente, die vom Antigen die
ischen entzündungserregenden Substanzen befreien und endlich,
Fermente an sich nicht wirken, die Komplemente. Jede organische
bstanz, die injiziert eine spezifische Antwort gibt, ist Antigen, ob
nun lebt oder nicht. Also alle lebenden und toten Organismen
d ihre Derivate. Nur dann entstehen auf die Injektion sichtbare
tzündliche Symptome, wenn sie sich aufspalten und reizende Pro-
kte bilden; die nativen Originalsubstanzen und die ungebrochenen
oleküle sind nicht giftig und geben keine sichtbaren entzündlichen
mptome. Dies ist sehr wichtig. Jedes Proteinmolekül hat einen
rn, der um so giftiger ist, je mehr er von den Komplexstrukturen
tblößt ist und der bei den verschiedenen Proteinen des Tier- und
anzenreiches derselbe ist. Er ist giftig wegen seiner sauren Natur.
ologisch wirkt er genau wie Pfeifer's Endotoxin. Auch ist es nicht
ezifisch und bringt, wenn injiziert, keine Immunität, gleichgültig,
o es herstammt. Die sog. Toxine dagegen sind spezifisch und
ngen Immunität. Sie sind an sich nicht giftig: Tuberkulin beim
sunden ohne Reaktion, beim Tuberkulösen Reaktion, weil die
ezifischen Fermente die Toxine verändern. Sowohl die Bazillen-
ber, wie ihre Toxine wirken immunisierend, sind aber hinsichtlich
r Hautreaktion nicht äquivalent. Hautreaktionen haben nur Wert,
nn sie spezifisch sind. Also müssen die Antigene rein und ohne
imischungen sein. Tuberkulin und Diphtherienattoxin sind aber so
rdünnt, daß diese Fehlerquelle wegfällt. In höheren Konzentra-
nen dagegen tritt er bes. beim Tuberkulin wieder auf. Daher auch
s Mißlingen des Luetins Noguchi's. Spezifische Antigene und Fer-
nte können in derselben Flüssigkeit nicht getrennt bleiben, sie
ften aneinander etwa wie Eisen am Magnet. Das Anhaften ver-
ndert nicht die Lebensfähigkeit und das Wachstum der Orga-
men. Denn die Fermente verändern zuerst die Mikroben und
nn erst ihre Toxine. Die Beziehungen zwischen Antigen, Ferment
d Komplement werden durch folgendes klar: Fremdes Protein
rd rasch und völlig verändert, wo es im Körper mit genügend
rment und Komplement zusammentrifft. Die toxischen Spaltpro-
kte können nicht lang genug bestehen, um die Gewebe zu schä-
en, also keine entzündlichen Symptome. Die Veränderung wird
er verzögert, wo es auf einen relativen Mangel an Ferment und
mplement trifft; die toxischen Spaltprodukte bleiben dann lange
nug, um Entzündungserscheinungen entstehen zu lassen. Die In-
fizienz ist relativ, wenn die fehlenden Fermente und Komplemente
iter allmählich geliefert werden können, um die toxischen Spalt-
odukte harmlos zu machen. Die Entzündung entspricht dem Grade
r Insuffizienz. Die Insuffizienz des Ferments und Komplements
absolut, wenn der Mangel später nicht ausgeglichen wird, so
ß lokaler oder wie bei allgemeinen Infektionen Tod des Ganzen
gt. Man unterscheidet zwei Arten von Hautreaktionen, solche, die
n Fermenten und solche, die von Komplementen abhängen. Auch
erstere zerfällt in zwei Arten, negativ und positiv und früh
er spät. Allgemein: das native Protein ist an sich nicht giftig.
utreaktionen können also nicht positiv sein, so lange nicht das
izierte Antigen in toxische Produkte verändert wird, was aber
rmente erfordert. Folglich setzen positive Reaktionen die Exi-
nz eines Ferments voraus. Nun sind aber diese Verhältnisse bei
intra- und extrazellulären parenteralen Digestion verschieden.
extrazelluläre Digestion wendet die Natur nur bei Antigenen
s Protein an, da nur unter diesen Umständen lebende Zellen Fer-
nte in den Blutstrom ausstossen. Folgt also auf die Injektion eines
chen Antigens keine Entzündung, so bedeutet das, daß die
ischen Produkte die Gewebe nicht reizen. Entweder werden
n dem injizierten Antigen keine Gifte entwickelt oder die ent-
kelten Gifte werden so rasch in harmlose Produkte verwandelt,
ß sie keine Zeit haben, die Gewebe zu reizen. In beiden Fällen
die Reaktion negativ. Also wenn ein Protein in einen nicht sen-
siblen Körper injiziert wird, einen solchen mit dem dieses Protein früher nie in Berührung kam, so ist die nächste Reaktion Phagozytosis; die Ausarbeitung des spezifischen Ferments und seine Ausstossung geht also sehr langsam vor sich: die sehr spät sich entwickelnden Toxine bleiben außerhalb der Zellen und reizen die Gewebe nicht: Reaktion negativ. Injiziert man aber in einen nicht sensiblen Körper ein schon bis zum Stadium der Gifte desintegriertes Antigen, also Diphtherietoxin, so kommt zunächst wieder die Phygozytose; aber jetzt sind die Fermente, wenn auch langsam ausgestoßen, genügend, um das extrazelluläre Antigen in Gift zu verwandeln, weil die Distanz vom Toxin zum Gift im Gegensatz zum vorigen Falle sehr kurz ist. Aber dies genügt nicht, um die Gifte, bevor sie die Gewebe schädigen, in harmlose Endprodukte umzuwandeln. Also positive Reaktion. Wird aber natives Protein in einen sensiblen Körper injiziert, wie bei anaphylaktischen Zuständen, (wie bei Schick), so sind die Zellen schon trainiert: Phagozytose und Ausstossung der Fermente sind so rasch, daß das native Element in Gift verwandelt wird. Also ist die Reaktion positiv. Werden statt des nativen Proteins Toxine injiziert, so sind schon genügend Fermente im Blut oder werden so rasch ausgestossen, daß die Toxine über die intermediären giftigen Stadien in harmlose Endprodukte verwandelt werden, bevor sie die Gewebe schädigen. Also negative Reaktion, wie beim negativen Schick. Werden die Injektionen mit nativen Proteinen bei schon sensiblen Personen fortgesetzt, so steigt die Zahl der Fermente allmählich so hoch, daß auch das native Protein so rasch in harmlose Endprodukte verwandelt wird, um die Gewebe schädigen zu können. Also wird die vorher positive Reaktion negativ, die anaphylaktischen Symptome schwinden. Die parenterale intrazelluläre Digestion tritt ein, wo das Antigen aus fettähnlichen Substanzen besteht, also Material von den Organismen der Tuberkulose oder Syphilis. Wird Tuberkulin einem nicht sensiblen Körper eingespritzt, so entsteht ein anderes Bild. Auch hier wird etwas Antigen von den umgebenden Geweben, die Fettsubstanzen verändern können, aufgenommen, aber Fermente werden nicht ausgestossen, weil Fett im Protoplasma verdaut wird. Das Tuberkulin bleibt extrazellulär unverändert. Keine Spaltprodukte. Reaktion negativ. Allmählich wird das Tuberkulin ausgewaschen oder intrazellulär verdaut. Nun können spätere Injektionen von Tuberkulin an den früheren Stellen entzündliche Reaktionen hervorrufen. Man nimmt an, daß Reste von früheren Injektionen an den Injektionsstellen verändert werden durch Fermente, die aus dem Blut kommen. Die alte Stelle zeigt erneute Aktivität, weil das später injizierte Tuberkulin ins Blut neue Fermente ausschüttet, die die Reste des früheren Tuberkulins aus demselben Grunde angreifen, wie sie dies bei den Tuberkelbazillen und den tuberkulösen Veränderungen sonst im Körper tun.

Die Gewebsrespiration. Die Hauptfunktion der Endokrine. Die Nebennieren sind der Schlüssel nicht nur zur Gewebsrespiration, sondern auch zu den Funktionen aller anderen inneren Drüsen. Die Gewebsrespiration nun ist die wichtigste Funktion aller Lebewesen. Die Nebennieren produzieren drei Substanzen, aus dem Mark die Adrenoxidase, die einen Teil des roten Blutkörperchens bildet, das aktive Prinzip des Adrenalin, das den O aus der Luft in den Lungen aufnimmt. Die Rinde gibt Lecithin, ein phosphorhaltiges Lipoid, das durch das oxydierende Enzym Adrenoxidase Wärme frei gibt und also ein richtiges Thermogen ist und Cholesterol, ein einatomiger Alkohol, der die thermogene Tätigkeit des Lecithin mäßigt und so die Hitzeenergie hält. Diese drei Substanzen nehmen die roten Blutkörperchen, wenn sie die Nebennieren passieren auf. Sie werden auch in den Gewebszellen gefunden. Die Thyreoidea gibt Thyroiodase (wirksames Prinzip = J, Kendall's Throxin). Sie aktiviert die Thermogenesis, beschleunigt so den Stoffwechsel und ist Antagonist zum Cholesterol; sie wirkt mit ihrem Jod durch die Adrenoxidase als Katalysator, indem sie die Empfindlichkeit des Lecithinphosphor gewisser Gewebszellen und Flüssigkeiten zur Oxydation vermehrt. Man findet die Thyroiodase in allen weichen Gewebszellen. Die Parathyreoidea bildet mit dem Hormon der Thyreoidea die Parathyroiodase, die den Phosphor empfindlicher macht und so die thermogene Wirkung steigert. Sie besorgt die hydrolytische Spaltung der hochresistenten Toxine, namentlich der spasmogenen intermediären Stoffwechselprodukte, die Bildung des Kalziumphosphats in den Knochen und anderen Geweben. Die Thymus ist nur eine akzessorische Drüse während der Entwicklungsperiode, um das Skelett und das Zerebrospinalsystem mit Lecithin zu versorgen, das alle sich entwickelnden Gewebe benötigen. Es wird geliefert durch die Leukozyten. Der Zweck der Wärmeenergie ist die Tätigkeit der Gewebsenzyme, die von einer gewissen Temperatur abhängig sind, zu unterhalten. Darauf und nicht auf der Gewebsoxydation beruht der Gewebsstoffwechsel. Unter normalen Verhältnissen genügt die so befreite Wärmeenergie, den allgemeinen Stoffwechsel und den Abbau zu unterhalten. Treten aber pathogene Substanzen, Toxine usw. im Blut oder in den Gewebszellen auf, so steigt die Thermogenesis, um diese schädlichen Substanzen zu spalten. Die

Hypophysis ist die Energiequelle für die großen basalen Kerne und Ganglien an der Gehirnbasis, von wo aus die Nervenbahnen zu den inneren Drüsen gehen. Also die Nebennieren sind die hauptsächlichen thermogenen Organe durch ihre Produkte; das Gleichgewicht halten 2 Antagonisten, die Thyroiodase als Aktivator und das Cholesterol als Dämpfer. Fieber ist ein Defensivprozeß, aber seine eigentliche Natur wird erst durch die endokrine Thermogenesis geklärt. Die in den Geweben und im Blut befreite Hitze aktiviert die Enzyme für beide Phasen des Stoffwechsels, den Auf- und Abbau. Bis zu einem gewissen Grad genügt auch zur Spaltung von Zerfallprodukten das Thyreoideahormon. Wenn aber resistente Zerfallprodukte wie Guanidin oder virulente Toxine höhere Fiebergrade nötig machen, dann tritt die Verstärkung der Parathyreoidea ein. Wichtig ist auch wie die Wärme konserviert wird, wo sie beim Einsetzen einer initialen Infektion besonders nötig ist; die Kontraktion der äußeren Blutgefäße beim Schüttelfrost unter gleichzeitiger Erhöhung der inneren Temperatur. Aussetzen einer Körperoberfläche von Kälteeinwirkung verursacht eine Anhäufung von toxischen Zerfallprodukten dort, die normalerweise durch die Defensivenzyme beseitigt worden wären, wodurch dann lokale Schmerzen, Steifigkeit, Schnupfen auftreten. Der letztere ist ein Ausdruck dafür, daß alle Schleimhäute an der Elimination der schädlichen Zerfallprodukte teilhaben. Tod durch intensive Kälte: da die Wärmeenergie nicht genügt die Enzyme zu aktivieren, hört das Leben auf. Auch der so häufige Tod durch senile Pneumonie, die häufigste Ursache des Todes im Alter erfährt nun seine Erklärung: die Nebennieren, die Grundsteine des thermogenen Prozesses verlieren mit dem Alter an Wirksamkeit. Bei vielen Infektionen erfolgt der Tod nicht durch die Infektion, sondern weil die Infektion die Nebennieren hinsichtlich ihrer thermogenen Funktion sozusagen auspumpt, dadurch die Defensivprozesse der Endokrine unterbindet. Besonders bei Kindern kommt es oft leicht zum Exitus, weil die Gewebe voll mit Lecithin sind und so viel Adrenoxidase verbraucht wird. Hier wirkt oft etwas Adrenalin in wenigen Minuten und häufig lebensrettend. Exzessive endokrine Thermogenesis ist eine Ursache der Hämolysis. Das Lecithin in den roten Blutkörperchen macht sie vulnerabel gegen Gifte, indem diese bei einer plötzlichen Befreiung der Hitzeenergie den P des Lecithins sensibilisiert, so daß sie durch die Gewebsenzyme angreifbar werden. Cholesterol dagegen schützt diese Körperchen gegen diese Wirkung. Bei Toxämien dagegen, fokale, allgemeine Infektionen, Typhus, Tuberkulose, ist diese Hämolyse, eine sekundäre Anämie indirekt durch die exzessive Thermogenese zentralen Ursprungs (Hypophyse) entstanden, übersensibilisiert durch das thyroparathreoide Hormon, das bei dem starken pathegenen Agens im Uebermaß erzeugt wird und damit auch die Enzyme. Die exzessive Thermogenesis ist auch eine Ursache der Autolyse. Der Prozeß ist ähnlich dem der Hämolyse. Die Gewebe, Herzklappen und Endothel, die serösen Membranen sind autolytischer Destruktion unterworfen. Bei den Klappen wird die Autolyse gewöhnlich den Bakterien zugeschrieben. Auch Kaliumbichromat z. B. der Endokrinen hervorrufen. Man weiß aber auch, daß physiologische Prozeße, Trypsin oder pepsinähnliche Enzyme defensiver Natur in den Geweben Läsionen hervorrufen können und auch in Organen, wenn die Reaktion leicht sauer oder alkalisch hierzu günstig ist und die Wärme. Dasselbe kann auch die endokrine Thermogenesis schaffen. Die Leberzirrhose ist außer durch Alkohol durch viele Ursachen bedingt. Aber der autolytische Prozeß ist immer derselbe. Das Herzblut ist besonders reich an endokrine thermogenen Agentien. Daher die Vorliebe für das Klappen- und Koronarsystem zu Atheromatose. So entsteht auch die Arteriosklerose und die tuberkulöse Kaverne, die Gelenk- und Knochenveränderungen. Da diese Gesetze auch für die Gehirn- und Nervenzellen gelten, so spielt die Thermogenese auch bei Geisteskrankheiten, insbesondere bei den Intoxikationspsychosen eine Rolle. Die Wirkung der Malaria bei Paralyse spricht dafür. Mittel, die die Nebennierensekretion hemmen, Opium, Kupfer hemmen auch die Nierentätigkeit und umgekehrt. Exzessive Thermogenese bedeutet exzessive Nierentätigkeit. Eines der aktivsten Stimulantien der Thermogenese ist Hg; daher äußerste Nierenreizung bei Hg-Vergiftung. Die Nieren als Exkretionsorgan für gewisse Endprodukte des Stoffwechsels müssen auch folgerichtig eng mit dem thermogenen System verbunden sein. v. Schnizer.

Archives of Internal Medicine.

40., H. 2, August.

Kalziumstudien bei Gelbsucht. Die hämorrhagische Diathe kann beim Ikterus bestehen trotz mormaler Blutungs- und Gerinnung zeit. Doch ist es wahrscheinlich, daß ohne grobe Veränderung des Gerinnungsvorganges unter Einfluß der im Blut im Uebersch angesammelten Gallenfarbstoffe und gallensauren Salze eine Störu in der Verwertungsmöglichkeit des Kalziums sich entwickelt, für die Blutungsbereitschaft verantwortlich zu machen ist. De jeder der verschiedenen Faktoren, die eine Veränderung im Calziu gehalt des Blutes bewirken (Verschiebung der Wasserstoffione konzentration, des Phosphat- oder Kohlendioxydgehaltes, Verhältn von ionisiertem zu gebundenem Kalzium u. a. m.), beeinträchtigen irgendeiner Weise die Funktion dieses Stoffes beim Mechanismus d Gerinnung. Bei vorgeschrittener Lebererkrankung ist die hämo rhagische Diathese zum Teil durch das Unvermögen der Leber b dingt, Fibrinogen in ausreichender Menge zu bilden.

Der Mangel an funktionstüchtigem Kalzium beim Ikterus tr darin hervor, daß der diffundierbare Anteil nur noch 55% (norm 72%) beträgt und die Verminderung entsprechend der Stärke d Bilirubinansammlung im Serum vor sich geht. Unabhängig vo Typus, der Dauer und der Intensität des Ikterus und ohne Zusamme hang mit der Gerinnungszeit finden sich beim Ikterus überrasche große Schwankungen im Kalziumgehalt des Gesamtblutes 5—12 mg% bei ziemlich konstantem Gehalt an Kalzium im Serum (10 mg%). F diese feste Bindung des Kalziums im Serum — trotz niedrig Menge im Gesamtblut — sind die Gallenfarbstoffe verantwortli zu machen, die so das Kalzium seiner eigentlichen Funktion en ziehen. Die großen Schwankungen im Ca-Gehalt des Gesamtblut erklären sich durch entsprechende Veränderungen im Kalziumsto wechsel der Gewebe, durch das Verhältnis des in den Organen die Gallenpigmente gebundenen Kalzium zu dem mit den Farbstoff im Urin ausgeschiedenen. Zur Steigerung des Serumkalziumspiege um einen bestimmten Betrag ist beim Ikterus eine viel größe Menge Calcium chlor. intravenös zu verabfolgen als beim Normale Die mit Kalziumzufuhr hinsichtlich der Blutungsbereitschaft bei Ikterus erzielten Ergebnisse sind nicht einheitlich. Sicherer bee flußt das Epithelkörperchenhormon die Kalziumverteilung. Sch 12 Stunden nach Injektion des Extraktes sind die Veränderungen i Gehalt des Gesamtblutes verschwunden und das Gleichgewic zwischen Blut und Geweben ist wiederhergestellt. Durch Mobi sierung des funktionsfähigen Kalziums wird die Neigung zu lan samen, protrahierten Nachblutungen vermindert, zu einem Teil dur Förderung der Gerinnung, zum andern durch Verminderung der Pe meabilität der Kapillaren.

Vergleichende Untersuchungen über Leberfunktionsprüfungen b der Leberzirrhose. Dem Zirrhose genannten Krankheitsbild liegt ei Aufeinanderfolge und ein Nebeneinander chronisch-entzündliche degenerativer und proliferativer Veränderungen zugrunde, die dur eine ganze Reihe der verschiedenartigsten Ursachen hervorgeruf werden können. Ruhestadien und Zwischenformen kommen vor, daß eine detaillierte Einteilung heute unmöglich ist. Gegenwart od Fehlen von Aszites und Ikterus erlauben für praktisch-klinisc Zwecke die vorläufige Scheidung der Fälle in solche mit „portale und solche mit „biliärer" Zirrhose. Für den Wert einer solchen Gli derung sprechen die Ergebnisse der funktionellen Prüfungsmethode Entsprechend der an anderen Lebererkrankungen gewonnenen E fahrung zeigt die Zirrhose die Unzulänglichkeit der Untersuchung methoden, die auf eine Prüfung der Stoffwechselfunktion der Leb hinauslaufen. Die im Eiweiß- (Harnstoff) oder Kohlehydra (Fruktose)stoffwechsel nachweisbaren Störungen sind unspezifisc und zeigen sich zudem bei der großen Reservekraft der Leber er bei umfangreichen Parenchymveränderungen. Sie sind daher klinisc wertlos zur Erkennung beginnender Krankheitsprozesse. Das Ve ständnis des Einzelfalls wird gefördert durch die Bestimmung de Bilirubingehaltes im Serum sowie durch den Nachweis der Reter tion von Phenoltetrachlorphthalein. Bei vorgeschrittener Zirrhos von jeglichem Typus wird der Farbstoff im Serum retiniert, unat hängig davon, ob gleichzeitig Aszites oder Ikterus vorhanden sin Bei der portalen Zirrhose ergibt sich ein auffallender Gegensat zwischen der großen Farbstoffretention und der geringgradigen Bil rubinämie. Der Grad, in dem der Farbstoff der Ausscheidung dur die Leber entgeht, zeigt grob die Menge von vernichtetem, funk tionstüchtigem Lebergewebe an, indem in Frühfällen ohne Aszites nu eine geringe Funktionsstörung mit dieser Methode nachzuweisen is Freilich besteht zwischen Umfang des Aszites und Menge des reti

n Farbstoffes kein direktes Abhängigkeitsverhältnis. Das völlige hwinden des Aszites ist nicht immer von einem Rückgang der toffretention begleitet. Die zum Aszites führende Zirkulationsng stellt keinen Maßstab für die funktionelle Schädigung der dar. Gleichzeitig mit klinischer Besserung wird ein Rückgang arbstoffretention beobachtet als Ausdruck für das augenblick-Ueberwiegen regenerativer Vorgänge im Leberparenchym. Ein lelgehen von Lebergröße mit dem Ausfall der Farbstoffprobe cht feststellbar. Während der Ikterus bei der portalen Zirrhose ch nicht hervortritt, beweist die Bestimmung des Bilirubines in vielen Fällen das Bestehen eines latenten Ikterus. Die binbestimmung ist von großem Wert bei der Analyse der Fälle iliärer Zirrhose. Entsprechend dem gewöhnlich leichten chron Ikterus findet sich eine leichte, jedoch ausgesprochene me des Bilirubin, die niemals so außerordentliche Werte wie em sogenannten Icterus catarrhalis oder beim Tumorverschluß Choledochus erreicht. Retention von Tetrachlorphthalein ist r nachzuweisen, sogar meist in stärkerem Grad als nach der des Bilirubinspiegels zu erwarten ist. Dieses Mißverhältnis darauf hin, daß dauernde organische Leberschädigungen bezustande gekommen sind. Aehnlich den Nierenerkrankungen umpfniere!) ist in den Endstadien der Zirrhose mit Aszites und s an Hand des klinischen Bildes und nach dem Ausfall der onellen Prüfungsmethoden nicht mehr zu unterscheiden, ob eine e oder biliäre Leberschrumpfung vorliegt. Einzig die chronohe Reihenfolge der bisherigen Krankheitserscheinungen — wie ine genaue Anamnese aufdecken kann — ermöglicht mit ger Wahrscheinlichkeit die differentielle Diagnose.

erniziöse Anämie und tropische Sprue. Beide Krankheiten n nicht als klinische Einheit aufgefaßt werden, wenn auch in lfällen die sichere Unterscheidung kaum möglich sein mag. In chweren Fällen von Sprue mit hyperchromer Anämie ist eine ia gastrica oft vorhanden. Doch kann die Magensaftsekretion in Spätfällen von Sprue völlig erhalten sein. Der überaus Gewichtsverlust und die charakteristischen Diarrhöen sind zugenügende Unterscheidungsmerkmale. Kombinierte Systemnkungen des Rückenmarks und die glatte atrophische Beenheit der Zunge sind dem Bilde der Sprue fremd. Bei der n findet sich aplastisches Knochenmark, jedoch zeigen Leber Nieren eisenhaltige Farbstoffe in der für perniziöse Anämie kteristischen Weise. In den meisten Fällen von Sprue läßt sich ia psilosis aus dem Stuhl isolieren, dagegen nur in einem ge- Prozentsatz der an Biermerscher Anämie Erkrankten.

ypoglykämie und toxische Wirkungen des Insulins. Die Begleittome der Insulinüberdosierung wurden bisher stets mit der glykämie ursächlich in Verbindung gebracht. Die Annahme, daß nsulinvergiftung eine abnorme Senkung des Blutzuckerspiegels nde liegt, wurde durch Schilderung einer Reihe von Fällen ge-, bei denen eine spontan auftretende Hypoglykämie klinisch olche Erscheinungen hervorrief wie sie nach Zufuhr übergroßer nmengen in der Regel sich zeigen. Anfälle von Schwäche mit eißausbruch und Hungergefühl wurden so beschrieben bei Hypomie nach großer Muskelanstrengung (Marathonläufern), nach eren Durchfällen, nach längerem Fasten oder wiederholten An- von Erbrechen. Verschiedentlich wurden bei schwerem Dia- mit Kachexie und Inanition — ohne Insulinanwendung — ere mit Hypoglykämie einhergehende Zwischenfälle beobachtet, entlich komatöse Zustände mit tödlichem Ausgang (Traubenrzufuhr wirkungslos). Wahrscheinlich ist die bei der Addison- Erkrankung klinisch im Vordergrund stehende Asthenie und elschwäche zu einem gewissen Teil auf die bei dieser Krankestehende Hypoglykämie zu beziehen. Andererseits findet sich beträchtliche Erniedrigung des Blutzuckerspiegels gar nicht ohne jegliche Störung des Allgemeinbefindens. Bei Hungern zeigen sich abnorme Blutzuckerwerte von 34 bis 70 mg%, daß die an Insulinüberdosierung gemahnenden charakteristischen en nachzuweisen sind. Tägliche Serienbestimmungen des Blutrs bei schweren, insulinisierten Diabetikern lehren, wie häufig iedriger Blutzucker längere Zeit, ohne Symptome hervorzu- bestehen kann. Gemäß ihrer Stärke sind die auf Insulin foln toxischen Reaktionen beim Diabetes in zwei Gruppen einzu- Bei dem leichteren Grad des Insulinschadens entwickeln ie Symptome allmählich, und die von den Kranken angegebenen ndungen sind wesentlicher als die objektiv feststellbaren Verungen. An Häufigkeit voran steht das allgemeine Schwächeül, fast immer vergesellschaftet mit einem Zittern der Extremi- Lagegefühl (besonders in den Beinen) und Tiefensensibilität abgeschwächt. Das Gefühl von Kälte und Taubheit an den n, Füßen oder Händen sowie Hunger (seltener Durst) machen bemerkbar. Schmerzempfindungen sowie eine prämonitorische fehlen. Objektive Kennzeichen stellen profuse Schweiße, Blässe der Wangenrötung) und eine mäßige Blutdrucksteigerung dar. Wahrscheinlich auf Grund der Tierversuche wird allgemein angenommen, daß beim Fehlen der entsprechenden Therapie diese Anfälle zu Bewußtlosigkeit, Krämpfen und Kollapszuständen führen. Nicht alle aufgezählten Symptome sind bei einem Kranken zugleich anzutreffen. Doch zeigen sich die Anfälle bei Wiederholungen zumeist in derselben Art und Weise, wobei die Entwicklung und die Reihenfolge des Auftretens der einzelnen Symptome gleich bleibt. Praktisch von größerer Bedeutung sind die schweren Reaktionen auf Insulinüberdosierung, die mit nervösen und psychischen Erscheinungen einhergehen und deren Vorkommen viel zu wenig bekannt ist. In einem Teil der Fälle erinnert das Gebaren der Kranken mehr oder minder an eine akute Alkoholvergiftung. Nach einer kurzen Zeitspanne, in der Schwächegefühl oder Schwindel empfunden werden, gerät der Kranke in einen ausgesprochenen Erregungszustand mit lautem Lachen oder Schreien, Fortfall der Hemmungen, Inkoordination der Sprache, schwankendem Gang, Neigung zu ausfahrenden Bewegungen, Verschlechterung des Sehvermögens und plötzlichem Auftreten von Halluzinationen und Verfolgungswahn. Charakteristisch ist die völlige Amnesie nach Beendigung des Anfalls. Das Erinnerungsvermögen reicht bis zu dem Augenblick, wo die ersten Störungen einsetzten. Ernster sind die Fälle zu beurteilen, in denen ohne Vorboten für längere oder kürzere Zeit das Bewußtsein ganz oder teilweise erlischt. Stundenlang kann der Kranke in einem stuporähnlichen Zustand verbleiben, ohne auf äußere Reize (ausgenommen Schmerzreize) zu reagieren. Flexibilitas cerea kann vorhanden sein. Gewöhnlich bestehen Blässe, Untertemperatur, Erniedrigung von Pulsfrequenz und Blutdruck. Gelegentlich sind Unregelmäßigkeiten der Atmung sowie Nystagmus nachzuweisen. Bei längerer Dauer des Anfalls können Perioden einer gewissen Aufhellung des Bewußtseins sich zeigen, nach deren Ablauf der an den katatonischen Stupor erinnernde Zustand wieder hervortritt. Während dieser Remissionen erscheint das Bewußtsein noch immer getrübt, doch können gelegentlich Personen und Gegenstände erkannt werden. Diese zeitweiligen Besserungen führen oft zu einer Mißdeutung des gesamten Zustandsbildes (Hy, Psychose). Das Erwachen aus diesen eigenartigen Anfällen erfolgt plötzlich oder nach einem längeren Zwischenstadium. Kopfschmerzen und Depressionen bleiben noch für Stunden oder Tage zurück. Die Unterscheidung dieser schweren Formen des Insulinschadens vom diabetischen Koma macht zumeist keine Schwierigkeiten (langsame, flache, unregelmäßige Atmung gegenüber dem typischen Kußmaulschen Respirationstypus), auch wird die Urinuntersuchung rasch Aufklärung geben. Doch ist zu bedenken, daß im Säurekoma der Urin im Anfang keine Azetonkörper zu enthalten braucht und daß — sehr selten zwar — die Glykosurie fehlen kann. Ein direkter Zusammenhang des Typus des jeweilig einsetzenden Insulinschadens mit der Höhe des Blutzuckers ist nicht zu erkennen. Bisweilen geht die Bewußtlosigkeit erst dann zurück, nachdem schon seit mehreren Stunden durch Traubenzuckerzufuhr ein normaler Blutzuckerspiegel geschaffen wurde. Andererseits kann das Bewußtsein selbst bei noch niedrigem Blutzucker zurückkehren. Charakteristische Insulinschäden treten selbst bei Blutzuckerwerten von 110 und 150 mg% auf. Der Grad der Hypoglykämie bestimmt die Schwere des Anfalls nicht. Auch kann die Traubenzuckerzufuhr den Insulinschaden nicht immer beheben. Die toxischen Wirkungen des Hormons sind sicherlich in einem Teil der Fälle auf das Wirken anderer Faktoren zurückzuführen. Es ist nicht angängig, die mit Ueberdosierung am Tier erzielten Ergebnisse ohne weiteres als für den Menschen gültig zu betrachten. Denn die beim Menschen so häufigen psychischen Ausfallserscheinungen treten im Tierversuch nicht hervor. Auch sind die individuellen Schwankungen in der Reaktionsweise beim Menschen viel größer.

Biberfeld.

Buchbesprechungen.

F. Köhler-Köln: **Die Sicherung der Tuberkulosediagnose für den Praktiker.** 2. Aufl. 1927. Repertorienverlag-Leipzig. 34 S. Preis brosch. 1,60 M. — Die kleine Schrift ist sehr subjektiv gehalten, infolgedessen enthält sie manches Wichtige gar nicht — ich erinnere nur an die praktisch bedeutsamen Untersuchungen Aßmanns, Redekers u. a. über tuberkulöse Frühinfiltrate, die nicht erwähnt sind —, anderes wiederum wird mit vielleicht nicht immer erforderlicher Ausführlichkeit behandelt. Abgesehen von den erwähnten Einschränkungen wird der praktische Arzt vielles Wissenswerte und manchen wertvollen diagnostischen Wink in dem Büchlein finden. Durch mehr Uebersichtlichkeit in der Anordnung des Stoffes hätte die Orientierung in dem Buche erleichtert werden können.

Zwerg-Dresden.

Erwin Liek: **Die Schäden der sozialen Versicherungen und Wege zur Besserung.** München, I. F. Lehmann 1927, 84 S. 3,— bzw. 4,— M. — Ueber wenige Dinge herrscht so weitgehende Einmütigkeit, wie über die sozialen Versicherungen. Gewiß ist der Gedanke der gesundheitlichen Sicherstellung eines jeden Einzelnen wundervoll. Allein ein Gedanke kann auch verkehrt ausgeführt werden, und das ist hier wirklich der Fall: statt Streben zur Gesundheit ergab sich Streben zur Krankheit mit ihren geldlichen Zuwendungen, statt Stählung des Willens — moralische Verführung und die Gier, sich auf Kosten der Versicherung, d. h. der Allgemeinheit irgendwelche Vorteile zu verschaffen.

Liek wägt mit seinem Urteil die Vor- und Nachteile unserer dermaligen sozialen Fürsorge ab und kommt zu dem vernichtenden Ergebnis: sie ist mehr Krankheitszüchtung als Gesundheitspflege. Bald wird nur noch ein immer kleiner werdender Teil unseres Volkes arbeiten; der andere, an Zahl rasch wachsende Teil wird von Renten leben oder sich im Kampf um solche erschöpfen, das Ende ist leicht abzusehen.

Die Therapie muß auch hier ätiologisch sein. Die Ursache des Uebels liegt darin, daß die Aerzte zu Heloten der Krankenkassen herabgedrückt worden sind. Während diese Paläste bauen (z. B. in Köln für 4 Millionen, in Düsseldorf erste Rate 1 Million) und ihren — nicht einmal vorgebildeten Verwaltungsbeamten (27 000 [!] gegen 40 000 Aerzte) teilweise fürstliche Gehälter bezahlen. (Der Direktor einer sächsischen Ortskrankenkasse wird nach Gruppe B 3 besoldet, also höher als ein Senatspräsident des Reichsgerichts), müssen die Aerzte um Hungerlöhne schuften. Und dabei sind sie diejenigen Persönlichkeiten, welche der ganzen sozialen Versicherung erst Leben einhauchen! Man möchte sagen: um den sozialen Gedanken zu ermöglichen, müssen sie zugrunde gehen.

Liek plädiert für Einschränkung der Versicherung auf die wirklich bedürftigen Klassen, sowie für Besserstellung der Aerzte, und zwar durch Einführung ärztlicher Staatsbeamter. Das Militärsanitätswesen hat den Beweis geliefert, daß es auf diese Weise ganz gut geht; ev. Mißstände lassen sich schließlich beseitigen. Beide Maßnahmen wären von segensreichster Wirkung für die Allgemeinheit, nicht zum wenigsten dadurch, daß der hohe Stand der Aerzte seinen Anteil an der Konstitution des Gesamtvolkes zurückgewänne. Allein auch wenn heute eine noch so rationelle Therapie eingeschlagen würde: die Wunden, welche die sozialen Versicherungen dem deutschen Volke geschlagen haben, werden nur langsam vernarben.

Buttersack, Göttingen.

Dr. Charlotte Bühler, Privatdozentin an der Universität Wien. **Das Seelenleben des Jugendlichen.** Versuch einer Analyse und Theorie der psychischen Pubertät. Vierte verbesserte Auflage. VIII, 215 Seiten. Jena 1927. Verlag von Gustav Fischer. Preis brosch. 7,— M., geb. 9,— M. — Kein Gebiet liefert ein besseres Beispiel für die Schwierigkeit einer Definition des Krankseins und der Krankheit, als das Seelenleben der Jugendlichen. Vieles an sich Pathologisches, das sie in ihrem ganzen Benehmen zeigen, muß biologisch und psychologisch als normal bekannt werden. Doch die richtige Grenze ist viel zu schwer zu finden. Das vorliegende Buch der bekannten Wiener Psychologin ist uns ein sicherer Wegweiser. Dieses Werk unterscheidet sich von ähnlichen Schriften wesentlich durch das zugrundegelegte Material. Charlotte Bühler hat 52 Tagebücher dazu verwendet. Ihre Methode hat sich als die beste erwiesen. Die Jugendkunde ist noch keine abgeschlossene Wissenschaft. Aber das, was uns Charlotte Bühler bietet, ist so aufschlußreich, daß wir darin sicher gehen können, daß auch die übrigens durch weitere zweiundzwanzig Tagebücher erweiterte Auflage ähnlich den drei vorangegangenen großen Erfolg haben wird. Besonders hervorzuheben ist die leicht faßliche Art des Werkes, die es auch dem Laien zugänglich macht. Daß viele Eltern und Erzieher der Verfasserin für ihre Ausführungen dankbar sein werden, braucht wohl nicht besonders betont zu werden. So ist das vorliegende Buch als ein wichtiger Beitrag zur sozialen Hygiene des Jugendalters zu behandeln. M. Kantorowicz.

Sittlichkeit und Strafrecht. Herausgegeben vom Kartell für Reform des Sexualstrafrechts. Berlin 1927. Verlag der Neuen Gesellschaft. — Ein politisches Problem, das die Oeffentlichkeit in nächster Zeit intensiv beschäftigen wird, ist das neue deutsche Strafgesetzbuch. 1871 trat das geltende in Kraft und seit den achtziger Jahren arbeitet man an seiner Reform. Der neue Entwurf enthält neben unzweifelhaften Verbesserungen Neuerungen auf dem Gebiet des Sexualstrafrechts, die einen ausgeprägten Rückschritt bedeuten. Daher haben sich einige sexualreformatorische und allgemein-kulturpolitische Vereinigungen, darunter das Wissenschaftlich-humanitäre Komitee, der Bund für Mutterschutz, die Deutsche Liga für Menschenrechte, die Gesellschaft für Sexualreform auf Initiative des Instituts für Sexualwissenschaft zusammengetan und nach gründlicher, verantwortungsbewußter Gemeinschaftsarbeit einen „Gegenentwurf" zu den S bestimmungen des amtlichen Entwurfs herausgegeben. Neben einschlägigen Paragraphen der Reichstagsvorlage sind die sprechenden Gegennormen gesetzt, wie sie einer modernen, soz und freiheitlichen (nicht extremistischen) Auffassung entspre Der Norm ist knapp und exakt jeweils die Begründung beig Das Werk ist so geschrieben, daß auch der juristische und ologische Laie durchaus folgen kann. Da im Ausschuß des Ka verschiedene wissenschaftliche und politische Richtungen vert waren, war es notwendig, lediglich solche Forderungen aufzust die innerhalb der gegenwärtigen Gesellschaftsordnung erfüllbar

Daß die erste Auflage gleich nach ihrem Erscheinen verg war, spricht für rege Anteilnahme der breiten Masse an diesen schneidenden Fragen. Dem ist praktisch dadurch Rechnung getr daß der Preis bei guter Ausstattung nur 2,— M. beträgt. He

---

Allgemeine Biologie. Eine Einführung in die Lehre vom L von Dr. Max Hartmann, Mitglied des Kaiser-Wilhelm-Institut Biologie in Berlin-Dahlem, Honorarprofessor an der Unive Berlin. IX, 756 Seiten mit 564 Abbildungen im Text und 1 T Jena 1927. Verlag von Gustav Fischer. Preis 37,— M. — haben bereits bei einer anderen Gelegenheit den von Naegeli-Z beanstandeten Mangel an biologischen Kenntnissen unter der Ae schaft hervorgehoben. Das vorliegende Buch, das trotz seiner st wissenschaftlichen Art fließend und angenehm geschrieben ist, diesen Mangel bei den vielbeschäftigten Praktikern leicht beseit

M. Kantorowic

Gewerbestaub und Lungentuberkulose. (Stahl, Porzellan, K Kalkstaub und Ruß.) Eine literarische und experimentelle S von Dr. med. K. W. Hötten, o. ö. Prof. der Hygiene und Dir des hygienischen Instituts in Münster i. W., und Dr. med. W. noldi, ehem. Assistent am hygienischen Institut in Münster i II. 256 Seiten mit 105 Abbildungen. Schriften aus dem Ges gebiet der Gewerbehygiene. Herausgegeben von der Deuts Gesellschaft für Gewerbehygiene in Frankfurt a. M., Viktoriaall N. F., H. 16, 1927. Berlin. Verlag Julius Springer. Preis 27,— M Obwohl die Literatur über die Wirkung verschiedener Stauba auf die Gesundheit des Menschen außerordentlich umfangreich herrscht doch noch darüber keine Einigkeit. Zum großen Teil daran mangelhafte Experimente schuld und nicht genaue To ursachenstatistiken (nach der Art der Beschäftigung). Allerd bilden die englischen und niederländischen Statistiken eine gl liche Ausnahme. Es muß daher der von dem Münchener Hygien K. W. Hötten gemeinsam mit seinem Assistenten W. Arno unternommene Versuch, die Sachlage an Hand großangelegter perimente einer genauen Prüfung zu unterziehen, dankbar beg werden. Durch reiche Unterstützung vor allem seitens der gemeinschaft der Deutschen Wissenschaft, stand der Anschaf komplizierter Apparatur und großen Tiermaterials nichts im W so daß die Experimente einwandfrei durchgeführt werden kon Ueber diese Experimente und ihre Ergebnisse berichten die Verfa in einer Monographie, die der umfangreichen Sammlung Schriften aus dem Gesamtgebiet der Gewerbehygiene eingereih Darüber hinaus unterziehen sie die einschlägige Literatur einer gehenden Kritik, so daß die Monographie als eine wichtige erscheinung in der Gewerbehygiene betrachtet werden muß. es sich um Lungentuberkulose handelt, dürfte das Buch über Fachkreise hinaus und vor allem den Praktiker interessieren. ist auch ein ausführliches Literaturverzeichnis angefügt wor Es seien hier nur kurz die Ergebnisse der Untersuchung berich Die Bösartigkeit des Stahlstaubes hat sich völlig bestätigt. über die Gefährlichkeit des Porzellanstaubes besteht kein Zw mehr und ebenfalls sind die Gefahren des Kohlenstaubes und Russes nicht zu unterschätzen. Im übrigen: „Da gewisse Aussic über den Einfluß der Inhalation von Porzellanstaub und Koh staub auf die Lungentuberkulose zu therapeutischen Folgerun geführt haben, scheint es uns angebracht, darauf hinzuweisen, diese offenbar einer Revision bedürfen. Namentlich die von schiedenen vertretene Staubinhalationstherapie mit Kieselsäure Kohlenpräparaten scheint uns theoretisch von fraglichem Wert Aus dem Studium der Literatur über die Wirkung des Kalkstau und aus unseren experimentellen Beobachtungen glauben wir nehmen zu dürfen, daß der Kalkstaub nur eine geringe gewe hygienische Bedeutung hat und eine erhöhte Tuberkulosegefährd durch denselben wohl so gut wie ausgeschlossen ist. Die Erfahrun über den Kohlenstaub bieten im Gegensatz zu denen über Kie säure und Kohle Anhaltspunkte dafür, daß das Kalzium mit R therapeutische Verwendung finden darf."

M. Kantorowicz, Berli

Therapeutische Mitteilungen.

iges über die Behandlung von Magen-Darmbeschwerden mit Otreon.

Von

Dr. med B. DAMSKI in Veliuona (Litauen).

eit einem Jahr wende ich in meiner Privatpraxis bei verdenen Magen-Darmbeschwerden die Otreon-Tabletten des old-Werks an und will im Folgenden über meine Ergebnisse iesem Präparate, das neben dem Schaumkörper Bismut. carbon., es. carbon. Papaverin in Minimaldosen enthält, berichten.

1 5 Fällen lagen ernste Erkrankungen vor (4 mal Ulcus ven-i, 1 mal starke Magenatonie), weshalb die Krankengeschichten ausführlicher mitgeteilt werden. Der Erfolg war in allen diesen , die jeder Therapie getrotzt hatten, glänzend.

'all 1. Sch. L., 36 J. alt. Leidet seit 5 Jahren an starken merzen im Epigastrium, hauptsächlich nach der Nahrungsaufme; die Schmerzen strahlen nach links und nach dem Rücken . Es lag Verdacht auf Ulcus ventriculi vor; Pat. wurde von schiedenen Aerzten dementsprechend mit allen möglichen dikamenten behandelt, aber ohne Erfolg. 1925 wurde von einem te eine Röntgenuntersuchung des Magens vorgenommen, welche Diagnose bestätigte. Die chemisch-mikroskopische Unterhung des Mageninhaltes lautete: Reaktion stark sauer, freie l 42, Gesamtazidität 78, Blut +, Milchsäure —; mikroskopisch o. B.

Trotz der vorgeschriebenen Diät und Behandlung mit Atropin Bismutpräparaten schwanden die Schmerzen nicht und Patient te sich sehr elend.

Im August 1926 kam Patient in meine Behandlung. Er klagte r heftige Schmerzen im Epigastrium, Rücken, über Aufstoßen Sodbrennen.

Objektive Untersuchung: Herz und Gefäßsystem o. B., Lungen 3. Im Epigastrium und unter dem rechten Rippenbogen eine istenz und Schmerzhaftigkeit bei der Palpation. Magenunterhung (nach Probefrühstück) ergab: Reaktion: stark sauer, freie 58, Gesamtazidität 80, Blut (Benzidin- und Pyramidonreaktion) k positiv; Milchsäure negativ; Stuhluntersuchung auf ulte Blutungen stark positiv. Meine Diagnose lautete us ventriculi und ich verordnete dem Patienten Otreonletten (3—4 mal tgl. je 1 Tabl. nach dem Essen) *ohne nderung der Diät, die Pat. bis dahin einhalten hatte.* Nach 5 Tagen berichtete Pat., daß die merzen und Aufstoßen viel geringer seien. Pat. hatte die lette systematisch 2 Monate lang genommen. Resultat: *hmerzen vollständig verschwunden*, trotzdem keine strenge Ulcus-Diät hält, ist arbeitsfähig und äußert seit lonaten keine Beschwerden (außer selten auftretendes leichtes stoßen). Er steht bis heute in meiner Beobachtung.

Fall 2. G. J., 44 J. alt. Aus der Anamnese konnte ich in-e der nicht hohen Intelligenz des Pat. nicht viel herausholen. gibt an, daß er seit 7 Jahren an starken Magen- und Rückennerzen sowie häufigem Erbrechen leidet und daß alles, was den Aerzten in bezug auf Therapie versucht worden ist, ohne olg gewesen sei.

at. ist sehr mager; Lunge, Herz und Gefäßsystem o. B., im Epitrium leichte Resistenz und Schmerzen bei der Palpation, nach Rücken ausstrahlend. Magenuntersuchung (nach Probestück): Reaktion: stark sauer, freie HCl 50, Gesamtazidität 78; : stark positiv, Milchsäure: negativ; Stuhluntersuchung hinsicht- okkulter Blutungen: stark positiv. Röntgenuntersuchung nte aus äußeren Gründen nicht gemacht werden. Diagnose: lus ventriculi. Verordnung: Otreon 3 mal tgl. je 1 Tablette nach Essen. Nach 8 Tagen kam Pat. zu mir (er hatte den 8 km ten Weg von seiner Wohnung zu mir zu Pferd zurückgelegt, rend er vorher infolge der Schmerzen schon seit langem nicht r reiten konnte) und berichtet, daß die Schmerzen ganz mini- sind und er sich wohl fühle; das zweite Mal sah ich den Pat. 3 Monaten, er war dann fast schmerz- und beschwerdefrei; dem habe ich ihn nicht mehr gesehen.

Fall 3. T. R., 54 J. alt. Leidet seit 4 Jahren an Magennerzen, die in rechter Seitenlage und nachts stärker sind; äfiges Erbrechen und Aufstoßen.

Pat. sieht sehr elend aus; Lungen: chronische Bronchitis; Herz-Gefäßsystem: Arrhythmia perpetua; im Epigastrium und rechten Rippenbogen Schmerzen bei der Palpation, Boaspunkt positiv.

Magenuntersuchung (nach Probefrühstück): Reaktion: stark sauer; freie HCl 30, Gesamtazidität 50, Blut: stark positiv, Milchsäure: negativ; Stuhluntersuchung auf okkulte Blutungen: stark positiv (Benzidin und Pyramidonreaktion). Eine Röntgen-Untersuchung konnte aus äußeren Ursachen nicht gemacht werden.

Diagnose: Ulcus ventriculi; Verordnung: Otreon 4 mal tgl. je 1 Tablette; nach 5 Tagen Schmerzen schwächer; Pat. schläft nachts gut; ich hatte leider nicht die Gelegenheit den Pat. mehr zu sehen; seine Verwandten erzählten mir aber nach 4 Monaten, daß er fast schmerzfrei sei und sich gut erholte.

Fall 4. Sch. P., 37 J. alt. Seit 3 Jahren Schmerzen in der Magengegend, nach dem rechten Arm und Rücken ausstrahlend, starkes Aufstoßen.

Magere Frau, Lungen und Herz o. B. Im Epigastrium und unteren Rippenbogen Schmerzen bei der Palpation. Boaspunkt positiv. Magenuntersuchung (nach Probefrühstück): Reaktion stark sauer, freie HCl 34, Gesamtazidität 78, Blut: stark positiv, Milchsäure: negativ. Stuhluntersuchung auf okkulte Blutungen stark positiv. Röntgenuntersuchung konnte aus äußeren Gründen nicht vorgenommen werden. Diagnose: Ulcus ventriculi. Verordnung: Otreon 3 mal tgl. je 1 Tablette. Schon nach 4 Tagen ist Pat. fast beschwerdefrei.

Fall 5. Ch. G., 55 J. alt. Seit 4 Jahren leidet Pat. an ziemlich starkem Erbrechen nach dem Essen, unabhängig von der Art der Nahrung, und an Sodbrennen; es lag Verdacht auf Carcinoma ventriculi vor. Bei einer vor 2 Jahren vorgenommenen Röntgenuntersuchung wurde nur eine starke Magenatonie festgestellt. Die medikamentöse Behandlung der Pat. im Verlaufe von 2 Jahren war ergebnislos.

Als Pat. vor 7 Monaten in meine Behandlung kam, fand ich eine abgemagerte Frau mit chronischer Bronchitis und Myokarditis starken Grades vor. Eine Magenuntersuchung verweigerte Pat. Ich verordnete versuchsweise Otreon-Tabletten 4 mal tgl. und eine Optarson-Kur. (Pat. ist stark anämisch.)

Resultat: *Das Erbrechen hört, trotzdem die Diät unverändert blieb, allmählich auf und seit 3 Monaten ist es vollständig verschwunden.* (Während dieser Zeit hatte Pat. sich nur 2 bis 3 mal leicht erbrochen.) Pat. hat sich gut erholt. ist lebensfroh. Ihr Vertrauen zu der Heilwirkung des Otreon ist so groß, daß sie oft bei der Apotheke anfragt, ob die Vorräte an Otreon „noch nicht erschöpft" sind.

Außer den oben erwähnten Fällen habe ich einen Fall von Magenbeschwerden im Klimakterium mit Otreon behandelt sowie noch verschiedene Fälle von Druckgefühl, Aufblähungen verschiedener Aetiologie, und immer hatte ich gute Erfolge zu verzeichnen.

Ueber die Verwendung von Silargel und Agit bei der Behandlung gynäkologischer Erkrankungen.

Von

Dr. GEORG HAMBURGER.

Bei den Versuchen der Trockenbehandlung des Fluor albus wurde ich auf ein Präparat der Chemischen Fabrik von *Heyden* „Silargel" aufmerksam gemacht, das durch seine Zusammensetzung — kolloide Kieselsäure, zum Zweck erhöhter bakterienschädigender Wirkung mit 0,5% Chlorsilber überzogen, — sich außerordentlich hierfür zu eignen schien.

Diesem Behandlungsverfahren liegt folgende Beobachtung zugrunde: Aeußerst feinpulvrige Stoffe, die in Wasser so gut wie unlöslich sind, haben die Eigenschaft, Bakterien und auch Stoffwechselprodukte aufzusaugen, zu adsorbieren, d. h. nicht etwa chemische Bindungen mit ihnen einzugehen, sondern sie nur an ihrer Oberfläche festzuketten.

Diese Adsorptionstherapie findet Anwendung in der inneren Medizin bei der Behandlung von Darmerkrankungen, z. B. Ruhr, Typhus, bei denen Aufnahme und schnelle Ausscheidung von gährenden Stoffwechselprodukten in Frage kommen; ferner wird dieses Behandlungsverfahren in der Chirurgie bei der Behandlung stark sezernierender Wunden angewandt, um die umgebende Haut zu schützen.

Es lag also nahe, das Kieselsäurepräparat auch zur Behandlung katarrhalischer Prozesse in der Vagina zu verwenden um durch Adsorption zu heilen. Eine entsprechende Ueberlegung lag auch schon dem von mir längere Zeit befolgten Behandlungsplan zugrunde, Weißfluß durch Pudern mit einem Gemisch von Silberbolus mit Borsäure zu behandeln. Der Nachteil dieses Behandlungsverfahrens besteht darin, daß sich der weiße Ton — die Grundsubstanz des Silberbolus — nach Aufnahme der Feuchtigkeit der Scheide nicht so prompt ausscheidet, sondern, zu einer krümeligen Masse zusammengeballt, nur schwer aus der Scheide zu entfernen ist. Am leichtesten sind diese krümeligen Massen mittels Spülung oder Waschens herauszubekommen. Es blieb also bei Anwendung von Bolus zur Trockenbehandlung des Fluor albus doch, wenn auch intermittierend, bei der ursprünglichen Spülbehandlung.

Diese Mängel haften dem neuen Präparat nicht an. Es ist absolut unschädlich und bewirkt bei täglicher Anwendung eine fast sofortige Trockenheit der Scheide. In der Hauptsache ist die große Heilwirkung des Silargel auf die entzündungswidrige Eigenschaft der Kieselsäure zurückzuführen. Zum Zweck der Vergrößerung der desinfizierenden Wirkung ist nach den Erfahrungen, die Professor Bechhold veröffentlicht hat, die Kieselsäure mit Chlorsilber überzogen.

Ursprünglich ging ich mit einem gewissen Vorurteil an die Anwendungsversuche des Präparates heran. Ich befürchtete, daß der Gehalt an Chlorsilber die Wäsche schwarz färben würde. Aber diese Befürchtung ist unbegründet, da Chlorsilber eine unlösliche Verbindung ist, d. h., daß zur Lösung chemische Mittel erforderlich sind, die im Körper nicht vorkommen. Ich ließ das Silargel mittels Nassauerschem Pulverbläser täglich einmal in liegender Stellung in die Scheide hineinblasen und habe bisher regelmäßig vollen Erfolg erzielt. Angewandt wurde das Silargel-Behandlungsverfahren bei unspezifischen Fluorfällen Jugendlicher, bei Reizzuständen nach Gonorrhoe; bei letzteren war nach langer spezifischer Behandlung Gonokokkenfreiheit erzielt worden. Ferner kann ich über außerordentlich gute Resultate beim klimakterischen Fluor berichten. Gerade diese letzteren, von stark riechendem Ausfluß gequälten Kranken, welche außerdem noch mit ihren nervösen Ausfallerscheinungen ein Hauptkontigent der täglichen Sprechstundenpraxis bilden, sind ein dankbares Behandlungsfeld der Silargel-Trockenbehandlung.

Zur Bekämpfung dieser rein nervösen Beschwerden habe ich das jetzt zu besprechende Agit mit gutem Erfolg in der Gynäkologie verwendet.

Agit ist bekanntlich eine Acetylsalicylsäure-Kalkverbindung in Dragéeform. Pharmakologisch ist die Salicylsäure als ein die Kapillaren erweiterndes und dadurch Blutung förderndes Mittel bekannt. Es sollen sogar Abortblutungen nach Eingabe großer Salicylsäuredosen beobachtet worden sein. Die Erweiterung der Kapillaren ruft unter Schweißausbruch eine starke Wärmeabgabe hervor. Außerdem ist die sekretionsbeschränkende Wirkung der Salicylsäure bekannt, daher ihre Anwendung bei Grippe mit Erscheinungen von seiten des Respirationsapparates und der Nasenschleimhaut.

Um die dem Gynäkologen unerwünschte blutungfördernde Nebenwirkung der Salicylsäure zu unterdrücken, wurden schon seit längerer Zeit Versuche angestellt, eine Acetylsalicyhsäure-Kalkverbindung zur Verwendung in der Humamedizin herzustellen. Eine solche war schon im Handel als das in der Kinderheilkunde oft angewandte Kalmopyrin. Da dieses Präparat sich aber als nicht haltbar erwies, wurden von der Chemischen Fabrik von Heyden seit längerer Zeit Versuche angestellt, die zur Herstellung der Agitdragées führten.

Bekannt ist, daß Kalziumsalze blutungstillende Mittel sind. In der Chirurgie verwenden wir intravenöse Kalziuminjektionen zur Behebung sonst schwer stillbarer parenchymatöser Blutungen. Kalzium verengert die Kapillargefäße. Die Gerinnungsfähigkeit des Blutes ist abhängig von dem Gehalt an Kalk. Bei Krankheiten, die mit pathologisch geringem Kalkgehalt einhergehen, z. B. Rachitis, Osteomalazie, sehen wir Auftreten von Blutungen und Hämatomen auf die geringfügigsten Ursachen hin. Die im Agit enthaltene Menge von Kalzium hat sich als hinreichend erwiesen, um auch bei zu Blutu neigenden Frauen Salicylsäure anwenden zu lassen.

Eine weitere, bei gynäkologischen Erkrankungen sehr erwüns Wirkung der Kalkmedikation ist die beruhigende Eigenschaft, w bei den mit starken nervösen Erscheinungen einhergehenden fi haften Zuständen besonders angenehm ist. Auch die desinfizier Wirkung der Salicylsäure, die der des Phenols nicht nachstehen sei hier erwähnt. Daher die beliebte Anwendung bei fieberhaften orten, fieberhaften Unterleibsentzündungen. Auf ein Letztes sei hingewiesen, nämlich die schmerzstillende Wirkung der Agitdra besonders bei nervösen Beckenschmerzen, hauptsächlich bei sol ohne nennenswerten Tastbefund, bei den klimakterischen schwerden.

Von der vorher erwähnten sekretionsbeschränkenden Wirl der Salicylsäure habe ich zur unterstützenden Wirkung bei der F behandlung mit Silargel gern Gebrauch machen lassen.

Zusammenfassend berichte ich nochmals über die Anwendun Agit bei klimakterischen Beschwerden, fieberhaften Aborten, Bec entzündugen zur Behebung der Schmerzen, zur besseren Aufsau von Beckenexsudaten, bei dysmenorrhoischen Beschwerden. sonders bei letzteren kann ich von außerordentlich guten Erf berichten. Auch habe ich nach zuverlässigen Berichten sich g beobachtender Patientinnen den Eindruck, daß die Periodenzeit die Stärke der Blutung bei Agitdarreichung nachläßt, worüber berichtende Dame deswegen sehr erfreut war, weil sie sonst in der Lage war, sich entsprechend zu kleiden.

Ohne ein Schema geben zu wollen, teile ich kurz noch die wendungsweise des Agit mit: Ich ließ dreimal täglich 2 Dragées der Mahlzeit unzerkaut einnehmen, bin aber bei akuten Fällen diese Dosis weit hinausgegangen, so daß bis zu 15 und 20 Dra ohne Störungen vertragen wurden. Bei dem geringen Gehalt Salicylsäure — jedes Dragée enthält 0,135 g Acetylsalicylsäure 0,09 g Kalziumsalze — ist es auch verständlich, daß man von s des Magens keinerlei Störungen zu erwarten hat.

Zum Schluß betone ich nochmals, daß ich die Anwendung Silargel zur Trockenbehandlung des Fluor albus ebenso empfe kann wie die Anwendung von Agit zur Behandlung von entz lichen Erkrankungen in der Gynäkologie und bei dysmenorrhois Beschwerden.

Zur Behandlung gynäkologischer Obstipatio

Von
Dr. LESSING, Berlin.

Auf Grund der bei der Behandlung von Gallensteinen sammelten Erfahrungen mit Gallensäuren (Desoxycholsäure-Deg und Dehydrocholsäure-Decholin) wandte ich diese beiden sinnge an zur Prophylaxe von Gallensteinbildung während der Schwan schaft. Die Begründung ist einleuchtend: die Zufuhr von Gal säuren soll in der durch die Schwangerschaft in ihrer Stabilität störten Galle das Cholesterin in (kolloider?) Lösung halten —, s die einen; andere wollen durch Erzeugung von Gallenfluß, der d die Gallensäuren ohne Verwässerung der Galle erfolgt, eine Stas intra- und extrahepatischen Gallenwegen vermeiden und so e irgendwie gearteten Konkrementbildung vorbeugen. Die Anna beider Funktionen liegt aber im Bereich der Wahrscheinlich Wenngleich sich, wie bei allen prophylaktischen Maßnahmen, den Erfolg nichts exaktes sagen läßt, so kann doch ein frühzeit Beginn von Verhütungsmaßnahmen nicht dringend genug anger werden.

Bei dieser prophylaktischen Therapie zeigte sich eine scheinung, die auch wieder in der Galle, bezw. in den Gallensä ihre Erklärung findet, nämlich die abführende Wirkung. Diese nutzte ich, um die bei Schwangerschaft und bei entzündlichen krankungen des kleinen Beckens sehr häufige Obstipation zu seitigen. Abführmittel (Calomel, Aloe, Tub. Jalapae, Phe phthalein und deren Kompositionen) wirken wohl einmalig, evt. a mit Nachstühlen, sind aber meist von erneuter Verstopfung gefo jedoch besteht bei diesen wegen der allzu drastischen Wirkung Gefahr des Aborts; sie sind deshalb kontraindiziert. Die Anwend der oben genannten Gallensäuren Degalol und Decholin ist einem physiologischen Grunde unbedenklich: es sind körpereig Substanzen, welche die im Körper vorhandenen Gallenbestandt

...zen, evtl. sogar zu ersetzen im Stande sind. Nicht ausgeschlossen, vielmehr sogar wahrscheinlich ist, daß durch die so ...ndene (choleretische) Vermehrung der Lebergalle ein er...chter Einfluß auf die Koprostase ausgeübt wird.

...eine Beobachtungen in einschlägigen Fällen, also bei gynäko...h bedingter Obstipation, haben ergeben, daß 6 Tabletten ...ol oder Decholin, evtl. aber auch noch am zweiten Tage ge..., den gewünschten Stuhlgang leicht und angenehm hervor... Im Laufe der darauf folgenden Tage wurde die Zahl der ...tten allmählich bis auf 2 pro die verringert; diese beiden ...ten ließ ich (morgens und abends eine Tablette) noch einige ...weiter nehmen, und brach nach 2—3 Wochen diese Kur ab, ...r Maßgabe, daß bei der geringsten Störung der Darmtätigkeit ...r mit der letzten Dosis wieder begonnen werden sollte.

...teresseshalber möchte ich erwähnen, daß unter den von mir ...chteten Fällen sich auch einer befand, dessen Schwanger...serbrechen beim Eintritt geregelter Darmtätigkeit aufhörte.

...ereinzelt wurde bei 6 Tabletten Anfangsdosis die Darmtätigkeit ...rk, daß der Stuhl durchfällig wurde, ohne daß auch nur im ...sten Tenesmen auftraten. Hier genügte aber ein 24 stündiges ...tzen des Mittels, um die Folgen dieser individuellen Ueber...ung zu beseitigen. Einen Einfluß auf den graviden Uterus ...e ich weder bei beginnender, noch bei fortgeschrittener ...dität, auch nicht in Fällen höherer Dosierung als oben an...en, bemerken, so daß ich diese Art der Obstipationsbehandlung ...bedenklich zur Nachprüfung empfehlen kann.

Erfahrungen mit Cibalgin.

Von

Dr. med. F. SCHÄFER, Gießen.

...s hat den Anschein, als ob durch die Anwendung der modernen ...etika der Morphium-Gebrauch eine relative Beschränkung er...t hat, und in der Tat ist man imstande, entweder durch gleich...e Darreichung von derartigen Mitteln mit einer kleineren Dosis ...ium oder mit einem Analgetikum allein Morphin bzw. Opium ...sparen und bis zu einem gewissen Grad entbehrlich zu machen.

...nter diesen Analgeticis hat sich das Cibalgin als Morphium... bzw. als -ersatz sehr bewährt. Schon dadurch, daß dem ... die unangenehmen Nachwirkungen der Morphin-Derivate ..., ist eine längere Anwendung möglich, ohne daß die Gefahr ... Narkomanie eintreten kann. Ein weiterer Vorzug des ...rates ist es, daß es nicht nur in Tabletten- und flüssiger Form, ...rn vor allen Dingen auch in Form von Ampullen angewendet ...und sich genau wie Morphin applizieren läßt, jedoch ist es zu ...hlen, nicht subkutan, sondern intraglutäal zu injizieren.

...uf die umfangreiche Literatur möchte ich nicht weiter ein..., sondern möchte meine Erfahrungen, über die ich seit zirka ... halben Jahr verfüge, wiedergeben.

...nter meinen Fällen waren 13 Frauen. Die Altersgrenzen liegen ...hen 16 und 70 Jahren. In 16 Fällen wurde das Mittel einmal, ...mehrmals angewandt. Es handelte sich bei 7 Patienten um ...n, (3 Gallen-, 1 Darm-, 1 Nieren-, eine Blasenkolik, eine ...ische), bei zwei um Karzinom, bei je einem um Blasen- und ...armschmerzen nach Abrasio mit Radiumbestrahlung, um ...hfellschmerz bei Emphysem mit chronischer Bronchitis, um ... Fibulafraktur, Zahngeschwür, Ulcus cruris, Interkostalneuralgie ...te, sowie Nervenkopf-, Zahn-, Ohren- und Muskelschmerzen.

... allen Fällen war der Erfolg ein guter ohne Neben- und Nach...ngen, und zwar am besten bei den objektiv begründeten ...rzzuständen, geringer in den Fällen mit überwiegend ...ischer Komponente. Wenn eine Tablette nicht genügenden ... hat, gibt man ½ Stunde darauf eine zweite; man läßt die ...ten ganz schlucken und etwas warmes Wasser nachtrinken. ...atient, welcher 3 Tabletten genommen hatte, schlief bis zum ....

...esonders hervorheben möchte ich 3 Fälle, teils, weil sie ...ere Indikationen für die Anwendung sedativer Mittel darstellen, teils, weil sie die starke Wirksamkeit des Cibalgins beweisen. Die seltene Indikation bildet der Fall von Abrasio mit nachfolgender Radiumbestrahlung, bei einer 55 jährigen Frau wegen klimakterischer Blutungen vorgenommen; hier wurden die nächtlichen Schmerzen und die Schlaflosigkeit durch eine Tablette behoben. Des weiteren ist erwähnenswert ein Fall von Leberkarzinom mit rezidivierendem wiederholt punktiertem Ascites. Dieser 54 jährige Patient hatte weder von Morphiuminjektionen in hohen Dosen, welche ihm nur Uebelkeit verursachten, noch von Dolordon und Pantopon irgendwelche Linderung. Da eine Cibalgininjektion (ganze Ampulle) guten Erfolg hatte, behandelte der von mir in diesem Fall vertretene Kollege weiter mit Cibalgininjektionen und zwar, wie er mir berichtet, mit gutem Erfolg, bis zu dem kürzlich eingetretenen Exitus. Ein dritter Fall betrifft einen 59jährigen Mann, welcher infolge häufiger Gallenkoliken an Morphium innerlich geraten und schon ziemlich gewöhnt war. In diesem Fall scheint es mit Hilfe verständiger Angehöriger gelungen zu sein, die Morphiumtropfen durch Cibalgintropfen zu ersetzen.

Nach meinen Erfahrungen ist Cibalgin ein sehr zuverlässiges Analgetikum, das sich bei allen Schmerzzuständen bewährt hat.

Einiges über Baldrianpräparate.

Von

W. SCHROETER, Berlin.

Es hat sich gezeigt, daß der Baldrian bei der Behandlung funktioneller Nervenleiden unersetzlich ist. Er leistet in der Bekämpfung der Spasmen vorzügliches, insbesondere in Fällen von Störungen der Gefäßinnervation, was in bezug auf die Genese des Magengeschwürs und der Apoplexie wichtig erscheint, von Herzneurose, von nervösen Magen-Darmspasmen, von nervöser Schlaflosigkeit, bei Dysmenorrhoe, Schwangerschafts- und klimakterischen Beschwerden; ja, er wird meist in Geheimmitteln auch bei Epilepsie verwendet, die in ihrer reaktiven Form am ehesten der Baldrianwirkung zugänglich sein dürfte.

Dementsprechend sind neben der alten Rad. Valer. conc. Tinct. und dem Extr. Valer., die wegen ihrer ungleichmäßigen Zubereitung den Baldrian geradezu in Verruf gebracht hatten, eine sehr große Zahl von neuen Baldrianmitteln aufgekommen. Sie bezwecken eine möglichst haltbare Zubereitung, bei der die Abspaltung der unwirksamen Baldriansäure vermieden und eine zuverlässige Wirkung erzielt wird.

Sieht man von den valeriansauren Salzen (Ammon-Chinin-Menthol-Morphium-Zincum valerian.) und den alten Zusammensetzungen (Tinkt. Val. aeth., comp., sedat., ammoniat, Spir. Angel. cp. usw.) ab, so bleiben eine Menge vorzüglicher Baldrianpräparate übrig, die meist in Kapseln, Perlen, Dragees geliefert werden und zum Teil auch verstärkende Zusätze enthalten.

Viele der größeren Laboratorien stellen ihr Baldrian-Sondererzeugnis her, das der Haltbarkeit genügt und daneben den scharfen Geruch und Geschmack des Baldrians auszugleichen bestrebt ist. Es gibt geschmackfreie Dragees, deren Pulverinhalt sich zur Rezeptur nicht verwenden läßt, weil er hygroskopisch ist. Auch die Kapseln und Perlen sollen Belästigungen der Nase und des Magens umgehen helfen, was sie nicht immer leisten. Es gibt auch mehrere neue Präparate in Tropfenform, die als Corrigens Pfefferminzöl oder sonstige aromatische Beigaben enthalten. Was sie aber alle aus den Verordnungen des Kassenarztes ausschließt, ist ihr verhältnismäßig hoher Preis.

Hier hat sich das Bürgersche Recvalysat durchgesetzt. Es ist ein Dialysat aus der frischen Radix Valerian., das sämtliche wirksamen Bestandteile in gleichbleibender Stärke enthält. Es wird durchgängig gern genommen und bewirkt neben einer gewissen Magenanregung eine auffallende Beruhigung, die namentlich bei Ueberarbeiteten hervortritt. Ich gebe im allgemeinen 3×30 Tropfen in einem Eßlöffel Wasser meist ohne Zusätze.

Neue Versuche und Ergebnisse mit Phosphaten.

Von

Dr. FELIX ARNHEIM in Berlin.

Die hier behandelten Fragen sind im eigentlichen und tiefsten Sinne Fragen der Konstitution, d. s. Fragen nach der (bio)-chemischen Zusammensetzung des Körpers. Ob man hierfür setzt „Individualität", „Persönlichkeit" oder was auch immer: es ist sicher, daß die Erklärung der Konstitution als der Art, wie der Körper auf die jeweiligen Lebensreize reagiert, nicht auf die Wurzel zurückgeht; jedenfalls scheint es, daß man mit der Auffassung der Konstitution im Sinne des Chemikers, schlicht und einfach als „Zusammensetzung" wortwörtlich gemeint, schon etwas tiefer eindringen kann. Wir haben zwar in unserm Körper regulierende Vorrichtungen, welche eine Konstanz in der „Zusammensetzung" des Chemismus gewährleisten und bewirken; indes ist unser Organismus keine starre Größe, daher ist es auch erklärlich, wenn zeitweilig oder in bestimmten Lebensaltern unser Körper auf dieselben Reize anders reagiert als zu anderen Zeiten und Altersabschnitten. Das hieße also, daß die Konstitution sich ebenfalls ändert. Die alltägliche Erfahrung scheint diese Vermutung zu bestätigen. Man denke z. B. an die Bekömmlichkeit mancher Nahrungs- und Genußmittel zu verschiedenen Zeiten, an das Auftreten von Ekzemen und Urtikaria nach bestimmten Speisen. Dementsprechend gibt es auch im Ablauf des Lebens Zustände, welche einmal bei demselben Menschen ohne Beschwerden u. dgl. vor sich gehen, das andere Mal aber nur unter Auftreten ganz außerordentlicher Beschwerden.

Man behilft sich zur Erklärung solcher Zustände mit dem vagen Wort: „Nebenwirkung". Auch das ist eine „Idiosynkrasie" auf Grund von „Konstitution". Freilich wäre der Wechsel in der Bezeichnung solcher Zustände nur ein fruchtloses Spiel mit Worten. Indes es steckt hinter der Bezeichnung „Konstitution" in obigem Sinne doch ein bestimmter Begriff. Und so haben denn gerade bei diesen beiden soeben gedachten Zuständen die neuere Untersuchung und die neueren Versuche eingesetzt und zwar, wie gesagt werden kann, mit recht gutem Erfolge. Es scheint, als ob wir zur Bekämpfung solcher gegen die „Norm" „abnorme" Zustände ein geradezu spezifisch wirkendes Mittel haben, welches imstande ist, die „Konstitution" solcher Menschen so umzustimmen, daß diese „normal" reagieren, mit andern Worten: diese Zustände sind als „allergische" anzusehen, oder vielmehr die von solchen Zuständen befallenen Menschen sind als „Allergiker" zu bezeichnen. Es handelt sich bei diesem Mittel um das Phosphat. Die rein wissenschaftliche Seite dieser Frage wird an anderer Stelle beleuchtet, hier kommt es nur auf die praktische Seite an, auf die für den Praktiker außerordentlich wichtige Tatsache, daß Phosphat Schwangerschaftsbeschwerden jeder Art, Erbrechen, Schwindel, Muskel- besonders Wadenkrämpfe, asthmatische Zustände, welche alle durch kein wie geartetes medizinisches Mittel behoben, in jedem einzelnen der bisher behandelten Fälle durch Darreichung von Phosphat beseitigt werden konnten. Ebenso verhielt es sich bei Erbrechen nach oraler Einverleibung von Morphin und seinen Derivaten. Und schließlich ebenso bei der Bekämpfung der Narkosenachwirkungen: sowohl das Erbrechen fehlte hier als auch wurde stets ein schnelleres Erwachen aus der Narkose bei viel besserem Allgemeinbefinden erzielt, als es bei Menschen ohne P.-Vorbereitung der Fall war, welche unter denselben Umständen, von demselben Narkotiseur betreut, operiert wurden. Für die Nachbehandlung in der Bauchchirurgie hat diese Erfahrung eine große Bedeutung. Es wurden nun auch andere allergische Zustände, oder besser andere Allergiker behandelt. Und es zeigte sich dieselbe günstige Wirkung bei Asthmatikern, freilich nur bei solchen, welche auf Asthmolysin ansprachen.

Einen anderen Abschnitt in diesem großen Kapitel stellen die Krankheiten Nesselfieber und „fliegendes Oedem" dar. Menschen, welche jahrelang auf Kalk mehr oder weniger reagierten, zeigten sich auf einmal „refraktär" gegen Kalk bei neuerlichem Auftreten ihres Leidens und „reagierten" diesmal prompt auf Phosphat. Die gleich guten Wirkungen wurden beobachtet bei Herpes unbekannter Ursache, Herpes zoster, Pemphigus, Psoriasis.

Da Phosphor bei der Muskeltätigkeit wichtig ist, wurde es auch angewendet bei Schreibkrämpfen der Stenotypisten, welche sich ebenfalls günstig beeinflußt zeigten. Es scheint, daß hier Phosphor die Rolle einer Funktionsregulierung zukommt, inden die geregelte Tätigkeit der einzelnen Muskelbündel der ü anstrengten Muskeln und Muskelgruppen gewährleistet und für selbe Vorbedingung ist. Wieweit Phosphate zur Bekämp anderer Krampfzustände, wie Epilepsie, Eklampsie, Spasmen sonders auch der Verdauungsorgane (also auch Oesopha divertikel) von Wert ist, steht noch dahin. Immerhin sei da verwiesen.

Beim Diabetes zeigte sich in einzelnen Fällen auffalle Verschwinden des Zuckers (ohne weitere Diät mitunter!), ob d oder zeitlich zusammenfallend mit Darreichung von Phos steht dahin.

Ueber die den Praktiker am meisten interessierende Fr welches Phosphatpräparat zu verwenden ist, läßt noch nichts eindeutiges aussagen. Die Versuche sind am Mens (Tiere sind grundsätzlich nicht untersucht worden, weil Tiere hi vieler Hinsicht sich von Grund aus anders verhalten als der Me mit verschiedenen Handels-Präparaten angestellt worden. Zur E fehlung eines bestimmten Phosphatpräparats liegt kein Anlaß Gewisse Uebelstände haften allen an; doch werden z. Z. Vers mit einem neuartigen Phosphatpräparat gemacht, über deren E vielleicht in Kürze berichtet werden kann.

Man gibt von dem offiziellen Natriumphosphat längere unter Umständen mehrere Wochen lang 4—6 mal täglich je (eine Teelöffelspitze) in Wasser oder mit Wasser. Vor der Nark verabreicht man das Mittel etwa 5 Tage lang. Schwangerscha beschwerden pflegen innerhalb 1 Woche zu schwinden. Bei Morp übelkeit genügt ebenfalls die Gabe von etwa 3—5 Tagen Da um das Morphin (Codein) erträglich zu machen. Nach Ausset des Phosphats hält die Wirkung noch fast 1—2 Wochen an. Ist beschleunigter Einleitung der Narkose für Vorbereitung keine so ist sogleich beim Erwachen Phosphat zu geben, das etwaige brechen hört alsbald auf.

Bei anhaltender Einverleibung ist Injektion nicht angebra die Phosphatanreicherung des Körpers wird durch regelmäßige o Zufuhr am besten erzielt, und es ist nicht angängig, den zu handelnden Menschen auch nur etliche Tage hindurch täg 4—6 mal zu injizieren.

Mitteilung.

Die „Aerztliche Gesellschaft für Sexualwissenschaft Konstitutionsforschung zu Berlin" veranstaltet am 18. 19. November d. J., abends 8 Uhr, in der II. med. Klinik der Cha Berlin, eine zweitägige Sitzung mit dem Thema: **„Konstitution Charakter".**

Referenten sind am 18. November die Herren:

Max Hirsch-Berlin: Aerztliche Heilkunde und Charakterforsch

Fr. Kraus-Berlin: Das psycho-physische Problem in der Charak kunde.

A. Kronfeld-Berlin: Fragestellungen und Methoden Charakterologie.

G. Ewald-Erlangen: Die körperlichen Grundlagen des Charakt

am 19. November die Herren:

K. Hoffmann-Tübingen: Die seelischen Grundlagen Charakters.

E. Utiz-Halle a. S.: Charakter und Umwelt.

K. Hildebrandt-Berlin-Wittenau: Ueber die angeborene Mind wertigkeit des Charakters.

Meldung zur Teilname beim Vorsitzenden Max Hirsc Motzstraße 34.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

'erlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Hasenheide 2732 und 2854

IUMMER 45 BERLIN, DEN 11. NOVEMBER 1927 45. JAHRGANG

Kongreß-Berichte.

Vien, Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- ınd Stoffwechselkrankheiten, 4. bis 7. Okt. 1927.

Berichterstatter: Dr. Hans Henrich Hess (Bad Nauheim).

1. Tag: **Reaktions- und Osmoregulation des Stoffwechsels.** Als ster Referent spricht R. Höber (Kiel) über die **physiologischen rundlagen.** Die Aufgabe der Osmoregulation ist die rhaltung des osmotischen Druckes im Organismus. Dieser ist beim öheren tierischen Organismus fast nur von innen bedroht, selten on außen; die in den Intestinaltrakt geschütteten osmotisch wirkımen Nahrungsmittel werden so langsam resorbiert und so rasch ırch den Blutstrom verteilt, daß sie praktisch nicht stören können. m so beachtenswerter sind die Störungen von innen, von der Stoffechselseite her. Arbeitende Organe nehmen durch osmotischen Einrom an Volumen zu, was auf die Zertrümmerung großer Moleküle viele kleine im Arbeitsstoffwechsel zurückgeführt werden muß. o erklärt sich z. B. die Schwellung der roten Blutkörperchen bei ufnahme von Kohlensäure dadurch, daß an Stelle der wenigen von ämoglobinionen gebildeten polyvalenten Komplexionen die zahlicheren und deshalb osmotisch wirksameren Bikarbonationen eten. Das wichtigste Osmoregulationsorgan ist die Niere, die die ırch den Ultrafilter der Glomeruli gegangene eiweißfreie Blutüssigkeit infolge der Arbeitsleistung der Harnkanälchen osmotisch guliert. Hier erfolgt eine selektive Rückresorption; je nach dem edarf des Organismus werden Salze in verschiedener Weise (z. B. ulfate anders als Chloride) auch gegen osmotisches Druckgefälle ırückresorbiert. Der Mechanismus dieser Zelleistung ist noch unekannt, er ist an die lebende Zelle gebunden. Auch die Reakionsregulation wird fast nur durch Vorgänge bedingt, die e normale Reaktion des Organismus von innen her bedrohen, und war durch die dauernde Produktion von H-Ionen im Stoffwechsel. ie Konstanz der Blutreaktion beruht auf vier Hauptregulationsvorchtungen: 1. auf dem Pufferungsvermögen der Organe und des lutes selber; 2. auf der veränderlichen Tätigkeit des Atemzentrums, as saure Valenzen durch vermehrtes Abatmen von Kohlensäure zur usscheidung bringt; 3. auf der Sekretion der fixen Säuren durch ie Nieren und 4. auf der lokalen Erweiterung der Blutgefäße bei iewebssäuerung. Der Pufferungsgrad eines Systems ist um so rößer, je größer die Alkalireserve ist. Das Pufferungsvermögen des llutes ist größer als das des Plasmas; dies beruht darauf, daß die llutkörperchenoberfläche nur für Anionen permeabel ist und nicht für ationen. Vermöge der fast nicht dissoziierten schwachen Säure lämoglobin kann das Alkali der Blutkörperchen die nicht puffernden hloride zugunsten der puffernden Bikarbonate im Plasma binden. Vie im Blut das Hämoglubin, wirken in den Zellen und Geweben die iweißkörper als Reaktionsregulatoren. Der isoelektrische Punkt der ıeisten Eiweißkörper liegt im Sauren; sie sind als Anionen befähigt, I-Ionen zu binden und wirken so als Puffer. Diese puffernde Wirung gilt nicht nur im Zellverband der Gewebe, sondern auch für ie Blutflüssigkeit, die ein Organ durchströmt, sofern sie eine andere Reaktion hat; ein relativ saures Organ neutralisiert ein relativ lkalisches Plasma und umgekehrt.

Als zweiter Referent bespricht A. v. Korányi (Budapest) die **Störungen der Osmoregulation und ihre Beseitigung.** Der auslösende Reiz für osmoregulatorische Vorgänge beruht auf einer Wasserentiehung aus den Zellen durch Salz- oder Zuckerretention. Kohlenäure- und Harnstoffretention lösen dagegen keine Osmoregulation les Blutes aus, da sie die Zellwände frei zu durchdringen vermögen; ie führen zu einer Zunahme des osmotischen Drucks. Die extraenale Osmoregulation geht bei normaler Nierenfunktion der enalen voraus und sorgt bei ihrem Ausfall (schwere Nierenerkrankungen) allein für die Erhaltung des normalen osmotischen Druckes im Blut. Sie kann zunächst als trockne Osmoregulation wirken, indem sie die Salze in den Geweben ablagert. Wird die Grenze der Fähigkeit der Gewebe zur trocknen Retention überschritten, so nehmen die Gewebe aus dem Blute außer Salzen auch Wasser auf, und der Wasserverlust des Blutes wird von außen ersetzt (Durst!) — Präödem. Wie weit die trockene Retention und das Präödem gehen können, hängt von Ionen, Hormonen und Nerveneinflüssen ab. Bei weitergehender Salz- und Wasserretention entsteht Oedem. Obwohl Oedemflüssigkeit und Blutplasma ja verschieden zusammengesetzt sind, besteht zwischen beiden osmotisches Gleichgewicht. Die molekulare Konzentration der Oedemflüssigkeit beim Nierenkranken wird gleich der des Blutes reguliert und ist auf die Konzentration der Salze beschränkt. Diese partielle Osmoregulation besteht also in einer der Salzretention entsprechenden Wasserretention. Daher wird die Wasseransammlung am besten durch Herabsetzung des Salzgehaltes der Oedemflüssigkeit bekämpft werden — kochsalzarme Diät bei hydrophilen Nierenerkrankungen. Die osmoregulatorischen Tatsachen haben nur für die Oedemflüssigkeit der Nierenwassersucht Geltung, während die Historetention von Salzen und Wasser kolloidchemischen und anderen Gesetzen folgt.

Im dritten Referat behandelt O. Porges (Wien) die **Bedeutung der Neutralitätsregulation für die Klinik.** Das klinische Studium des Säurebasengleichgewichtes hat nicht nur die Physiologie befruchtet, sondern gleichzeitig auch Wesentliches für Diagnostik und Therapie der Krankheiten geliefert. Aus den Veränderungen der Kohlensäurespannung und der Alkalireserve kann man bei vielen pathologischen Zuständen auf Abweichungen in der Blutneutralität schließen. So steht auf der einen Seite die Azidämie bei diabetischer Azidose, bei übermäßiger Muskelarbeit (Milchsäureazidose), bei exogener Säurezufuhr (Ammonchlorid, Kalziumchlorid usw.), bei Kohlensäureanhäufung im Blut infolge Kohlensäureinhalation, im Schlafe, unter der Wirkung von Narkotizis (Morphium) usw. Auf der anderen Seite muß man Alkaliämie annehmen, z. B. bei Hyperventilation (wie wir sie bei der neurotischen Atmungstetanie finden), nach exzitierenden Medikamenten (Koffein), nach Säureverlusten infolge Erbrechen, nach Zufuhr von Alkalien. Da das Atemzentrum als Reaktionsregulator die bedeutende Rolle spielt, so lassen sich allein schon aus der Beobachtung der Atmung entsprechende Schlüsse ziehen, und es ist klar, warum das diabetische Koma einen ganz anderen Atemtypus haben muß, wie das Koma nach einer Apoplexie oder beim hypoglykämischen Komplex. Da Alkaliämie zu tetanischen Anfällen führt, wird man diese durch Zufuhr von Säuren kupieren können; ebenso steht es mit der Therapie der alkalischen Höhenkrankheit; die Magentetanie ist als eine Alkalikrankheit geklärt. Aus diesen neuen Erkenntnissen ergeben sich entsprechend neue therapeutische Folgerungen.

Als vierter Referent sprach R. Bálint (Budapest) über die **Reaktionsregulation der Gewebe.** Aktive Regulationsstörungen sind solche, die durch eine veränderte Einstellung bzw. durch den veränderten Ruhetonus des Regulationsmechanismus selbst hervorgerufen werden, und zwar in erster Linie seines empfindlichsten Faktors, des Atemzentrums. Unter den mannigfachsten physiologischen und pathologischen Umständen kann die normale Reaktionsregulation trotz einwandfreier Tätigkeit des Regulationsmechanismus solche Veränderungen erleiden (Schlaf, Schwangerschaft, Fieber usw.). Die Ursache der veränderten Einstellung des Atemzentrums ist in einer Ionenwirkung zu suchen. — Nicht allein die H-Ionen spielen bei der Erregung der lebenden Zelle — und also auch der Zellen des Zentrums — eine Rolle, sondern auch andere Ionen, wobei vor allem das Verhältnis von Kalium-, Kalzium- und Natriumionen wichtig ist. Kalzium verschiebt die Reaktion der Gewebe nach der sauren Seite, Kalium nach der alkalischen. Weiter hängt die Reaktion der Gewebe — und damit auch der Ganglienzellen des Atemzen-

trums — stark vom vegetativen Nervensystem ab, wie umgekehrt dessen Erregbarkeit durch Aenderung im Säurebasengleichgewicht ebenfalls Veränderungen erfährt. So führt Reizung des Vagus zur sauren Verschiebung. Die Bedeutung der Störungen in der aktiven Reaktionsregulation liegt darin, daß das Eiweiß der Gewebe in seinem kolloidalen Zustand und damit in seiner Funktion wesentlich durch Aenderungen der aktuellen Reaktion beeinflußt wird. Wenn auch die Reaktion direkt kaum bestimmbar ist, so lassen sich doch indirekt Schlüsse auf ihre Veränderung ziehen. Zum Beispiel ist die Blutreaktion der Ulkuskranken nach der sauren Seite hin verschoben, was man wohl konstitutionell auf den erhöhten Vagotonus zurückführen muß. Säuerung der Gewebe vermindert aber das Granulationsvermögen, erhöht die Exsudation. Die Sauerbruchschen Resultate mit der Gerson-Diät sind in ihren Schlußfolgerungen bedeutungslos. Der Krebskranke zeigt dagegen eine mehr alkalische Reaktion, die wohl auf der Störung des Wasserhaushaltes beruht.

Besprechung. Holler (Wien): Auch den Drüsenapparat des Magens muß man als Reaktionsregulationsmechanismus betrachten. Bei hoher Wasserstoffionenkonzentration im Blut scheidet der Magen vermehrt saure Valenzen ab. Umgekehrt findet sich bei Hyperaziden meist eine nach der sauren Seite verschobene Blutreaktion (statistische Zusammenstellung ergibt nur bei 15,4% Hyperaziden eine normale Blutreaktion), während die Mehrzahl der Anaziden eine physiologische oder eher nach der alkalischen Seite hin verschobene Blutreaktion aufweist. — Seyderhelm (Frankfurt am Main): Schwankungen im Erythrozytenvolumen können sich pathologisch geltend machen, nämlich dann, wenn dieses Volumen abnorm klein ist. Von zwei Fällen mit annähernd gleichem Blutbild (in bezug auf Hämoglobingehalt und Erythrozytenzahl) war der eine ein Plethoriker mit sehr großem Blutkörperchenvolumen ($120\mu^3$); der andere war sehr blaß und elend aussehend und wies eine Mikrozytose auf ($75{,}6\mu^3$). Hier handelte es sich also um eine Pseudanämie infolge zu geringen Volumens der Sauerstoffträger. — Hellmann (Wien): Praktische Verwertung finden die Ergebnisse der Osmoregulationsforschung in der Behandlung exsudativer Lungenprozesse (fötide Bronchitiden, Bronchoblenorrhoe, Lungenabszeß) mittels der Durstkur. Aehnlich wie diese wirkt die parenterale Verabreichung hypertonischer Salzlösungen; auch dann gehen die Auswurfmengen zurück. Allgemeinzustand und Appetit heben sich. — Singer (Wien): Außer in der Therapie der vorgenannten Lungenerkrankungen findet die Osmoregulation ihre praktische Ausgestaltung besonders auch bei den Darmerkrankungen, vor allem der Dysenterie. Die Infusion hypertonischer Lösungen wirkt hier nicht nur dem Wasserverlust entgegen, sondern bekämpft auch die Toxikämie. Bei sehr abgemagerten kachektischen Kranken wird durch endovenöse Gaben hypertonischer Lösungen die Nahrungsaffinität gehoben, das Gewicht steigt über das durch die Wasserretention bedingte Maß an. — von den Velden (Berlin): Die allgemein üblichen diätetischen Schemata haben gleichfalls einen gewissen Einfluß auf die Osmoregulation. Zum Beispiel bringt die Reiskur eine Verschiebung nach der alkalischen Seite der Blutreaktion zustande. Mehrtägige Sippykuren bei exsudativen Pleuritiden (es wurden Kalzium und Natr. bicarb. kombiniert gegeben) haben zwar eine dem Kalzium entsprechende Säuerung des Blutes zur Folge, jedoch findet sich keinerlei Veränderung im Exsudat. — Bei Einbringen hypertonischer Lösungen in die Blutbahn stellt sich bald eine auffallend trockene Zunge ein. — Exsudative Lungenprozesse werden noch besser als durch hypertonische Salz- oder Zuckerlösungen durch intravenöse Atophangaben beeinflußt. — Moll (Wien): Die Reaktionsregulation ist in der Pädiatrie von besonders großer Bedeutung. Das neugeborene Kind, und besonders die Frühgeburt, hat eine Tendenz zur Azidose, die bekämpft werden muß. Die „Toxikose" der Säuglinge ist eine Azidose, die der des Diabetes mellitus entspricht. Leider versagt hier Alkalitherapie genau so, wie manchmal Frauenmilch allein. Dagegen leistet Zusatz von Salzen zur Frauenmilch (Molke) oft Gutes, und es gelingt damit, die Kinder noch aus dem Koma herauszureißen. — Strauss (Berlin): Die Pseudoanämie, die sich durch allgemeine Blässe bei normalem Hämoglobin- und Erythrozytengehalt manifestiert, kann bedingt sein einmal durch angiospastische Zustände der Hautgefäße, dann aber auch durch eine auffallende Dicke der Epidermis, die die Hautgefäße nicht durchschimmern läßt. Als dritte Form kommt die von Seyderhelm berichtete hinzu.

2. Tag: **Ileus (Wegstörungen des Darms).** Als erster Referent berichtet J. Tandler (Wien) über die **anatomischen Grundlagen** des Ileus. Ein Ileus kann zustandekommen: 1. durch Veränderungen innerhalb des Darmlumens (Fremdkörper, pathologischer Darminhalt usw.), 2. durch solche der Darmwand und 3. durch solche außerhalb des Darmes in der Bauchhöhle. Genauer besprochen wird die kongenitale Duodenalatresie. In der sechsten Woche des Fötallebens besteht eine Inkongruenz zwischen dem Wachstum des Epithels der Darmschleimhaut und dem des mesenchymalen Darmanteils. Ersteres wuchert stärker und verschließt das Lumen. Normalerweise bilden sich in der soliden Epithelzellsäule bald Lücken, di konfluierend das Darmlumen eröffnen, in pathologischen Fällen feh jedoch diese Lückenbildung, und das Duodenum bleibt ein solide Strang. Analog ist die kongenitale Atresie des Oesophagus und de Anus zu deuten. An anderen Stellen des Darms führen solche Epithe wucherungen zu zystischen Veränderungen, die gleichfalls das Lume verlegen können.

Häufig sind Variationen des Darmsitus die Ursache von Tor sionen; diese Variationen beruhen fast immer auf einer patholo gischen Abwandlung der normalen entwicklungsgeschichtlichen Wa derung des Darms und der sekundären Konkreszenz der Mesenterien Bezüglich des arteriomesenterialen Darmverschlusses ist wichtig z wissen, daß mitunter die Pars horizontalis inferior duodeni physio logisch enger ist als die oberen Partien; dies stellt eine Begünstigun für das Zustandekommen des Verschlusses dar.

G. Katsch (Frankfurt a. M.) behandelt die **Physiologie un Pharmakologie der Darmbewegungen.** Drei Tatsachengruppen wir ken bei der Entstehung und Formung der Darmbewegungen: 1. di Automatie des Darms, 2. die Einwirkung der extramuralen Steue rungsnerven, 3. die Reize (chemisch und mechanisch) von seiten de Darminhalts. Die Inhaltsreize wurden über-, die Darmautomati unterschätzt. Denn auch der leere Darm ist in dauernder Bewegung Nicht nur die Pendelautomatie der einzelnen Darmschleif (Magnus) muß betont werden, sondern auch die gerichtete Reiz leitung, die vom Magen herunter den ganzen Darm entlang läuf (Alvarez). Bewiesen wird diese, oft gar nicht sichtbare „Längs peristaltik" durch die Registrierung der langsam über den Darm hinweglaufenden Aktionsstromwellen mit Hilfe des Seitengalvano meters. Erreicht die Erregungswelle eine Darmschleife, in der ge rade durch örtlichen Tonus oder Dehnung eine Reizbarkeitssteige rung vorhanden ist, so bewirkt diese Zusatzerregung die Auslösung der Kontraktion. Bei Besprechung der verschiedenen Bewegungs formen (Tonusschwankung, Pendelbewegung, Peristaltik) werden die P. Trendelenburgschen Versuche erörtert: die Wirksamkei eines Darmreizes ist nicht von seiner absoluten Größe abhängig, son dern auch von der Raschheit des Tonuszuwachses und von der Höhe des widersprechenden örtlichen Ringmuskeltonus. Die „Roll bewegungen" sind nur eine gesteigerte Peristaltik, ebenso wahr scheinlich die tonisch-tetanischen Gesamtkontraktionen, die sich be sonders am Dickdarm (unter Wirkung von Anthrachinonderivaten) finden. Antiperistaltik ist nur beim Dickdarm physiologisch, wenn gleich auch das übrige Verdauungsrohr echter Peristaltik fähig ist (z. B. bei schweren Neurosen). Die Grütznerschen Versuche, den eine Wanderung von Lykopodiumstäubchen in den Magen nach gewiesen haben will, werden auf Grund eigener Gegenversuche als nicht beweiskräftig abgelehnt. Es wird die pharmakologische Wirkung des Opiums, Atropins und der Anthrazenderivate besprochen. Vorzügliches Anregungsmittel der Peristaltik ist das Hypophysin, das man jedoch nicht schematisch prophylaktisch gegen postoperative Darmparese geben soll, da manche Individuen sehr stark mit ihrer gesamten glatten Muskulatur darauf reagieren. Empfohlen werden nach Vorausschickung einer Atropinspritze hohe Dosen von Physostigmin, dessen Wirkung durch diese Gabenfolge gesteigert scheint, vielleicht, weil der Tonuswandel größer ist und das Tempo, in dem der Tonuszuwachs eintritt.

Im dritten Referat behandelt G. Schwarz (Wien) die **Röntgendiagnostik der Wegstörungen des Darms.** Bei Verdacht auf Ileus soll, wenn Zuwarten noch irgend möglich ist, der Versuch gemacht werden, die Lokalisation des Hindernisses röntgenologisch festzustellen. Hierbei sind kleine Mengen von Baryumsuspension per os meist unbedenklich und helfen weiter, ebenso ein Baryumeinlauf. Mitunter wird dann durch die Röntgenaufklärung der operative Eingriff überflüssig (Spasmen!). Bei akuten foudroyant verlaufenden Dünndarmverschlüssen findet sich fast immer auch ohne Kontrastmahlzeit die typische Niveaubildung, wenn man den Patienten nur in den verschiedensten Richtungen, im Stehen und in Rechtsseitenlage durchleuchtet. Bei Wegstörung im Bereich des Dünndarms können sich neben der Niveaubildung die „Aufrollung" der Dünndarmschlingen und „Rippenstruktur" des Schleimhautreliefs finden (Demonstration entsprechender Röntgenbilder). Die häufigste Ursache der Dickdarmwegstörung ist das Karzinom, dessen rechtzeitige Diagnose durch das Röntgenverfahren sehr gefördert wird.

Es folgt das Referat von R. von den Velden (Berlin) über die **Klinik des Ileus.** Der Referent beschäftigt sich zunächst mit der Frage der schlechten Ausbildung von Studenten und Aerzten in der Diagnose der Wegstörungen des Darmes. Der Ileus soll weder eine chirurgische noch eine interne Krankheit sein, sondern aus der Zusammenarbeit heraus muß die Frühdiagnose gebessert werden, damit der Chirurg mit größerem Erfolg eingreifen kann. Es wird die klinische Darstellung nicht an Hand der verschiedenen üblichen Schemata gegeben, sondern unter Zugrundelegung der Erwägung: Was hat der Arzt, der zu einem „Bauchfall" mit den verschiedenen Symptomen der Wegstörung gerufen wird, zunächst zu entscheiden?

ist weniger die Frage: „mechanischer oder paralytischer Ileus", nn auch diese Betrachtungsweise (Matthes) den praktischen rderungen am nächsten kommt, sondern die Frage: „Ist die Grund- e durch einen entzündlichen Prozeß, also durch eine Organi- ionsveränderung, gegeben oder nicht?" von den Velden be- chtet unter diesem Gesichtspunkt erst die Allgemeinsymptome des us: Kollaps, Intoxikation, Meteorismus, Obstipation, Wasserver- t usw., ferner die Einzelsymptome, wie Erbrechen, Verstopfung, d vor allem die Schmerzen in ihrer verschiedensten Art und ließt seinen differentialdiagnostischen Erwägungen, denen er rch Einfügung von Krankengeschichten und Untersuchungen eine rsönliche Note gibt, bestimmte Ileuszustandsbilder an. So die gstörungen im oberen und unteren Dünndarm bzw. am Kökum d am Enddarm. Bei diesen differentialdiagnostischen Ueber- ungen betont er die Bedeutung einer richtig durchgeführten und werteten Blutdiagnostik. Er geht zum Schluß auf die zahlreichen öglichkeiten der konservativen Therapie ein, die namentlich post- erativ, in richtiger Weise verwendet, von lebensrettender Wirkung n kann, während sie präoperativ leider in der Hand des nicht ge- end Geschulten wertvolle Stunden verlieren läßt. Unter anderem vähnt er die Bedeutung der Insulin-Zuckerbehandlung, des Hypo- ysenextraktes, der Wärme usw.

Als letzter Referent des Tages spricht W. Braun (Berlin) über **chirurgische Behandlung des Ileus.** Kern des Ileusproblems sind hdiagnose und Frühoperation. Enges Zusammenarbeiten des ernen mit dem Chirurgen ist unbedingt erforderlich. Die „zer- renden" Verschlüsse (Abschnürungen, Inkarzerationen, Volvulus, agination) gehören ohne Ausnahme dem Chirurgen. Leichtere rmen von Invagination bieten gewisse Aussichten auf spontane sung, doch verschlechtern sich gerade bei den kleinen Kindern Heilungschancen so rapid, daß sie vielfach schon nach 12 Stunden, nn doch eine Operation nötig wird, nicht mehr zu retten sind. n den „einfach aufstauenden" Verschlüssen konnte Referent auch etwa $^{1}/_{6}$ ohne Operation zur Lösung bringen. Die Erfolge der rurgischen Ileusbehandlung lassen noch viel zu wünschen übrig; h die besten Statistiken (Perthes, Körte, Bauer u. a.) isen noch eine Mortalität von rund ⅓ auf, die schon gangränösen le haben eine solche von ⅔. Ursache dieser schlechten Resultate daß die Kranken immer noch zu spät zur Operation kommen. aller Fälle ist jedoch nicht im Frühstadium zu diagnostizieren. n soll daher in diagnostisch unklaren Fällen lieber operieren, die fahr einer Gangrän ist größer als die einer unnötigen Lapa- omie. Technisch vermeidet es Referent (im Gegensatz zu rte) möglichst, größere Darmkonvolute vor die Bauchhöhle ten zu lassen, und ebenso will er die Entleerung des Darms auf n Tisch nur auf die Resektionsfälle beschränkt wissen.

Köhler (Berlin) spricht über Nikotininjektionen in s Ganglion coeliacum. Das Gleichgewicht zwischen gus und Sympathikus besteht wohl meist beim paralytischen Ileus, nn auch der beiderseitige Tonus herabgesetzt ist. Wird nun der anchnikus gehemmt, so wird der Vagotonus noch ausreichen, um Darmbewegungen in Gang zu bringen. Diese Ausschaltung wurde Rosenstein durch Nikotininjektionen in das Ganglion liacum zustandegebracht, und tatsächlich kommt es kurze Zeit h der Injektion zu Darmbewegungen und zur raschen Entleerung. erschädigungen wurden nicht beobachtet, geringer Schweißaus- ch und Blutdrucksenkung kommen vor.

Besprechung. Boas (Berlin): Die drei Hauptfragen zur hdiagnose des Ileus sind: 1. Liegt eine Passagestörung vor, 2. wo t sie, 3. was ist ihre Ursache? Doch soll man bei akuten Fällen gen der Lokalisationsfrage nicht zu spät operieren. Klassische msteifungen sind das Zeichen der fortgeschrittenen Striktur; sie sen sich oft durch vaginale Untersuchung besonders gut fest- len. Beginnende Tonussteigerungen in Darmabschnitten lassen n manchmal zur Darstellung bringen, wenn der Darm gut gefüllt und nun vermittels leichter Effleurage oder faradischen Stroms eizt wird. Therapeutisch werden beim paralytischen Ileus neben pophysenpräparate und Peristaltin besonders große Darm- schungen mit 10—20 l Wasser empfohlen, die mehrmals wiederholt rden müssen. — Kuttner (Berlin): Die Behandlung des chanischen Ileus ist eine absolut chirurgische Frage. Tabellarische bersicht über 409 Fälle von Passagestörungen des Darms. Als iologie stehen an erster Stelle die inkarzerierten Hernien, dann gen die malignen Dickdarmtumoren; reichlich ist auch der Stran- ationsileus durch Adhäsionen vertreten — meist im Gefolge nerer Operationen. Die Differentialdiagnose des Ileus ist schwierig, r häufig wird er durch Nierensteinkolik vorgetäuscht, während mit der Gallenkolik selten verwechselt wird. Zur Abgrenzung Pancreatitis acuta empfiehlt Kuttner die Diastasebestimmung Harn. Durchbruch eines appendizitischen Abszesses, Blutungen Ulcus pepticum, Grippe, Malaria tropica machen oft Ileus- cheinungen.

Mühsam (Berlin) berichtet über 332 Fälle von Ileus, von denen auf Darmlähmung, Nervenleiden und ähnlichen Ursachen beruhten, die übrigen 317 jedoch mechanische Hindernisse aufwiesen; ein großer Teil der Veränderungen war die Folge vorausgegangener Operationen, besonders wenn es sich bei diesen um eitrige Erkrankungen gehandelt hatte. Die Nachbehandlung wird mit Physostigmin eingeleitet, versagt dieses, so wird mit Atropin vorgegangen. — Glaessner (Wien): Bei der Diagnose des chronischen Ileus hilft oft frühzeitig: 1. der Nachweis von Indol in der Atemluft (entsprechend konstruierte Maske); 2. der Befund von tyrosinähnlichen Körpern im Urin. — Hermann (Subotiza) beschreibt einen Fall mit chronisch intermittierenden Ileuserscheinungen, die durch einen Abszeß vom Appendix her verursacht worden waren. — Fischer (Frankfurt) bespricht die Frage, wann Adhäsionsbeschwerden die Indikation zur Operation geben. Es werden folgende Symptome gefordert: 1. Passagestörung; 2. Blähungsschmerz bei Aufblasung und Zerrungsschmerz bei Lagewechsel; 3. lokalisierte schmerzhafte Spasmen auf Druck. — Häbler (Würzburg): Die Todesursache bei Ileus ist die Intoxikation durch biogene Amine. Häbler konnte an Tieren mit durchgängigem Darmrohr toxische Ileussymptome erzeugen, wenn er in den Darm den Darminhalt ileuskranker Tiere brachte. Dabei erwies sich der Darminhalt aus höheren Abschnitten toxischer als der aus den mehr analwärts gelegenen Teilen. — Pribram (Berlin) berichtet über die Exstirpation des Ganglion coeliacum bei einem Fall mit dauernden abdominalen Schmerzanfällen, der deshalb schon 8mal operiert war. Nach der Exstirpation traten keine Schmerzanfälle mehr auf. — Darmentleerung vor Laparotomie wird abgelehnt, das beste Mittel, um die Peristaltik in Gang zu bringen, ist der Darminhalt. Daher gibt Pribram vor der Operation schlackenreiche Kost und verhindert die letzte Entleerung. — Finsterer (Wien) befürwortet die Lokalanästhesie gerade bei Ileus zur Schonung des Kreislaufs. Von 9 Fällen mit Darmsekretion im Alter von 60—80 Jahren verlor er nur einen Fall. — Schönbauer bestätigt das Vorkommen der Antiperistaltik und lehnt Baryumgaben vor Ileusoperationen ab. Die Intoxikation bei Ileus erfolgt weniger durch Resorption der Toxine vom Darm her als durch das Peritoneum, das die durch die Darmwand ausgeschwitzten Toxine sehr rasch in die Blutbahn bringt. — v. Haberer (Graz): Mit Hilfe einer geringen Baryumaufschwemmung läßt sich gerade beim arterio-mesenterialen Darmverschluß die Diagnose gut stellen. Akuter Ileus beim Karzinom ist relativ häufig (Fremdkörper, Invagination). Ein appendizitischer Abszeß führt dadurch oft zu Ileuserscheinungen, daß er am Zökum ein lokale Darmparalyse bewirkt, oberhalb deren sich der Darminhalt anstaut.

3. Tag: **Steinbildung.** Im ersten Referat behandelt O. v. Fürth (Wien) die **physiologische Chemie.** A. Gallensteine. Einteilung nach Aschoff in 1. reine Cholesterinsteine metabolischen Ursprungs, 2. Cholesterin-Pigment-Kalksteine infektiösen Ursprungs, 3. erdige Pigmentsteine statischen Ursprungs. Cholesterinämie führt unter Umständen zu Cholesterinsteinen, doch nicht gesetzmäßig. Nach Naunyn erfolgt die Steinbildung episodenweise, und es ist möglich, daß während dieser Episoden, die sich ja klinisch nicht dokumentieren, Cholesterinämie besteht; ist der Stein aber gebildet, so braucht der Cholesterinblutspiegel nicht mehr erhöht zu sein. Die Gallensteinbildung wird durch die Nahrung begünstigt, das Cholesterin selbst steht in engem genetischen Zusammenhang zur Cholsäure, beide tragen denselben Viererring. Das Cholesterin befindet sich in der Galle in labilem, durch Schutzkolloide aufrechterhaltenem Lösungsgleichgewicht; dieses Gleichgewicht störende Momente (Bakterienzersetzung, Aenderung der Elektrolyten und H-Ionenkonzentration, Albuminocholie) führen zu tropfiger Entmischung des Cholesterins oder zu gemeinschaftlicher Kolloid-Kristalloidfällung. B. Konkremente in den Harnwegen. 1. Uratdiathese: Diese muß von der Gicht getrennt werden, eine Uratretention im Stoffwechsel findet meist nicht statt, sondern es besteht eine vermehrte Neigung zum Ausfallen in den Harnwegen. Die Harnsäure ist mit Hilfe von Schutzkolloiden im Harn in Lösung gehalten, die Ursache des Ausfallens ist noch nicht geklärt. Aermere Klassen sind mehr disponiert, im Gegensatz zur Gicht. 2. Oxalatdiathese: Welche Faktoren den in Wasser unlöslichen oxalsauren Kalk in Lösung halten, ist noch unbekannt. Zum größten Teil ist die Oxalsäure exogenen Ursprungs und stammt aus der Nahrung; im intermediären Stoffwechsel wird sie schwer angegriffen. Doch wird auch bei abnormen bakteriellen Zersetzungen innerhalb und außerhalb des Darms (z. B. Lungenabszeß) Oxalsäure produziert. 3. Phosphatdiathese — die Sekretionsneurose der Niere (Minkowski). Möglicherweise spielt hier die Insuffizienz von Schutzkolloiden eine Rolle; überreichliche Salzsäuresekretion im Magen führt zu temporärer Steigerung der Harnalkaleszenz und disponiert gleichfalls. 4. Zystindiathese: Mit dem Zystin werden gleichzeitig auch andere nicht so ins Auge fallende Bestandteile des Eiweißmoleküls ausgeschieden (Aminosurie); die Fähigkeit, diese zu verbrennen, fehlt hier.

G. Herxheimer (Wiesbaden) als zweiter Referent bespricht die **Pathogenese der Steinbildung** und beschränkt sich dabei auf die **Gallensteine.** Nach kurzem geschichtlichen Ueberblick wird zunächst die Struktur der Gallensteine besprochen, die in vier große

Gruppen einzuteilen sind: 1. reine radiäre Cholesterinsteine, fast stets in der Einzahl vorhanden; 2. Cholesterinpigmentkalksteine in beliebig großer Anzahl; 3. reine Pigmentsteine, harte, braune Splitter, die in Maulbeerform zusammenbacken; 4. die weichen, braunen, erdigen Pigmentsteine, die in den Gallengängen entstehen. Reichhaltige Kombinationen aller Gruppen kommen vor. Formale Genese: Alle Steine haben ein organisches Grundgerüst, welches das Haften der Kolloide ermöglicht; eine sekundäre Umwandlung eines Steins in einen anderen ist in beschränktem Maße möglich, da sich das umgebende Medium ja dauernd ändert. Doch kommt es nie zu einer völligen Umwandlung, und es kann sich — im Gegensatz zur Lichtwitzschen Auffassung — ein Cholesterinpigmentkalkstein nicht in einen rein radiären Cholesterinstein umwandeln; der erstere hat stets einen Kern, der bei letzterem fehlt. Die Steine sind schon in ihrer Anlage gesetzmäßig verschieden. Kausale Genese: Zur Entstehung der Steine ist nötig: 1. stets die Gallenstauung und außerdem 2. entweder eine Infektion (dann entstehen Cholesterinpigmentkalksteine) oder eine Stoffwechselstörung (reine Cholesterinsteine und reine Pigmentsteine). Die Stauung entsteht entweder rein mechanisch durch Ventilverschluß des Gallenganges (z. B. Ptose) oder funktionell (Westphalsche Hyper- und Hypodyskinesie der Gallenwege). Die reinen Pigmentsteine enthalten oft reichlich Kupfer und Eisen, andere auch Schwefel, den man durch Zusatz von Salzsäure als Schwefelwasserstoff freimachen kann. Die Erklärung dafür steht noch aus.

Der dritte Referent, L. Lichtwitz (Altona), spricht über **Formbildung und Pathogenese der Gallensteine.** Es gibt in der Regel keine völlige Entleerung der Gallenblase, diese hat einen „toten Raum", der sich nicht entleert und der Ort der Steinbildung ist. Die Abtrennung zur pathologischen Stauung ist hier schwer. Der Zusammenhang zwischen Fortpflanzungsvorgängen und Steinbildung ist noch nicht geklärt. Schwangerschaft und Geburt begünstigen wohl das Auftreten von Anfällen, aber kaum die Steinbildung. Den Statistiken fehlt die Beweiskraft. Der Gehalt an Kupfer und Eisen in manchen Steinen gibt einen Hinweis, daß die Schwermetalltherapie hinsichtlich der Steinbildung nicht ganz ungefährlch ist. Der primäre Ausfall von Cholesterinkristalltafeln hat mit der Steinbildung nichts zu tun; maßgebend ist hier die Biliburin-Kalk-Eiweißflocke, die den Kern bildet, aus dem der Stein entsteht. Dieser Kern hat eine aktive Oberfläche und ist befähigt, aus der Galle fremdes Material anzulagern. Die Umwandlung der konzentrisch geschichteten Cholesterinpigmentkalksteine in reine radiäre Cholesterinsteine ist (im Gegensatz zur Herxheimerschen Ansicht) möglich durch das Gesetz des Steinwachstums und seiner Reife. Das Cholesterin wird zunächst in kalkarmem amorphen Zustand angelagert und wandert in dem Maße, wie sich der Kern löst und das Pigment nach der Peripherie zu wandert, vermittels der Gallensäuren, die das Gerüst des Steins lösen, in den Stein ein und verhindert durch wachsartige Kittung der Spalten ein Zerfallen des Steins. In einem späteren Stadium erfolgt dann ein völliges Ausfüllen der sekundären Kernhöhle mit Cholesterin und die radiäre Kristallisation desselben. Demonstration von Uebergangsformen. Die Tatsache, daß sich die radiären Cholesterinsteine meist in der Einzahl finden, spricht nicht gegen die sekundäre Umwandlung; den je weniger Steine sich entwickeln, um so schneller wird Wachstum und Reife sein.

Im zweiten Teil des Tages wird die **Röntgenologie des Magendarmtraktus** behandelt. G. Forsell (Stockholm) gibt einen Ueberblick über **normale und pathologische Reliefbilder der Schleimhaut** an Hand zahlreicher teils an lebendem, teils an gehärtetem Leichenmaterial gewonnener Bilder. Man hat bisher immer nur den Muskelschlauch beachtet und hat die Schleimhaut als ganz passiv angesehen. Doch ist auch sie ein plastisches Organ, das selbständige Bewegungsmechnismen hat. Diese nivellieren die Oberfläche der Schleimhaut nach den Bedürfnissen der Digestion. Es gibt weder im Magen noch im Darm des Menschen permanente Schleimhautfalten. Die „Schleimhautfalten" sind Teile eines sehr entwickelten funktionell-mechanischen Digestionsapparates, der die innere Fläche des Digestionsraums zu „Digestionsgefäßen" formt. Diese bilden an jeder Stelle die für die chemische Verarbeitung, Aufsaugung und den Transport der Nahrung geeigneten Apparate. Der autoplastische Mechanismus der Schleimhaut arbeitet koordiniert mit dem Bewegungsmechanismus der Muskelhaut. Die Autoplastik der Schleimhaut wird zustandegebracht teils hydrodynamisch durch vikariierende Gefäßfüllung der Submukosa, teils durch den eigenen Muskelapparat der Schleimhaut, der Muscularis mucosae, und wird durch das Nervensystem der Mukosa und Submukosa reguliert. Pathologische Veränderungen: bei Ulcus ventriculi, duodeni usw. wird in normale Plastik teils durch den pathologischen Prozeß, teils durch den Schutzmechanismus der Schleimhaut selbst verändert.

Im Anschluß daran bringt H. H. Berg (Berlin) weitere **Röntgenbeiträge zum pathologisch veränderten Schleimhautrelief des Darmkanals,** gleichfalls an Hand zahlreicher Demonstrationen. Es werden eine Protrusio der Papilla vateri infolge Steinverschluß sowie Askariden röngenologisch zur Darstellung gebracht. Die Struktur Dickdarmschleimhaut wird am besten durch sehr kleine schatt gebende Klysmen deutlich gemacht. Das Kaliber der Schleimha falten ist bei Kolitis — wie das im Vorjahre für die Gastritis d gestellt wurde — wulstiger und gröber, langdauernde Kolitiden zei eine Atrophie der Struktur mit Verlust des Schattenreliefs. Karzinomstudium ist vermittels der geringen Kontrastfüllung we gefördert; hier zeigt sich meist zwischen normal gestalteten Fa die veränderte höckerig gekörnte Stelle.

Als letzter Referent des Tages bringt R. Schinz (Zürich **Röntgendiagnostik der Gallenblase** gleichfalls mit sehr instrukti Bildern. Zur einwandfreien Röntgendarstellung pathologischer Gall blasenvorgänge gehört: 1. die Leeraufnahme, auf der man manch den Blasenschatten, manchmal auch Steine erkennen kann; 2. A nahme mit Kontrastfüllung des Magens und Duodenums, um eventuelle Gallenblasenimpression oder die indirekten Zeichen ei Periduodenitis, die sich in 40% Gallenkranker findet, nachzuweis 3. die Kontrastaufnahme der Gallenblase mit Tetragnost, die dadur daß man allzu viel von ihr verlangt hat, etwas in Mißkredit kommen ist. Sie kann Folgendes zur Sicherung der Diagnose liefe 1. Negativer Steinschatten innerhalb der gefüllten Blase = St 2. abnorm große, gefüllte Blase = Stauungserscheinungen; 3. negati Ausfall der Cholezystographie bei einwandfreier Technik = a) V schlußstein, b) Narbenstenose, c) es kann sich ein Fehler geschlichen haben.

K. Presser (Wien) spricht über die Röntgenbehan lung des Magen- und Duodenalgeschwürs. sammen mit anderen Verfahren vermag Röntgenbestrahlung kleinen Dosen die Dauer der Ulkusbehandlung wesentlich abzukür und unter Umständen eine Operation zu verhüten.

Besprechung. v. Bergmann (Berlin): Die Neurotik Appetitlosen, Dyspeptischen werden seltener werden, wenn n mehr auf kleinste Zeichen einer Gallenblasenerkrankung zu ach versteht. Der Stein ist nur ein Produkt des Begriffs Cholezys pathie, und ein Gallensteinkranker muß früher nie klinisch kr gewesen sein, er hat aber doch meist hin und wieder Beschwer gehabt, die er nur nicht beachtete. — Jonas (Wien) bespricht ei Fall von spastischer Stenose des Magenausganges bei Cholelithia mit Operationsbefund. — v. Friedrich (Budapest) spricht ü Gallensteindiagnostik vermittels Duodenalsondierung und Cholezys pathie auf Grund von Erfahrungen an über 1000 Fällen. Leukozy im Duodenalsediment beweisen nichts, aufschlußreicher ist schon Befund von Cholesterinkristallen. — Blond (Wien): Es ist ein I tum, daß die Galle gemeinhin durch den Zystikus abfließt, die Gall blase entleert sich nicht regelmäßig und rhythmisch, das bew schon die lange Zeit, die die kontrastgefüllte Gallenblase im Röntg bild sichtbar ist. Wahrscheinlich ist, daß die Gallenblasenwand Inhalt der Gallenblase resorbiert. Bei Erkrankungen der Gallenbl ist es natürlich möglich, daß infolge Stauung und Ueberdehnung Blase keine Konkremente durch den Zystikus herausgedrängt wer können. — Stern (Breslau) hat im Tierexperiment Gallenfistelhun große Mengen von Cholestrin intravenös gegeben und dadu Cholesterinämie erzeugt. Trotzdem fand sich in der Fistelgalle ke Vermehrung des Cholesterins: auch Aenderungen in der ph-Konz tration in vivo brachten keinerlei Anzeichen von Cholesterinkoa lation. — Hoesch (Frankfurt a. M.): Schwefelwasserstoffentwi lung tritt beim Behandeln menschlicher Gallensteine mit Salzsä sehr häufig auf. Sie ist eine Folge der Fäulnis. — Wir sollten a die hämatogene Infektion mehr in Betracht ziehen (2 Fälle von Ch sterinstein nach septischem Abort). — Die einzelnen festen Besta teile erleiden in der Gallenblase eine ganz verschiedene Konz tration: Lezithin ist in der Steingallenblase vermindert. — Schoe dube (Frankfurt a. M.) demonstriert Entleerungsserien der kontra gefüllten Gallenblase nach Pituitrin. Die entleerte Blasengalle kon restlos durch die Duodenalsonde aufgefangen werden. — Sing (Wien): Geschlechts- und Fortpflanzungsvorgänge hängen eng der Steinbildung zusammen; nicht nur bei graviden Frauen, sond auch vor und nach der Menstruation finden sich sehr häufig gera Gallenbeschwerden, die sich nach Jahren zu typischen Steinkolik verdichten können. Die Veränderungen des Leberparenchyms Zeit der Gravidität finden sich in geringerem Maße auch währe der Menses. — Metallbehandlung mit Silbersalzen ist ohne Einfluß die Steinbildung, die findet sich Silber in der Galle wieder. Schönbauer (Wien) demonstriert Gallensteine, die er im Ti experiment durch Einbringen von salzsaurem Pepsin in die Gall blase erzeugt hat. Erklärung: die Fermente machen die Gallenblas wand für die Durchwanderung von Bakterien durchgängiger. Fol Entzündung — Steinbildung. — Zum Schluß berichten Freu (Berlin) über Ulcus ventriculi bei Syringomyelie u die dabei bestehenden nervösen Zusammenhänge, und Windho (Wien) über morphologische und statische Untersuchungen Magen verstorbener Syphilitiker mit dem Ergebn

ß die Syphilis weder direkt noch indirekt eine besondere Rolle bei r Entstehung von Magenveränderungen spielt.

Der 4. Tag wird durch das Referat von O. Loewi (Graz) über Sekretion **und den Angriffspunkt von Insulin und Glykämin und Funktionsprüfung ihrer Produktionsorgane** eingeleitet. Der Wirngserfolg des Insulins, der sich in einer gesteigerten Zuckerrwertung durch die Zellen dokumentiert, war zwar bekannt, nicht er der Wirkungsmechanimus. Durch Adsorptionsversuche isolierten Zellen (Blutkörperchen) wird nachgewiesen, daß das ulin nicht an der Oxydation des Zuckers direkt beteiligt ist, ndern vielmehr die Zuckerfixation an die Zellstrukturen steigert d dadurch eine bessere Verwertung ermöglicht. Beim Diabetes llitus wird primär die Glukoseaufnahme der Zellen gehemmt. Diese mmung, die sich in vitro nachweisen läßt, beruht nach den Verchen des Referenten auf dem Vorhandensein eines Stoffes im diatischen Blut, der der Antagonist des Insulins ist, eine dem Insulin gegengesetzte Wirkung hat. Dieser Stoff, von Loewi Glykän genannt, ist dialysabel und läßt sich auch durch Trocknen des lysates nicht zerstören: er ist seinen Eigenschaften nach ein Horn, das in der Leber sezerniert wird, und seine Sekretion ist die mittelbare Ursache der diabetischen Hyperglykämie. Er verursacht iter die charakteristische Glykogenolyse in der Leber, ist also ch hier Antagonist des Insulins. Geisteigerte Glykäminsekretion rt unmittelbar zur Glykämie: bei Versuchen an Adrenalinninchen liefen Blutzucker- und Glykämiekurve völlig parallel. Die ber wird damit zum innersekretorischen Organ, das dem Pankreas tagonistisch gegenübersteht, die Nebenniere ist nur dessen inekter Antagonist. Weitere Versuche ergaben, daß die Insulinkretion durch Hyperglykämie nach Glukoseverabreichung angeregt rd; und zwar kommt es dadurch zu einer Reizung des Vagusntrums, das diesen Reiz über die nn. vagi zum Pankreas weiteret. Bei Ausschaltung der vagi durch Atropin oder Durchschneing bleibt die vermehrte Insulinsekretion aus. Das Insulinzentrum also gewissermaßen ein Anti-Piqûrezentrum. Die Glykäminkretion wird ausgelöst: 1. durch Adrenalin, sei es, daß dies injiziert rd oder im Organismus infolge Reizung der Nebenniere von ihrem mpathikuszentrum aus in vermehrtem Maße ins Blut sezerniert rd. Hypoglykämie führt sympathogen zu gesteigerter Adrenalinoduktion und damit zur Glykäminämie; 2. durch Pankreasstirpation. Wird kein Glykämin produziert (z. B. nach Ergotamin), führt auch Glukosezufuhr nicht zur Hyperglykämie. Die diaische Hyperglykämie kommt zustande durch gesteigerte Glyninproduktion bei gleichzeitig gehemmter Insulinproduktion.

Besprechung. Meyer-Bisch (Göttingen): Versuche t bei einem Verletzten gewonnenen Pankreassekret, das eiweißfrei d ultrafiltriert Kaninchen injiziert wurde, ergaben, daß sich im ßeren Pankreassekret ein anti-insulinähnlicher Körper findet, der intravenöser Gabe Hyperglykämie zu erzeugen imstande ist. — llak (Wien): Die Form der alimentären Hyperglykämiekurve ngt viel mehr vom negativen Nervensystem ab als von der nge des ins Blut abgegebenen Insulins. Bei Ergotaminierten steigt Blutzucker auch nach Zufuhr großer Zuckermengen nicht an. rorale Zuckerzufuhr regt die Insulinsekretion stärker an als intraöse Gaben. — Leschke (Berlin): Der typische Diabetes mellitus ß seinem ganzen Charakter und Verlauf nach als eine zentralgetative Regulationsstörung des Kohlenhydratstoffwechsels bechtet werden. — de Crinis (Graz): Bei den am diabetischen ma Verstorbenen finden sich Veränderungen der Ganglienzellen r Hirnrinde (tropfige Entmischung der Lipoide, Vermehrung der afasern). Erklärung: Säurevergiftung? — Geiger (Pécs): Wenn n Hunde hyperventiliert, so kommt es bei ihnen auch nach Adreninjektionen zur Hypoglykämie. Die Hyperventilation führt zur izung des Vaguszentrums und damit zu vermehrter Insulinsekretion: sorptionsversuche in vitro beweisen, daß die Zuckeraufnahme der tkörperchen dann wesentlich gesteigert ist. — Oeser (Berlin) es die hypoglykämische Wirkung großer Dosen von Glukhorent an Kaninchen nach. Die Wirksamkeit geringerer Dosen, die h in der Blutzuckerkurve oft durch ein anfängliches Ansteigenausrken, wird dadurch deutlich, daß mit Glukhorment vorbehandelte ere nach Suprareninjektion eine deutliche Hemmung der sonst ftretenden Hyperglykämie zeigen — Anschel (Wien) spricht er Blutzuckerkurven. — Schiff (Wien bespricht einen interanten Fall von weiblichem Diabetes, der jahrelang auf eine bemmte Menge Insulin beschwerdefrei eingestellt war. Bald nach em Partus — die Patientin stillte das Kind selbst — kam es zu em schweren hypoglykämischen Koma. Die Ursache ist in der ktation zu suchen, die Milch reißt große Mengen Zucker an sich. Falta (Wien): Aderlässe rufen eine Glykäminproduktion hervor. i insulinrefraktären Fällen von Diabetes handelt es sich um eine rmehrte Glykäminproduktion. — Adsorptionsversuche bei Nichtbetikern ergaben bei Asthenikern und Basedowkranken im Stadium r Gewichtsabnahme sehr niedrige Insulinwerte. — Glukhorment gte bei drei langdauernden Versuchen nicht die geringste Wirkung. — Seyderhelm (Frankfurt a. M.) spricht im Auftrag von v. Noorden: Das Glukhorment in seiner jetzigen Form sei noch nicht optimal; die Reindarstellung mache große Schwierigkeiten. Glukhorment sei ein das Insulin unterstützender Körper, der im Pankreas produziert werde. — von den Velden (Berlin): Die Abhängigkeit der Blutzuckerkurve von nervösen Zentren erweist sich auch an Hypnoseversuchen: bei Scheinfütterung mit Zucker im hypnotischen Schlaf tritt eine Hyperglykämie auf, sofern die suggerierte Zuckerart von der betreffenden Versuchsperson geschätzt wird; besteht aber eine Abneigung dagegen, so bleibt auch die Erhöhung des Blutzuckers aus. — Die Erfahrungen mit dem Glukhorment befriedigen bisher nicht. — Hecht (Wien): Die Glykäminproduktion der Leber ist abhängig von dem Zustand derselben. Bei akuten Erkrankungen, wie Hepatitiden, kommt es zu Unregelmäßigkeiten im Blutzuckerspiegel. — Porges (Wien): Die Leber muß mehr in das Zentrum der Beobachtungen treten. Bei alimentären Krankheiten finden sich fast stets Veränderungen in der Leber (Fettleber, Glykogenleber). — Schur (Wien) spricht über Insulinausscheidung durch den Harn; das Insulin konnte auch bei Verabreichung großer Mengen nicht nachgewiesen werden.

Im zweiten Referat behandelt W. Falta (Wien) die **extradiabetische Insulintherapie.** Sehr günstig werden die nichtdiabetischen Azidosen durch Insulin-Zuckerzufuhr beeinflußt. Bei der alimentären Intoxikation und dem azetonämischen Erbrechen der Kinder, bei Hyperemisis gravidarum, bei der Schwangerschaftseklampsie, bei postoperativen Azidosen, wo eine weitgehende Verarmung an Glykogen und Wasser besteht (Kinder und Schwangere haben an sich eine erhöhte Azidosebereitschaft), führt Insulin-Zucker zu einer raschen Beseitigung der Azidose und zur raschen Besserung des Gewebsturgors. Bei dystrophischen wasserverarmten Säuglingen wird durch Insulin ein schneller Wasseransatz erzielt. Leberkrankheiten werden durch den vermehrten Glykogenansatz gleichfalls günstig beeinflußt. Am weitesten verbreitet sind die Insulinmastkuren. Indikationen: asthenische Individuen, solche, die durch Operation oder Krankheit sehr heruntergekommen sind, Vorbereitung zur Operation bei schwächlichen Individuen. Bei Lungentuberkulose, sind Reaktionen und Exazerbationen zu fürchten, daher Vorsicht! Bei kachektischen Individuen kommt es nur zu Ansatz von Wasser und nicht von Körpersubstanz. Eine Kontraindikation bilden ebenfalls die Fälle, bei denen mit einer Funktionsschwäche der Nebennieren zu rechnen ist (Morbus Addison). Die Wirkung der Mastkur beruht auf einer Erhöhung des Nahrungsbetriebes infolge der Hypoglykämie, der oft zum Heißhunger wird. Durch Training der Muskulatur ist gleichzeitig der Eiweißansatz zu fördern. Versager kommen vor, doch liegt das oft daran, daß zu kleine Dosen gegeben werden; manchmal sind Dosen bis zu 150 Einheiten Insulin pro die nötig, natürlich mit gleichzeitiger reichlicher Gabe leicht assimilierbarer Kohlenhydrate.

Besprechung. P. F. Richter (Berlin): Glykogenarmut der Leber disponiert zu Leberkrankheiten. Insulin-Glukosezufuhr steigert den Glykogenansatz in der Leber, jedoch soll man nur kleine Dosen Insulin geben (bei größeren Dosen wird der Zucker in den Körperzellen abgefangen). Die Erfolge sind gut; gewöhnliche Ikterusfälle werden deutlich abgekürzt (bezüglich der schwereren Leberschädigungen vgl. den Aufsatz von Bamberger in der D. m. W. Nr. 40 S. 1690). Günstig werden durch die Insulinzuckertherapie auch die Muskelaffektionen beeinflußt (progressive Muskelatrophie usw.), doch beruht hier wahrscheinlich die Wirkung nicht auf dem Glykogenansatz der Muskulatur, sondern auf der Tonuserhöhung. — Die lokale Behandlung torpider Geschwüre mit Insulinpinselung wirkt manchmal Wunder; der Erfolg beruht wahrscheinlich auf der Alkalisierung des Gewebes. Dies gibt einen Ausblick auch auf die Behandlung des Magengeschwürs, vielleicht gelingt es, durch kleine Dosen Insulin eine endogene Alkalisierung des Körpers und damit eine verstärkste Heilungstendenz zu erreichen. — von den Velden (Berlin) warnt vor allzu großen Insulindosen, es können doch recht beträchtliche Schädigungen auftreten. Demonstration von Elektrokardiogrammen von einem Fall, der nach Insulininjektion deutlich eine negative Ausbildung der T-Zacke zeigte. — Redisch (Prag) versucht dem raschen Abklingen der Insulinwirkung dadurch zu begegnen, daß er Depots eines Insulin-Gummigemisches injiziert: die Insulindosen können dann verringert werden. — Raab (Wien): Durch Insulingebrauch wird das Neutralfett in den Zellen zurückgehalten (Differenz zwischen dem Fettgehalt des arteriellen und dem des venösen Blutes).

Der dritte Referent, H. Staub (Basel), berichtet über eigene experimentelle Untersuchungen mit dem Frankschen **Synthalin** (Dekamethylenguanidin). Bei parenteraler Synthalingabe ist erst bei Dosen von 15—20 mg an 1500—3000 g schweren Kaninchen mit Sicherheit innerhalb 4—5 Stunden Blutzuckerabfall bis zum Krampfstadium zu finden. Zuvor tritt regelmäßig, auch bei sehr kleinen Dosen, eine initiale Hyperglykämie auf, die um so größer ist, je höher die Synthalingabe und der Glykogenbestand des Tieres ist,

Beiderseitige Vagotomie verändert die Synthalinwirkung nicht. Hemmung oder Ausschaltung des Sympathikus durch Ergotoxin verringert die initiale Hyperglykämie und beschleunigt die hypoglykämisierende Wirkung des Synthalins. Bei chronischer peroraler Synthalinzufuhr an Kaninchen gehen die Tiere innerhalb 2—4 Wochen ein. Die mikroskopische Untersuchung der Leber zeigt Degenerationen und starke Verfettung in der Peripherie der Leberläppchen. Das Glykogen in Muskeln und Leber nimmt nach Synthalin — im Gegensatz zur Insulinwirkung — ab. Fortlaufende Bestimmung des N-Stoffwechsels eines Hundes, der mit den entsprechenden, bei Menschen üblichen Dosen Synthalin behandelt wurde, zeigt bald eine negative N-Bilanz. Das spricht für eine Beeinträchtigung des Desaminierungsvermögens der Leber durch Synthalin. Auch Versuche am Insulintier bringen keinen Beweis für eine insulinähnliche Wirkung des Synthalins. Zur Lokalisation der Synthalinwirkung sind Versuche am eviszerierten, leberlosen, dekapitierten Tier gemacht. Der Blutzuckerabfall nach Synthalin an diesem praktisch nur aus Muskel bestehenden modifizierten Daleschen Präparat zeigt, daß ein Angriffspunkt des Synthalins in der Muskulatur liegt. Diese Versuche dienten als Vorversuche für die Kohlenhydratbilanzversuche am modifizierten Daleschen Präparat, die folgendes ergaben: Nach Synthalin nimmt der O-Verbrauch sehr stark ab, das Muskelglykogen wird verringert, und die Schlußbilanz zeigt ein Defizit an Kohlenhydrat von 2 bis 4 g. Beim Vergleichsversuch mit Insulin nimmt der O_2-Verbrauch zu, das Muskelglykogen zeigt eher Anstieg, die Schlußbilanz stimmt innerhalb erlaubter Fehlergrenzen bis auf weniger als 1 g Kohlenhydrat. Daraus ist ersichtlich, daß dem Synthalin nicht die Grundwirkungen des Insulins, nämlich beschleunigte Zuckerverbrennung und Glykosensynthese, zukommt. Unter Synthalin verschwindet der Zucker in einem anoxybiotischen Prozeß und wird zu Milchsäure. Das Synthalin wirkt also als allgemeines Zellgift herabsetzend auf die Sauerstoffatmung und bedingt damit sekundär zwangsläufig eine vermehrte Produktion von Milchsäure aus den vorhandenen Kohlenhydratreserven. Dieser Synthalinmechanismus ist unphysiologisch und hat mit den Grundwirkungen des Insulins nichts Gemeinsames. Deshalb und weil es sowohl im Tierversuch wie bei klinischer Anwendung leberschädigend wirkt, wird es für die Therapie der Zuckerkrankheit als zwecklos betrachtet und abgelehnt.

Besprechung. E. Frank (Breslau): Der Glykogenansatz durch kleine Synthalindosen ist bewiesen. Mit Hilfe des Synthalins gelingt es, einen pankreasdiabetischen Hund 6 Wochen lang am Leben zu erhalten, das beweist die insulinähnliche Wirkung des Synthalins. Die von Staub gefundenen Leberschädigungen sind darauf zurückzuführen, daß er im Tierexperiment viel zu hohe Dosen gegeben hat; klinisch sind sie bisher noch nicht erwiesen. Die dyspeptischen Störungen werden am besten durch intermittierende Synthalinverordnung vermieden, manchmal hilft auch Decholin. Ankündigung eines neuen Präparats, bei dem die Nebenwirkungen auf den Magendarmkanal geringer sind. — Hirsch-Mamroth (Berlin) berichtet über Erfahrungen mit Synthalin in der ambulanten Praxis. 50% der Patienten waren synthalintolerant, 50% dagegen synthalinidiosynkrasisch. Manche Kranken stehen mit gutem Erfolg seit über einem Jahr unter Synthalinbehandlung. — Rostoski (Dresden): Die klinischen Wirkungen mit Synthalin sind durchaus günstiger als die tierexperimentellen Erfahrungen. Aussehen und Allgemeinbefinden wird durch Synthalin lange nicht so gut beeinflußt wie durch Insulin. Glukhorment wird als wirkungslos abgelehnt. — Strauss (Berlin): In der Bekämpfung der Synthalinnebenwirkungen bringen Kalzium und Decholin wechselnde Erfolge. Besonders schlecht vertragen wird Synthalin von den tuberkulösen Diabetikern. Es ist indiziert bei arteriosklerotischen, hypertonischen, insulinresistenten Diabetikern. Gluckhorment ergab bei 10 Fällen 2 Erfolge, 8 Versager. — Im Schlußwort wirft Staub die Frage auf, ob die Glukhormentwirkung nicht als eine abgeschwächte Synthalinwirkung anzusehen sei.

K. Stejskal (Wien) spricht **über perkutane Ernährung** mit dem komplexen Nährpräparat Dinutron („Sanabo-Chinoin"), das aus Fett, Kohlehydraten und Proteinen nebst Vitaminen besteht und von dem leicht 200 g täglich durch dreimalige 15 bis 20 Minuten dauernde Einreibung perkutan einverleibt werden können. Dadurch werden dem Körper etwa 1350 Kalorien pro die zugeführt. Der Nachweis der wirklichen Einverleibung wird durch Erhöhung des Zucker- und Fettgehaltes im Blut und durch Harnanalysen erbracht: die Verwertung der Nährstoffe im Körper wird durch Stoffwechselversuche erwiesen, bei denen eine ausgesprochene, bis 50% der N-Ausfuhr erreichende Sparwirkung aus dem N-Umsatz festgestellt wurde.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 38, 23. September.

Blutdruckregulierung bei Aenderung der Körperstellung. Bo Uebergang vom Liegen zum Stehen tritt normalerweise eine wisse Abnahme des Blutdrucks (am Arm gemessen) ein, die rela gering ist und sich rasch wieder ausgleicht. Das Sinken des Bl drucks erfolgt in den höher gelegenen Teilen des Körpers (stärksten im Kopf und in der Gegend der aufsteigenden Aort wo die Gefäßstellen sich befinden, die eine reflektorische Selb steuerung des Blutdrucks vermitteln (Sinusnerven, Aortennerve Die Prüfung des Verhaltens von Blutdruck und Schlagfrequenz d Herzens beim passiven Stellungswechsel des Körpers (Liegen, Ko oder Beinstellung) stellt gleichzeitig eine Prüfung der Anspruch fähigkeit der „Blutdruckzügler" dar. Ohnmacht tritt beim plö lichen Uebergang vom Liegen zum Stehen ein, wenn jene Regelu des Blutdrucks nicht rasch und ausgiebig genug vor sich ge so daß es vorübergehend zu einer gewissen Gehirnhypämie komi Die Ursache dieses schlechten Regulierungsvermögens kann geben sein durch einen im Liegen relativ niedrigen Blutdruck, dur Verengerung der Hirngefäße (Atherosklerose) oder dadurch, d infolge langen Liegens der Regulationsmechanismus nicht me normal funktioniert (Ohnmacht beim ersten Aufstehen nach lang Krankenlager oder bei plötzlichem Aufrichten nach tiefem Schla Ueber das Verhalten des Blutdrucks beim arteriellen Hochdru beim passiven Stellungswechsel liegen noch keine ausreichend Erfahrungen vor, um Anhaltspunkte für die Genese der Hyperto zu gewinnen.

Neuer Herzreflex. Zur Bestimmung des Herzmuskeltonus lä man den Kranken einen Gummischlauch mit beiden Händen n maximaler Kraft auseinanderziehen und auskultiert gleichzeitig d Herz. Bei stabilem und erhöhtem Tonus (Hypertrophie) stellt si dann nur eine geringe Beschleunigung der Herztöne ein, die in ihr Intensität fast unverändert bleiben. Etwa vorhandene Geräusc werden durch diesen Versuch nicht beeinflußt. Auch bei d nervösen Tachykardie macht sich keine Veränderung bemerkb Beim konstitutionell-hypotonischen Myokard oder der Hypotor anderen Ursprungs kommt es zu einer auffallenden Beschleunigu und Dämpfung der Herztöne, wobei der erste Ton ganz kurz wi und mit dem zweiten fast zusammenfällt. Etwa vorhandene G räusche werden auffallend schwächer oder sind als unreine Tö hörbar. Während sonst Herztöne und Geräusche nach Musk bewegungen an Stärke zunehmen, erscheinen die auskultatoris wahrnehmbaren Herzphänomene bei diesem Versuch abgeschwäc weil das Herz nicht nach bereits geleisteter Arbeit, wie bei d üblichen funktionellen Proben, sondern gerade im Zeitraum d Muskelanstrengung auskultiert wird. In besonders geeigneten Fäll genügt schon die Anspannung einer bestimmten Muskelgrup (Strecken oder Beugen einer Extremität), um den Reflex hervo treten zu lassen. Dieser enge funktionelle Zusammenhang zwisch Herzmuskel und Skelettmuskulatur läßt sich nur bei nachgiebige hypotonischem Herzmuskel mit Hilfe dieses Versuches darstelle

Neues Schwangerschaftszeichen. Als ein sicheres Schwange schaftszeichen ist der Nachweis des Konsistenzwechsels der Uteru muskulatur während der Untersuchung zu betrachten, indem d schwangere Uterus sich zeitweilig hart und gespannt anfühlt un nach einer Weile unter den Fingern wieder weich wird. Diese Ko traktionen brauchen nicht abgewartet zu werden, sondern lasse sich durch intravenöse Zufuhr von Hypophysenpräparaten auslöse 10—20 Sekunden nach Gabe von 1 ccm Pituisan zieht sich d gravide Gebärmutter im ganzen fest zusammen. Einzelne Tei der Wand werden immer wieder weich. Der Uebergang zwische

Korpus und Zervix wird gut tastbar. Die Kontraktionen lassen nach —5 Minuten völlig nach. Besonders wertvoll erwiesen sich die njektionen bei der Diagnose der Retroflektio uteri gravidi, indem n einzelnen Fällen sogar eine Aufrichtung der Gebärmutter zeitweilig eintrat. Die Brauchbarkeit dieses Schwangerschaftszeichens hängt von dem Tastgefühl des untersuchenden Arztes weitgehend ab. Zur Diagnose der Frühgravidität ist es nur zu verwerten, wenn noch mehrere Zeichen der Gravidität vorhanden sind.

Behandlung der Anämia perniciosa mit Leber. Die von Minot nd Murphy angegebene Leberdiät führte bei einer Reihe von Kranken zu einer fortlaufenden und schnellen Besserung des Kräfteustandes sowie des Blutbefundes, die bei spontanen Remissionen icht vorkommt. Der erzielte Erfolg ist jedoch nur symptomatisch, a mit dem Aufgeben der Leberdiät sehr rasch eine Verschlechterung ich einstellt und das charakteristische Zeichen der Biermerschen Krankheit, der erhöhte Färbeindex, trotz Zunahme des Hämoglobinehaltes und der Erythrozytenzahl nur sehr langsam unter der Therapie zurückgeht. Die Aufnahme der erforderlichen Lebermenge bis 500 g pro die) begegnet — besonders in vorgeschrittenen Krankheitsstadien — unüberwindlichen Schwierigkeiten, so daß ieses der Bluttransfusion entschieden überlegene Verfahren nicht urchgeführt werden kann. Daher wurde Leber nach einer besonderen Methode in Pulverform gebracht (Hepatopson, Promonta) nd so das Volumen der therapeutisch notwendigen Menge erheblich verkleinert. Außerdem kann dieses an sich nicht unschmackhafte Leberpulver andern Nahrungsmitteln in sehr geeigneter Weise hinzugefügt werden (Vermischung mit Apfelmus, Verwendung als Brotaufstrich usw.). Mit dieser modifizierten Art er Darreichung von Lebersubstanz wurden bisher günstige Erfolge erzielt.

Pathogenese und Therapie des Röntgenkaters. Neben der Kochsalzverarmung ist eine Reizung des parasympathischen Anteils des vegetativen Nervensystems durch die Bestrahlung für die Entstehung des Katers verantwortlich zu machen. Die Vagusreizung sowie die durch Vagusreiz entstandene Alkalose können durch haben von Afenil beseitigt werden. Weitaus den Vorzug verdient wegen der bequemeren Anwendung und der sicheren Wirkung das Lobelin, das vaguslähmend wirkt. Durch Injektion von Lobelin Stunde nach der Bestrahlung läßt sich — so gut wie immer — as Auftreten der quälenden Folgeerscheinungen verhüten. Nur bei olchen Kranken, bei denen der Röntgenkater sich sehr rasch bemerkbar macht, ist es angebracht, sofort nach der Bestrahlung ie subkutane oder intramuskuläre Lobelininjektion vorzunehmen.

Biberfeld.

Medizinische Klinik.

Nr. 38, 23. September 1927.

Die Bakterien der Paratyphusgruppe. Trotz der Aehnlichkeit er verschiedenen Vertreter dieser Bakteriengruppe bestehen wohl kaum bei einer anderen derartige Mannigfaltigkeiten. Trotzdem ist ie Unterscheidungsmöglichkeit der reinen Saprophytenstämme von en pathogenen Stämmen wohl fast immer in dem Mangel von Indolbildung in den Kulturen von echten Paratyphusbazillen gegeben. Darauf hat P. Schmidt schon 1911 hingewiesen. Weniger leicht ist un schon die Trennung der nur tierpathogenen von den menschenpathogenen Stämmen. Es handelt sich nun um die Klärung des großen wissenschaftlichen Streites über die Frage, ob der von Schottmüller beschriebene Erreger — Bazillus Paratyphi B Schottmüller — oder die gewöhnlich bei Fleischvergiftungen gefundenen Erreger (Bazillus Enteritis Breslau) identisch sind oder höchstens Typen desselben Bakteriums darstellen. Verf. hat nun gefunden, daß trotz gegenteiliger Ansicht der verschiedenen Forscher grundsätzlich an der Einheitlichkeit des Bazillus Paratyphi B festgehalten werden muß. Es stimmt zwar, daß in 70—75 % der Fälle ein beiderseitig abzugrenzendes Bild sich findet; aber wir haben es nach der Meinung von Barth nur mit 2 Typen des gleichen Bakteriums zu tun, so daß er vorschlägt, den einen Bazillus Paratyphi B Schottmüller und den anderen Bazillus Paratyphi B Breslau zu nennen.

Der ableitende Bronchus („bronche de drainage") im Röntgenbild wurde zuerst von Ameuille und Wolf im Jahre 1924 beschrieben. Man versteht darunter einen Bronchus, welcher zu einer im tuberkulösen Lungengewebe entstandenen Kaverne führt; er dient als Weg, das zerfallene Gewebe sowie Exsudation und Eiter aus der Kaverne herauszuschaffen. Intra vitam ist die Diagnose des ableitenden Bronchus wohl nicht anders möglich als durch die Röntgenaufnahme. Bei dieser sieht man 2 vom Hilus zu einem Kavum führende, parallel zu einander verlaufende, deutlich sichtbare Linien, die ein Aufhellungsband begrenzen, welches sich ein kurzes Stück vor der Einmündung in die Kaverne erweitert. Verf. gibt nun die Bilder von 3 Fällen wieder mit dem Zweck, daß mehr als bisher auf den ableitenden Bronchus im Röntgenbild geachtet werde. Es darf ja doch nicht vergessen werden, daß für die Klinik das Vorhandensein eines „bronche de drainage" wichtig werden kann; denn bei der Erkrankung eines Bronchus und tuberkulösem Zerfall besteht die große Gefahr einer rapiden bronchogenen Aussaat in das benachbarte noch gesunde Lungengewebe.

Ueber die Aetiologie der rheumatischen Erkrankungen hat Schmidt bereits vor mehreren Jahren hingewiesen. Drei große Gruppen kommen für die Aetiologie in Frage: die erste wird von den infektiösen Erscheinungsformen gebildet mit dem klassischen Vertreter der Polyarthritis acuta. Diese Gruppe teilen wir in zwei Untergruppen, und zwar in die der typischen Krankheitserreger, wie Tuberkulose, Gonorrhoe, Lues, Typhus, Scharlach, Influenza usw. und die Gruppe, welche von der sogenannten fokalen Infektion gebildet wird, nämlich Tonsillen, Rachen, Nase und Nebenhöhlen, Zähne, Prostata, intestinale und puerperale Prozesse. Die zweite Gruppe ist die sogenannte rheumatische Diathese und die dritte Gruppe endlich, welche in bezug auf die Aetiologie außerordentlich bedeutend ist, wird gebildet durch die Störungen der menschlichen Haut. Block, Pirquet und Verf. haben gewisse, häufig vorhandene pathologische Veränderungen der Hautfunktion bei den verschiedenen rheumatischen Erkrankungen beobachtet; diese Störungen der Hautfunktion äußern sich auf die verschiedenste Art. Schmidt kommt also zu dem Ergebnis, daß die Aetiologie der rheumatischen Erkrankungen nicht dogmatisch auf eine einzige Ursache zurückzuführen ist; keinesfalls darf die einseitige bakteriologische frühere Auffassung akzeptiert werden; denn die rheumatische Diathese, sei sie nun eine kongenitale oder akquirierte Prädisposition, spielt eine mindest so große Rolle.

Wird das Sodbrennen durch Hyperazidität verursacht? Diese Frage wird im allgemeinen bejaht, trotzdem Boas bereits in der 7. Auflage seines Buches über die Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten dem nervösen Sodbrennen eine besondere Stellung einräumt. Jeder praktische Arzt kann Fälle aufweisen, die unter die Neurosen des Magens rubriziert werden und einen anaziden Magensaft haben. Man kann nun, um die Ursachen des Sodbrennens zu prüfen, verschiedene Beweismittel ergreifen, z. B. kann man versuchen, nachzuweisen, ob während des Bestehens des Sodbrennens in der Speiseröhre eine salzsäurehaltige Flüssigkeit nachweisbar ist. Dann müsse man eine Duodenalsonde in die Speiseröhre einführen und vor dem Röntgenschirm kontrollieren, daß die Olive die Kardia nicht passiert und dann aspirieren. Um nun dieses an und für sich sehr langsame Verfahren abzukürzen, ließen Verf. die Olive der Duodenalsonde in den unteren Teil der Speiseröhre gleiten und 2—4 Querfinger oberhalb der Kardia wurde dann von oben her Salzsäure eingespritzt und gefunden, daß die intraösophageale Applizierung von Salzsäure nicht unbedingt Sodbrennen verursachen muß. Ferner haben sie festgestellt, daß in jenen Fällen, bei welchen nach Salzsäure Pyrosis auftritt, sich dieselbe mit der gleichen oder noch größeren Intensität, auch nach Applizierung von n/20 NaOH oder gar Leitungswasser manifestiert. Aus diesen beiden Feststellungen geht hervor, daß das Gefühl der Pyrosis nicht an den Salzsäuregehalt des Magensaftes gebunden ist.

Hofbauer, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 41, 7. Oktober 1927.

Ueber das Wesen der unspezifischen Therapie. Man hat es bei den Erscheinungen der sogenannten unspezifischen Therapie mit einem Symptomenkomplex von ganz chrakteristischem Gepräge zu tun, der nur insofern unspezifisch ist, als er durch die verschiedensten Agentien, darunter auch durch Spezifitätsreaktionen ausgelöst wird, dem ferner vor allem eine Doppelphasigkeit seiner einzelnen Symptome eigentümlich ist und der nicht nur therapeutische Effekte, sondern auch sogenannte pathologische Zustände umfaßt. Da gewisse physiologische Zustände, wie die Regeneration, das Wachstum in gewisser Beziehung analoge Erscheinungen aufweisen, weshalb sie auch schon als physiologische Entzündung bezeichnet worden sind, so darf man geradezu von einem bestimmten physiologischen Funktionszustand des Organismus sprechen. Seine Erforschung wird für die Kenntnisse von Krankheit und Heilung sicher von allergrößter Bedeutung sein, ganz gleichgültig, ob dabei für die praktische Brauchbarkeit der unspezifischen Therapie viel mehr als bisher herauskommen wird. Aber man wird die Hoffnung in dieser Beziehung nicht aufgeben, schon im Hinblick auf die allerletzten Erfolge der Malariabehandlung der Metalues und der unspezifischen Desensibilisierung der allergischen Zustände.

Proteinkörpertherapie bei Haut- und Geschlechtskrankheiten. Die Reizkörpertherapie entfaltet nach den Versuchen des Verfassers keine sehr große Wirkung auf Entzündungsherde an der Haut und bleibt hinter der therapeutischen Wirkung lokaler Behandlung besonders mit feuchten Verbänden und heißen Packungen weit zurück. Ausgesprochene Herdreaktionen scheinen nach Proteinkörperinjektionen wesentlich durch Provokation auf die Krankheitserreger zustande zukommen. Dem Tuberkulin kommt mindestens in qauntitativer Hinsicht eine spezifische Wirkung bei Tuberkulösen zu, während Gonokokkenvakzine und Staphylokokkenvakzine nur als unspezifische Reizkörper zu betrachten sind.

Ueber die dysoxydative Karbonurie bei Krebskranken. Unbeschadet, daß ein elektiver Eiweißzerfall beim Karzinom nicht existiert, zeigt sich, wenn eine Stoffwechselstörung am Eiweiß vorhanden ist, diese in der Vermehrung der N-Ausfuhr durch den Harn. Die Störung im Fettstoffwechsel dokumentiert sich durch das Auftreten von Azeton im Urin. Die beim Krebskranken vorhandene dysoxydative Karbonurie ist das Zeichen für die unvollständige Zuckeroxydation. Sie hängt nicht mit der Blutglykolyse zusammen. Die Krebskranken zeigen eine hohe Zuckertoleranz in dem Sinne, daß es schwer zur Glykosurie kommt; aber eine Steigerung des Quotienten C : N wird leicht herbeigeführt durch Zuckergaben. Die Störung im Kohlehydratstoffwechsel scheint beim Krebskranken eine zentrale Stellung in der gesamten Stoffwechselstörung einzunehmen.

Ergibt die Leukozytenschätzung aus dem Blutausstrich und dem dicken Tropfen praktische Ergebnisse für die Klinik? Vorbedingung jeder sicheren Leukozytenschätzung unter der angegebenen Methode ist eine gute, gleichmäßige Technik des Blutausstriches und des dicken Tropfens, sowie eine große Uebung in der mikroskopischen Untersuchung. Wenn diese Vorbedingungen erfüllt sind, so ergibt sich aus den Untersuchungen des Verfassers und denen Ockels, daß die Schätzung der Leukozytenzahlen aus dem Ausstrich und dem dicken Tropfen für praktisch klinische Zwecke vollkommen ausreicht und der Kammerzählung im ganzen mindestens gleichwertige Resultate ergibt. Als Vorteil sieht Verfasser die erforderliche stete Mitberücksichtigung des Differentialblutbildes an, die vorkommende Verschätzungen praktisch fast immer bedeutungslos machen wird. Eine Ausnahme bilden lediglich Fälle mit erheblicher Anämie mit einem Hämoglobinprozentgehalt unter 40% und sehr starker Leukozytenvermehrung (über 25 000). Hier werden die Schätzungswerte unzuverlässig und bedürfen einer Kontrolle durch die Kammer, wo der Gesamtzahl praktisch eine wesentliche Bedeutung bei der Auswertung des Befundes zukommt. Der Vorwurf, daß die Hämogrammethode nach Schilling die Leukozytengesamtzahl zu wenig berücksichtige, erscheint somit unzutreffend.

Die Beeinflussung arteriosklerotischer Beschwerden durch Theominal. Selbst jahrelange Theominalgaben heben die Wirkung nicht auf, es tritt weder eine kumulative Wirkung ein, noch treten irgendwelche Neben- oder Vergiftungserscheinungen auf. Der Blutdruck wird nicht beeinflußt, wie auch von anderer Seite (Heimann-Hatry) festgestellt wurde. Selbstverständlich werden körperliche und seelische Schonung und Einhalten einer entsprechenden Diät durch Theominal nicht überflüssig gemacht.

Zur Synthalinbehandlung des Diabetes mellitus. Synthalin hat eine nicht immer gleich ausgesprochene antiglykosurische sowie antiketogene Wirkung auf den diabetischen Organismus; sein Einfluß auf die Hyperglykämie ist geringer als auf Glykosurie (Wirkung auf die Niere?). Glukoseäquivalent ist im Mittleren 0,7 bis 0,8 g Saccharum. Die Empfindlichkeit gegen das Präparat ist individuell verschieden. Nebenerscheinungen treten oft auf, darum ist eine strenge Durchführung der von Frank, Nothmann und Wagner angegebenen Richtlinien nicht immer möglich. Bei guter Verträglichkeit ist das Synthalin ein Mittel zur klinischen und poliklinischen Behandlung des leichten und mittelschweren Diabetes, welches Aufmerksamkeit verdient.

Arnold Hirsch, Berlin.

Archiv für Soziale Hygiene und Dermographie.

2., 6. Heft, 1927.

Die Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit. Ein außerordentlich interessanter Artikel, der für ein kurzes Referat leider nicht geeignet ist.

Kriegsjugend und Hungerfolgen. Verfasser weist nach, daß nur bei einer kleinen Gruppe von Jugendlichen die Ernährungsnot zu dauernden Folgen geführt hat, aber auch in diesem Falle liegt zu eugenischen Befürchtungen keine Veranlassung vor. Die Abhandlung die an Hand umfangreichen Literaturmaterials verfasst worden ist ist auch vom konstitution-konditionellen Standpunkte aus sehr lesenswert.

Ist Malaria ein Keimgift? Verfasser weist nach, daß die Literaturangaben über die Veränderungen der Geschlechtsdrüsen infolge Malaria sehr unvollkommen und widersprechend sind, und daß man auf Grund dieser Angaben wie bisher zu keinem definitiven Schluß gelangen könne, ob die Malaria ein Keimgift sei.

M. Kantorowicz.

Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter.

2., 6. Heft, September 1927.

Die Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestelle als Mittelpunkt sozial-hygienischer Fürsorge. Verfasser nimmt Stellung zum Kampfe um die Fürsorgestellen und weist nach, daß die gesunde Aufzucht des Kindes auf keine andere Weise möglich ist. Die Fürsorgestelle erfüllt unter der ärmeren Bevölkerung die Funktionen, die der Hausarzt bei den wohlhabenderen Schichten ausübt. Wenn auch hierüber unter der freien Aerzteschaft keine Meinungsverschiedenheit besteht, so ist doch die Trennung der Beratung und Behandlung ohne Verminderung der Autorität der Fürsorgestellen unmöglich. „Die Freiheit des ärztlichen Berufes ist zweifellos bedroht! Immer kehrt die Behauptung wieder, daß der auf freien Erwerb eingestellte Aerzteverband sich nicht ganz in den Dienst der Volksgesundheit stelle, ja nicht stellen könne. Wenn die Kämpfe der Aerzteschaft um Einengung des Fürsorgewesens Erfolg haben sollen, wenn dann die notwendig folgende Verkümmerung des Fürsorgewesens eingetreten ist, so haben alle jene Mächte, die die Sozialisierung des Aerztestandes erstreben, eine neue mächtige Waffe erhalten — aus der Hand des freien Aerztestandes."

M. Kantorowicz.

Deutsches Archiv für klinische Medizin.

156., Heft 3/4, August 1927.

Wie weit ist der genuine arterielle Hochdruck anatomisch bedingt? Das Fehlen eines gesetzmäßigen Verhaltens zwischen der chwere der arteriolosklerotischen Veränderungen in den Nieren nd anderen Organen, dem Grad der Herzhypertrophie und der Höhe der Hypertonie beweist, daß die arteriolosklieriotische Gefäßrkrankung nicht die Ursache, sondern nur die Folge oder eine Begleiterscheinung länger bestehenden Hochdrucks sein kann. Das Primäre ist der funktionell erhöhte Blutdruck, erhöht vielleicht durch ine aus unbekannten Gründen erfolgende Vasomotorenreizung. Eine Hypertonie mit sekundärer Arteriolosklerose kann außer durch rimäre Nierenerkrankung durch Störung der Drüsen mit innerer ekretion ausgelöst werden. (Morbus Basedow.) Die Frage, warum die als Begleiterscheinung der essentiellen Hypertonie sich instellende Arteriolosklerose vorwiegend die Arteriolen des Splanchikusgebietes befällt, (Niere, Milz, Pankreas, seltener Leber, Magen nd Darm) ist unentschieden. In allen Fällen von länger dauernder Hypertonie mit ausgeprägter Arteriolosklerose der vom Splanchikus versorgten Gefäßgebiete erweisen sich auch die Präarteriolen owie kleine und größere Arterien des Gehirnstammes als arteroklerotisch verändert. Der Typ der Erkrankung der Gehirngefäße st jedoch verschieden von dem der Sklerose in den anderen Gefäßbschnitten, indem besonders schwere Formen vorwiegen und die Media am Erkrankungsprozeß stark mitbeteiligt ist. In der Medulla blongata finden sich niemals anatomische Veränderungen, die auf ine schlechte Durchblutung schließen lassen, insbesondere erscheint as Kreislaufzentrum bei der essentiellen Hypertonie morphologisch ntakt. Ein Vergleich der anatomischen Bilder mit den Ergebnissen er klinischen Untersuchung lehrt, daß der genuine Hochdruck erst ei stark ausgeprägter Arteriolosklerose der Nieren zu einem auernden wird. Die Blutdruckkurve wird beim Fortschreiten der Erkrankung renal fixiert und steigt mit der Entwicklung der enalen Insuffizienz. Die Herzhypertrophie ist fast nur bei den nit Nierenarteriolosklerose einhergehenden Fällen von essentieller Hypertonie deutlich ausgeprägt.

Behandlung unregelmäßiger Herztätigkeit mit Chinidin. In twa 25% der Fälle gelingt es, durch Chinidin die Arrhythmia erpetua wenigstens für einige Monate zu beseitigen. Es ist jedoch nbedingt davon abzuraten, dieses Chinaalkaloid in Fällen zu geben, ei denen durch Digitalis keine Kompensation zu erzielen ist, da ieses Mittel zu einer wesentlichen Verschlimmerung des Herzeidens, zu Embolie, selbst zu plötzlichem Herztod führen kann. eder Chinidinbehandlung hat eine Digitalis- oder Scillakur voranugehen. Die mit Chinidin behandelten Kranken müssen strenge Bettruhe einhalten und dauernd beobachtet werden, um beim Aufreten von Nebenerscheinungen sofort das Mittel aussetzen zu önnen. Sofort nach eingetretener Regularisierung der Herztätigeit ist die Ueberleitungszeit mit Hilfe des E. K. G. zu bestimmen. Bei starker Verlängerung des P. R. Intervalls kann Chinidin nicht weiter verabfolgt werden. Zur Erkennung einer etwa vorhandenen Ueberempfindlichkeit ist vor der Chinidinkur eine Probedosis von 0,2 g zu geben. Dann sind täglich 3 mal 0,4 g darzureichen. Die ur Erzielung einer regelmäßigen Schlagfolge erforderlichen Mengen sind individuell sehr verschieden (3,8 bis 9,6 g). Die Gesamtdosis von 12 g darf nicht überschritten werden. Für die allgemeine Praxis ist die Chinidinbehandlung des Vorhofflimmerns wegen der großen Gefahren nicht zu empfehlen.

Coma diabeticum und Insulin. Aus praktischen Gründen ist es zweckmäßig, als Koma nur solche Fälle zu bezeichnen, die völlig bewußtlos sind, während Kranke, die auf Fragen noch antworten können — trotz Benommenheit und großer Atmung als „Präkoma" zu gelten haben. Denn mit dem Eintritt der Bewußtlosigkeit verschlechtert sich die Prognose trotz Insulinbehandlung außerordentlich. Während das Präkoma — selbst nach tagelangem Bestehen — immer durch Insulin zu beseitigen ist, können bei vollentwickeltem Koma nur etwa ¼ der Fälle gerettet werden. Besonders verhängnisvoll scheint der rasche Eintritt der Bewußtlosigkeit nach kurzem präkomatösem Stadium zu sein. In einigen Fällen von echtem Koma bildete sich 3 bis 4 Tage nach Ueberstehen des Komas ein urämischer Zustand heraus (vorübergehende Anurie, Anstieg von Blutdruck und R. V., Auftreten motorischer Reizerscheinungen) und der Tod erfolgte durch funktionelle Nierenschädigung.

Biberfeld.

Zeitschrift für Tuberkulose.

48., Heft 7.

Wohnung und Tuberkulose. Ungesunde und übervölkerte Wohnungen sind geeignet, die Zahl der Tuberkulösen zu vermehren und zwar, indem sie zu krankmachenden Erst- und Neuansteckungen Veranlassung geben, indem sie ferner bestehende Krankheiten verschlimmern, indem sie endlich durch Resistenzminderung Tuberkuloseinfizierte, aber Gesunde tuberkulosekrank machen können. In erster Linie sind zu berücksichtigen die offenen Tuberkulösen, welche in übervölkerten Wohnungen leben. Für sie sind zu fordern: 20 cbm Wohnraum für jedes Familienmitglied; eigner Schlafraum für den Kranken, möglichst mit Loggia; getrennte Schlafräume für erwachsene Angehörige verschiedenen Geschlechtes, Küche darf nicht Schlafraum sein; eigenes Klosett, Bad, Keller, keine reine Nordlage; keine Untermieter; erwünscht ist Einfamilienhaus, oder wenigstens bequeme Gelegenheit ins Freie zu kommen. Wenn keine Einfamilienhäuser gebaut werden können, so sind Häuser zu schaffen, in denen nur tuberkulöse Familien wohnen. Wenn die Miete von der Familie des Kranken nicht aufgebracht werden kann, liegt die Gewährung eines Mietzuschusses im dringenden Interesse der Versicherungsträger. — In zweiter Linie sind zu berücksichtigen geschlossene Tuberkulöse, welche in übervölkerten, ungesunden Wohnungen leben. Die Forderungen sind dieselben wie bei den Offentuberkulösen, doch braucht der Kranke keinen eigenen Schlafraum zu haben. Auch hier liegt ebenfalls die Gewährung von Mietzuschuß im Interesse der Versicherungsträger. — An dritter Stelle ist die in übervölkerten oder sonst ungesunden Wohnungen lebende gesunde Bevölkerung zu berücksichtigen. Hier genügen die Forderungen von A. Fischer, d. h. insbes. für jedes Kind 10 cbm Wohnraum.

Bisherige Erfahrungen auf dem Gebiete der Wohnungsfürsorge für Tuberkulöse. Eine persönliche Vertretung der Fürsorgestelle im Wohnungsausschuß ist das wirksamste Mittel, um einen maßgebenden Einfluß auf die Wohnungszuteilung für Tuberkulöse zu gewinnen. Ausreichende, zweckmäßig gebaute Wohnungen, die den hygienischen Anforderungen entsprechen, sind nötig. Es empfehlen sich in die übrige Bebauung eingesprengte Mietwohnungen oder Einzelhäuser, für Kleinstädte evtl. noch dicht bei der Stadt liegende Siedlungen. Die Mietverträge müssen der Fürsorgestelle maßgebenden Einfluß auf die richtige Benutzung der Wohnung sichern und die Möglichkeit geben, bei Nichtbefolgung der Anordnung oder Tod des Kranken die Wohnung frei zu bekommen. Die Mieten sollen grundsätzlich nie höher sein, als die alten Mieten, besser etwa 20% niedriger. Mietzuschüsse sollen nur in Ausnahmefällen und dann nur auf Antrag gewährt werden.

Zwerg, Dresden.

(Der ausführliche Bericht über die Salzbrunner Tuberkulosetagungen findet sich in den Fortschr. d. Med. Nr. 26, 1927.)

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

110., Heft 2.

Der Parkinsonismus nach Encephalitis epidemica im Rorschachschen Formdeuteversuch. Hans Veit.
Psychiatrische Sozialarbeit in den Vereinigten Staaten von Amerika. Grete Frankenstein.

Psychotherapie auf behaviouristischer Basis. Die behaviouristische Schule bezeichnet als alleinigen Gegenstand der Psychologie die Gebarung des Menschen, die Art seines Auftretens, die Eigentümlichkeiten seines Benehmens in gewissen Situationen bei gewissen Konflikten. Diese Phänomene empfiehlt Verfasser der Therapie nutzbar zu machen. Dem Pat. soll eine Richtschnur des Handelns gegeben werden. Sie soll Anpassung an das Benehmen eines gesunden Individuums, Nachahmung seiner Handlungsweise sein. Es ist im wesentlichen eine schauspielerische Leistung, die den Neurotikern, denn solche Pat. kommen hier nur in Frage, zugemutet wird. Es muß erreicht werden, daß das „Spiel", das hier begonnen wird, zur Gewohnheit, zur zweiten Natur wird. Der Neurotiker soll das ihm am Vorbild gezeichnete gesunde Individuum in jeder Situation spielen. Der Arzt muß hier schöpferisch als Dramaturg wirken. Feststellungen neuer Forschungen, die sich auf die verzweigten Zusammenhänge zwischen den Bewegungen einzelner Organe und der Haltung oder den Bewegungen anderer beziehen, die Lehren von den bedingten Reflexen (Pawlowsche Schule) sind eine wichtige theoretische Stütze für das vorgeschlagene Verfahren. Das Verfahren berührt auch die Vaihingersche „Als-ob-Lehre" (Notwendigkeit der Fiktion in der Denkarbeit als Mittel zur Beherrschung der Wirklichkeit). Es genügt in den meisten Fällen, Pat. nur Andeutungen wie „Spielen Sie den gesunden, schmerzfreien Menschen", „Stellen Sie sich gesund" zu geben, ohne ihnen dabei ein Musterindividuum vorzaubern zu müssen. Verfasser verlangt von Pat. nicht, wie bei der Coué-Baudouinschen Methode, Glauben, sondern Tat. Bestrebungen Adlers oder Kronfelds (Erziehung des Pat.) haben mit der Methode Berührungspunkte. Wie bei jeder Psychotherapie lassen sich auch hier die Wurzeln weit im Alltagsleben verfolgen (Turnübungen nach dem Früherwachen, um in „Zug zu kommen"). Verfasser hat in erster Linie Versuche bei jenen hypochondrisch gefärbten Formen der Neurasthenie gemacht, die mit Störungen des Gemeingefühls verbunden sind. Bei einigen geeigneten Fällen erzielte er befriedigende Erfolge. Zwei solcher Fälle schildert er. Auch in gewissen Fällen von Stottern und sexuellen Störungen leistete es gute Dienste. Auch bei Fällen von leichten Depressionen wurde es erfolgreich angewandt. Das Verfahren ist ungeeignet bei Pat., denen es an Einbildungsvermögen fehlt oder deren Leiden zum großen Teil auf organischer Grundlage (Enzephalitis) beruhen. Pat., denen das Lebensinteresse nur ihre Krankheit verleiht, bieten für jede Psychotherapie große Schwierigkeiten. Das „Den Gesunden Spielen" liefert ihnen aber mehr als andere Methoden den Ersatz für entgehende Spannungen des Krankheitszustandes.

Ueber neuere und neueste Errungenschaften der Aphasieforschung. Der Aufstieg der Aphasieforschung in den letzten 25 Jahren, welcher aus dem Boden klinisch-anatomischer Forschung unabhängig seine Nahrung gezogen, gipfelt nach Ansicht des Verfassers in der Festlegung der beiden folgenden Tatsachen: 1. Die symptomgebenden Aphasiefozi sind identisch mit Läsionen der zentralen Sinnessphären der linken Großhirnhälfte, und zwar entspricht das kortikale Korrelat des Wortklangbildes der Hörsphäre, des optischen Wortbildes der Sehsphäre, des kinästhetischen dem unteren Drittel der Zentralwindungen. 2. Die aphasischen Symptome beruhen auf Assoziationsstörungen; diese können aber nicht als Unterbrechungen anatomischer Assoziationsbahnen gedeutet werden, sondern sind ausschließlich funktioneller Natur. Sie sind leicht aus der funktionellen Ueberwertigkeit in der Bahnung der linken Hemisphäre zu verstehen, welche bei den Aphasien bekanntlich konstant erkrankt gefunden wird. Die über der anatomischen Verbindung zwischen Hörsphäre und sprachlichem Motorium sich abspielende Assoziation entspricht einem Reflexvorgang. Die erstaunliche Einfachheit einer solchen Anschauungsweise darf nicht abschrecken und nicht davon zurückhalten, ihre Bedeutung auch für das hirnphysiologische Wissen von den materiellen Grundlagen unserer psychischen Vorgänge in vollem Umfang zu erkennen.

Beitrag zur Nosologie epileptischer Anfälle. Verfasser berichtet von einem Kranken, der seit 16 Jahren an epileptischen Anfällen leidet, die auf Luminal reagieren und sich dadurch auszeichnen, daß sie nicht nur spontan auftreten, sondern auch durch bestimmte Affektwirkungen, in erster Linie Lachen, provoziert werden können. Keine Ursache in organischen Veränderungen des Zentralnervensystems. Einige als Degenerationsmerkmale anzusprechende Abweichungen bei Patienten und dessen Familie. Keine Hinweise auf charakteristischen somatischen Konstitutionstypus mit endokriner Stigmatisierung. Bei dem Versuch, diesen Fall unter die Gruppen von Fällen, die zu dem erwähnten Fall Beziehungen haben, einzuordnen, wurde kein einziger Fall gefunden, der sich genau mit diesem deckte. Es zieht sich eine Reihe von in sich abgegrenzten, aber doch einander teilweise überschneidenden Krankheitsbildern vo[n] der „genuinen Narkolepsie" hin zur „genuinen Epilepsie", Gliede[r] der Reihe: 1. Narkolepsie (Hauptsymptom: Schlafzustände, Neben[-] symptom: Affektiver Tonusverlust). 2. Oppenheims Lachschla[g] (affektiver Tonusverlust und kurze oder völlige Bewußtlosigkeit bei[m] Lachen). 3. Kalischers Fall (12. VII. 26, epileptiforme Anfälle, aus[-] schließlich durch starkes Lachen ausgelöst). 4. Erwähnter Fall, de[r] zur fünften „genuinen", „echten" Epilepsie hinüberleitet. In de[r] Literatur abgesplitterte Fälle nebenbei als Verbindungsglieder de[r] größeren Gruppen. Im Ueberblick ist möglich, schrittweise übe[r] nosologische benachbarte Symptomengruppen hinweg von der eine[n] Krankheitseinheit zu der anderen zu gelangen, die im Einzelfall mi[t] der Ausgangsgruppe nichts oder fast nichts gemeinsam hat. All[e] Gruppen von der echten Narkolepsie bis zu einigen Fällen von echte[r] Epilepsie sind miteinander verbunden durch die gemeinsame Bedeu[-] tung von Vorgängen, die sich in den zentralen grauen Massen ab[-] spielen (Schlaf, Affektkorrelate).

Gewerbliche Sensibilitätslähmungen des Trigeminus (zu[r] Chlorylen-[Trichloräthylen-]Therapie der Trigeminusneuralgie). Au[f] Grund Plessners Mitteilung im Jahre 1915 über elektive Sensibili[-] tätsstörungen des Nervus trigeminus durch Vergiftung mit Trichlor[-] äthylen regte Oppenheim die Behandlung der Trigeminusneuralgi[e] mittels Inhalation dieses Mittels an. Von den 5 damals erkrankte[n] Fällen sind alle bis auf einen im Laufe von 2 Jahren plötzlich ge[-] storben (zweimal „Schlaganfall", einmal „Blutvergiftung", einma[l] Beinvereiterung). Nachforschungen haben weiter einwandfrei er[-] geben, daß es sich bei Plessners und zwei vom Verfasser in vor[-] liegender Arbeit veröffentlichten Fällen um völlig identische Krank[-] heitsbilder handelt und daß in prognostischer Hinsicht die Schädi[-] gung des sensiblen Trigeminus nicht rückbildungsfähig ist. Der Pro[-] zeß darf in allen Fällen analog der häufigsten Form der tabische[n] Trigeminuserkrankung wohl nach seinen Symptomen an der spinale[n] Quintuswurzel zu lokalisieren sein. (Auffallend hochgradige Lage[-] gefühlsstörung, Zahnausfall, hauptsächlich Schmerzlähmung.) Au[f] Grund angestellter Erwägungen und Untersuchungen scheinen Ver[-] fasser nur narkotische Eigenschaften des Trichloräthylens die einzi[g] befriedigende Erklärungsmöglichkeit für die überhaupt erzielten Er[-] folge der Chlorylentherapie abzugeben. Die bisherigen theoretische[n] Grundlagen sind als durchaus fraglich zu bezeichnen, nachdem be[-] reits therapeutische und experimentelle Ergebnisse zu großen Zwei[-] feln berechtigten. Lediglich eine Identität der Noxen glaubt Ver[-] fasser bei der völligen symptomatologischen Uebereinstimmung seiner erwähnten Fälle mit denen Plessners zweifellos annehmen zu können. Wenn er auch Di-, Tri- und Tetrachloräthylen woh[l] sicher ausschließen kann, hält er doch das gleichzeitige Vorkommen von Chlorsalzen und Verbindungen der ungesättigten Kohlenwasser[-] stoffreihe bei den chemischen Vorgängen beider Erkrankungsfäll[e] für einen Hinweis, das wirksame Moment in dem Zusammentreffen dieser beiden chemischen Gruppen suchen zu müssen. Welcher chemische Prozeß aber tatsächlich Ursache war, bleibt unklar.

Ueber das Verhalten des vestibulären Nystagmus bei Augenmuskellähmungen. Verfasser hat den Versuch unternommen, den vestibulären Nystagmus allein aus der langsamen Komponente heraus zu erklären, wobei Fälle von Nystagmus bei Augenmuskellähmungen den Anstoß gaben. Der vestibuläre Nystagmus ist wohl, da zu seinem Zustandekommen der die langsame Phase verursachende Muskel ausreicht, als die Funktion dieses (einzelnen) Muskels aufzufassen. Da der Muskel, der die langsame Phase bewirkt, zur Erzeugung des Nystagmus unumgänglich notwendig ist, kann beim völligen Ausfall dieses Muskels vestibulärer Nystagmus in der Blickrichtung des intakten Antagonisten primär nicht auftreten; es kann hierbei unter Umständen zu einem vikariierenden Nystagmus kommen, falls es sich um eine neuritische Lähmung handelt. Ist die Lähmung nukleär bedingt, so fehlt der vikariierende Nystagmus. Auf diese Weise wäre die Möglichkeit eines weiteren topischen Merkmals gegeben, um den Sitz einer Augenmuskelläsion festzustellen.

Ueber psychomotorische Störungen, insbesondere Pseudospontanbewegungen bei Tabes dorsalis. Bei einer Reihe von Tabesfällen finden sich psychomotorische Hyperkinesen in Form von Pseudospontanbewegungen, einfachen Gliederbewegungen, Ausdrucksbewegungen und kurzschlüssigen Zweckbewegungen. Zuweilen Kombinationen mit tic- oder klonusartigen Bewegungen des Gesichtes oder mit einem Tremor des Kopfes und der Extremitäten. Die fließenden Uebergänge zwischen den mannigfaltigen hyperkinetischen Erscheinungen und die dadurch bedingten Mischformen lassen eine Gruppeneinteilung unzweckmäßig erscheinen. Abhängigkeit der Hyperkinesen von der statischen Ataxie oder den Störungen des Tonus und der Sensibilität liegen in vom Verfasser angeführten Fällen nicht vor. Bei den durch statische Ataxie bedingten athetotischen Bewegungen (Hirschberg, Foerster) und den choreatischen Spontanbewegungen bei Extremitätenkrisen (Foerster) handelt es sich

andersartige Störungen, deren Abgrenzung gegenüber den in ser Arbeit beschriebenen Hyperkinesen in den meisten Fällen glich sein dürfte. Gelegentliche Kombination verschiedener sachen für das Zustandekommen der Erscheinungen nicht aus-schlossen. Ein zur Autopsie gekommener Fall zeigte außer ischen Rückenmarksveränderungen doppelseitige Putamenherde. n wird unter Berücksichtigung zahlreicher analoger Befunde eist) die Hyperkinesen auch bei der Tabes (ausgenommen Hirsch-g-Foerster, Typus und Extremitätenkrisenfälle) ganz allgemein auf sprechende Schädigungen der Stammganglien zurückführen nen. Daß in der Mehrzahl der Fälle die Hyperkinesen in ganz timmten, oft den physiologischen Bewegungsformen sich ernden Typen auftreten, findet offenbar in dem nur leichten Grade Schädigung seine Erklärung. Läsionen Folge einer syphilitischen äßschädigung oder toxischen Prozesses. Vorerst eine sichere scheidung nach einer Seite nicht möglich.

Lachen als erstes Symptom eines apoplektischen Insultes. In ei geschilderten Fällen hält Verfasser zweifellos in der Hirn-stanz beim Schlaganfall sich abspielende pathologische Gescheh-se für die Ursache eines zwangsmäßig auftretenden Lachens. Eine störung evtl. Irritation der Bahnen bzw. Zentren (Stirnhirn, derer Schenkel der inneren Kapsel, Thalamus opticus, Regio thalamica, Pons, Fazialiskern) an irgendeiner Stelle, besonders nn doppelseitig, muß die hiervon fugalwärts gelegenen Zentren l die anderen zur Verfügung bleibenden Bahnen unter veränderte siologische Bedingungen setzen (enthemmen?). In einem der den Fälle ergab die Autopsie: Schädigung der angeführten Bahnen mehreren Stellen. Gerade die durch verschiedene Insulte hervor-ufene Konstellation mehrerer Herde in diesem Fall hat das angslachen wahrscheinlich entstehen lassen. Bei dem anderen l könnte man auch dem klinischen Bild einen einzigen linksseitigen rd sapponieren, der wahrscheinlich zwischen linker Insel und lamus opticus zu lokalisieren gewesen wäre, aber ihm fehlt die weiskraft des autoptischen Befundes.

Hans Knospe, Berlin.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

36., Heft 4/5, September 1927.

Zur Behandlung der Bronchopneumonie im Säuglingsalter. sentliche Herabsetzung der Mortalität der Säuglingsbroncho-umonien, seitdem der Verfasser seine Fälle nicht mehr in dem her üblichen öden Schematismus mit hydropathischen Prozeduren l fortlaufenden Kampherinjektionen quält, sondern sie einer Frei-behandlung unterzieht. Bei den kardialen und atonischen men (Nassau) leisten intramuskuläre hypertonische Trauben-kerinfusionen zur Hebung von Muskel- und Herzschwäche Gutes.

Jahr.

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

117., der dritten Folge, 67., Heft 3/4, September 1927.

Untersuchungen über die Freilufteinwirkungen auf den Säugling. iluft wirkt beim Säugling schlafverlängernd und schlafvertiefend. szahl und Atemfrequenz werden herabgesetzt. Hoher Luft-chtigkeitsgehalt erhöht die Schlafdauer besonders in den kühlen resmonaten, während feuchte warme Luft die Schlaftiefe herab-zt.

Ueber die biologische Sonderstellung der Scharlachstreptokokken. Die wegen ihres Umfanges zu einem kurzen Referat nicht geeignete Arbeit erkennt die hohe aetiologische Bedeutung der Streptokokken für den Scharlach an.

Jahr.

Zeitschrift für orthopädische Chirurgie einschließlich der Heilgymnastik und Massage.

48., 3. Heft.

Die Arthritis deformans des Großzehengrundgelenkes als selbständiges Krankheitsbild. Es gibt eine primäre Arthritis deformans des Großzehengrundgelenks, die oft schon im jugendlichen Alter beginnt und zur völligen Versteifung des Gelenks führt, ohne daß sich andere Erkrankungen des Fußes hinzugesellen müssen. Es können aber infolge der Arthritis deformans andere Fußdeformitäten mit großer Wahrscheinlichkeit auftreten. Ebenso kann eine Arthritis deformans des Großzehengrundgelenks sekundär infolge falscher statischer Belastung erworben werden. Hinsichtlich der Aetiologie kann eine einheitliche Ursache nicht festgelegt werden. Konstitution und Anpassungsfähigkeit an den erworbenen aufrechten Gang scheinen wesentlich mitverantwortlich für die Entstehung des Leidens zu sein. Als Therapie wird bei der Neigung der Erkrankung zum Fortschreiten besonders bei jugendlichen Fällen die Operation empfohlen.

Epileptiforme Krämpfe nach einfachen, nicht operativen orthopädischen Eingriffen. Mitteilung von drei Fällen, in welchen bei der Beseitigung von Kontrakturen im Hüft- und Kniegelenk mittels Extension, Spreizen und Quengeln epileptiforme Krämpfe aufgetreten sind, deren Prognose eine recht gute ist.

Beitrag zur Volkmannschen Sprunggelenksmißbildung. Das gleichzeitige Vorkommen von Volkmannscher Sprunggelenksmißbildung bei zwei Brüdern, von denen der eine einen partiellen Fibuladefekt, der andere lediglich eine Rückwärts- und Aufwärtsverlagerung des Malleolus externus aufweist, zeigt, daß beide Gruppen nur verschiedene Grade derselben Keimschädigung darstellen im Sinne einer Hemmungsmißbildung, genetisch zusammengehören und daher mit Recht beide dem Bilde der Volkmannschen Sprunggelenksmißbildung zugerechnet werden. Therapeutisch ist in leichten und mittleren Fällen beider Gruppen die Osteotomie des Calcaneus mit medialer Verschiebung des unteren Fragments die Methode der Wahl. In hochgradigen Fällen, insbesondere mit partiellen Fibuladefekt wird man u. U. zur Arthrodese des Sprunggelenkes greifen müssen. Vor der Keilosteotomie der Tibia wird in älteren Fällen dringend gewarnt wegen der Gefahr einer Pseudarthrose.

Zur Frage der Wirbelkörperkompression durch Tetanus. Kompressionsfraktur des vierten bis sechsten Brustwirbels durch Tetanus bei einem 15jährigen Mädchen. Zu erklären sind die Frakturen rein mechanisch durch Muskelzug. Eine spezifische Erkrankung des Knochens ist zum Zustandekommen der Kompression nicht nötig.

Stimming.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 41, 8. Oktober 1927.

Zur Frage über die Ursachen der Eileiterschwangerschaft. Während sich in letzter Zeit die Stimmen gemehrt haben, die als vorzügliche Ursache der ektopischen Eieinnistung kongenitale Fehlbildungen ansprechen, gelang dem Verf. an 100 Fällen von Tubenschwangerschaft der Nachweis von Plasmazellen, die in 62% der Fälle sogar sehr reichlich vorhanden waren. Daneben fanden sich gewöhnlich aber auch noch andere krankhafte Veränderungen, die als Folgezustand einer durchgemachten Entzündung der Tubenschleimhaut gedeutet werden müssen. Demnach scheint doch wohl der Schluß berechtigt, daß als Ursache für die Eileiterschwangerschaft fast ausschließlich, jedenfalls in erster Linie entzündliche Veränderungen in der Tubenwand in Betracht kommen, angeborene Veränderungen und Fehlbildungen dagegen in Ausnahmefällen.

Schwab, Hamburg.

Dermatologische Wochenschrift.

85., Nr. 41, 8. Oktober 1927.

Ueber einen Fall von rezidivierendem großknotigem Erythema exsudativum multiforme mit atypischer Lokalisation. Julius Samek.
Neuere Anschauungen über Haut- und Tiefensensibilität. W. Schmitt.
* Beiträge zur Aetiologie und Behandlung des seborrhoischen Kopfhaarausfalls. Josef Sellei.
* Die Folge des neurotropen syphilitischen Virus. E. M. Lewin.

Beiträge zur Aetiologie und Behandlung des seborrhoischen Kopfhaarausfall. Die Seborrhoe ist ein mit erhöhter und verändeter Funktion der Talgdrüsen einhergehender Symptomenkomplex, dem sich Keratinisationsstörungen anschließen. Der auf dem seborrhoischen Symptomenkomplex zurückzuführende Haarausfall beruht auf Dysfunktion der Talgdrüsen, Störung der Keratinisation, Ernährungsstörungen der Haarpapillen. Dementsprechend muß die Behandlung eine äußere und innere sein. Die Dysfunktion der Drüsen wird durch Iontophorese mit Ammoniak- und Chininlösung beseitigt, womit auch die normale Keratinisation in Bewegung gesetzt wird. Diese Methode muß sehr lange fortgesetzt und bei sehr trockenem Haar und Kopfhaut mit Salbenbehandlung kombiniert werden; besonders scheinen auch cholesterinenthaltende Salben (Euzerin + Ebaga oder Resorbin) und auch Cholesterinlösungen günstig zu wirken. Außerdem muß eine gegen die Ursache der Seborrhoe gerichtete innere Behandlung stattfinden.

Zur Frage des neurotropen syphilitischen Virus. Das Bestehen eines besonderen, von vornherein neurotropen Virus muß abgelehnt werden. Es sprechen dagegen klinische Beobachtungen, indem unter 35 Fällen von Lues des Nervensystems neun außerdem gummöse Erscheinungen an Haut und Schleimhäuten zeigten. Die Erklärung für die Verschiedenartigkeit der Luesmanifestationen bei verschiedenen Personen muß vielmehr in der Eigenart des infizierten Organismus, der verschiedenartigen Gesamtkonstitution und dem damit verknüpften verschiedenen Reaktionsvermögen der Gewebe und den konstitutionellen Besonderheiten der einzelnen Organe gesucht werden. Nur auf diese Weise ist die Entwicklung von progressiver Paralyse bei gut behandelten Luesfällen zu erklären, während im übrigen mangelhafte und falsche Behandlung der frischen Syphilis dazu führt. Auch in den hier beobachteten Fällen war dieser Faktor nachweisbar.

Ernst Levin, Berlin.

Zahnärztliche Rundschau.

Nr. 40. 2. Oktober 1927.

* Ueber Indikationsgrenzen und therapeutische Wirkung von Röntgenbestrahlungen bei akuten und chronischen Entzündungen des Periodontiums und deren Folgeerscheinungen. (Schluß.) Otto Heinroth.
Doublierte Amalgamfüllungen. C. H. Witthaus.
Zahnärztliche Beobachtungen im Orient. Bauer.
Krankheitserscheinungen infolge von Ueberempfindlichkeit gegen Kautschuk. W. Wittkop.
Ueber Carpule. Erwiderung auf die Aufsätze in der Z. R. 1927, Nr. 27 und 34. Cook-Carpule G. m. b. H.

Ueber Indikationsgrenzen und therapeutische Wirkung von Röntgenbestrahlungen bei akuten und chronischen Entzündungen des Periodontiums und deren Folgeerscheinungen. Das Indikationsgebiet der Röntgenbestrahlung in der Zahnheilkunde, soweit entzündliche Veränderungen der Wurzelhaut und deren Folgeerscheinungen in Frage kommen, ist auf Grund der Untersuchungen des Verfassers leicht zu begrenzen. Entzündliche Prozesse des Periodontiums werden, gleichgültig, ob es sich um akute oder chronische handelt, günstig beeinflußt in dem Sinne, daß sich der zeitliche Verlauf der Heilung verkürzt. Die Abwehrkräfte des Organismus werden umso intensiver beeinflußt, je akuter und stürmischer der Verlauf vor der Bestrahlung gewesen ist. Die Voraussetzung für einen Erfolg ist, wie auch [...] jeder anderen Therapie, die sich auf die Bildung von Abwehrstof[...] aufbaut, daß der Körper über eine gewisse Reserve an Abwehrkräf[...] verfügt. Ein Enderfolg ist nur dann zu erzielen, wenn gleichzei[...] Sorge getragen wird, daß eine Reinfektion ausbleibt. Aus dies[...] Grunde ist die Wurzelbehandlung, falls ein Zerfall oder eine b[...]terielle Infektion der Pulpenreste und des Periodontiums vorliegt, ni[...] zu entbehren. Die Röntgentherapie ist geeignet, zahnärztliche M[...]nahmen wie Trepanation, Wurzelbehandlung zu erleichtern und [...] ihrem Enderfolg durch Steigerung der Abwehrkräfte sicherer zu [...]stalten. Sie ist nicht geeignet, die Wurzelbehandlung zu ersetzen o[...] gar die Bakterien im Wurzelkanal und im Periodontium abzutöt[...] An Schnelligkeit und Sicherheit der Wirkung, was die Förderung [...] Durchbruches von Abzessen anbetrifft, wird die Röntgenbestrahlu[...] von keinem der bekannten therapeutischen Hilfsmitteln erreicht. [...] Ergebnisse der Untersuchungen des Verfassers haben gezeigt, daß [...] Röntgentherapie geeignet ist, zu einem für die Zahnheilkunde une[...]behrlichen Hilfsmittel zu werden. Der Schlüssel zum Erfolg li[...] auch hier in strenger Indikationsstellung und folgerichtiger Dosieru[...]

L. Gordon

Wiener medizinische Wochenschrift.

77., Heft 28, 9. Juli 1927.

* Ueber Wesen und Therapie des syphilitischen Fiebers. Mannaberg.
Zur Bekämpfung der rheumatischen Erkrankungen. Freund.
* Ueber Laboratoriumsmethoden im Dienste der Klinik der Tuberkulose. Weltma[...]
* Zur Pathologie der Grippelunge (Wien 1926). Feyrter.

Ueber Wesen und Therapie des syphilitischen Fiebers. Eine v[...]gleichsweise Betrachtung der verschiedenen durch Spirochäten h[...]vorgerufenen Erkrankungen zeigt, daß Leberschädigung und Fieb[...]häufigkeit parallel gehen. Sie ist bei gelbem Fieber, Weilsch[...] Krankheit, Rückfallfieber, Syphilisfieber und Leberschädigung oblig[...] bzw. fakultativ, bei der Frambösie fehlen beide Erscheinungen. Die[...] Beobachtung erweckt den Gedanken der kausalen Verbindung v[...] Hepatopathie und Fieber bei den Spirochätosen. Wahrscheinlich [...] es die Leber selbst, die das Fieber hervorruft, indem unter gewiss[...] Umständen ein pyrogener Stoff in ihr gebildet wird. Diese U[...]stände sind bei den obligat fieberhaften Spirochätosen stets vo[...]handen, sie können bei den fakultativ fieberhaften, zu denen [...] Syphilis gehört, gegeben sein und sind nie da bei den fieberlos[...] wie die Frambösie. Auf diese Weise kann man sich vorstell[...] warum die Lebersyphilis abwechselnd fieberhaft und fieberlos v[...]laufen kann. Das Fieber, das bei anderen Lokalisationen d[...] Syphilis und bei Syphilis, die keine Organerscheinungen erkenn[...] läßt, mitunter auftritt, ist vorläufig nicht geklärt. Doch ist es mö[...]lich, daß auch in diesen Fällen die Leber, die ein Prädilektionsorg[...] für das Treponema und seine Toxine ist, in irgendeiner Weise a[...]geregt, den Fieberstoff erzeugt. Die Behandlung ist häufig se[...] dankbar. Oft, jedoch nicht ausnahmslos, genügt eine kurzdauern[...] spezifische Therapie, um das Fieber zum Schwinden zu bringen.

Ueber Laboratoriumsmethoden im Dienste der Klinik der Tube[...]kulose. (Fortsetzung zu Heft Nr. 27.) Die unspezifischen Reaktion[...] kommen nicht für die Diagnosenstellung in Betracht, sondern f[...] die Frage, in welcher Weise, ob in prognostisch günstiger oder u[...] günstiger Weise, der Organismus auf eine tuberkulöse Infektion re[...]giert. Die Veränderungen des Blutes wurden vor allem in dies[...] Sinne beobachtet. Das rote Blutbild ist für die Prognose der Tub[...]kulose nicht verwertbar. Besser ist der Allgemeinzustand des tub[...]kulösen Individuums durch das Leukozytenbild charakterisiert. Ly[...]phozytose und Eosinophilie sind als günstige Zeichen zu werten. [...] Untersuchungen der Blutflüssigkeit beziehen sich auf Gesamteiwei[...]gehalt, auf das Verhältnis von Globulin zu Albumin. Vermehru[...] des Globulins auf Kosten des Albumins ist als ungünstiges Zeich[...] zu werten. Das Fibrinogen wurde als Maßstab des Eiweißzerfall[...] für die Qualitätsdiagnose und Prognose verwendet. Jedoch ei[...] Uebereinstimmung zwischen Fibrinogenwerten und dem von d[...] Intensität und Extensität mutmaßlich abhängigen Eiweißzerfall i[...] unwahrscheinlich, da bei anderen entzündlichen Prozessen eine de[...]artige Uebereinstimmung nicht zu beobachten ist. Die meist geüb[...] Methode der Fibrinogenbestimmung ist die refraktometrische, d[...] aber große Fehlerquellen in sich schließt. In neuerer Zeit wur[...] eine anscheinend verläßlichere gravimetrische Methode angegebe[...] Die Labilität des Serums kann außer durch die Bestimmung d[...] Globulin-Albumin-Quotienten auch durch physikalische Eingriffe sin[...]fällig gemacht werden. Unter den hierher gehörigen Methoden i[...] die wichtigste die Bestimmung der Blutsenkungsgeschwindigke[...] Sie wird zur Beurteilung der Aktivität des Prozesses herangezoge[...] Allerdings kommt sie nur dann in Betracht, wenn jeglicher ande[...] Prozeß, der die Blutsenkung beeinflußt, ausgeschlossen werden kan[...] Auch die anderen sogenannten Labilitätsreaktionen (Matefisc[...]

[re]aktion etc.) sind für die Qualitätsdiagnose und Prognose der [Tu]berkulose nur mit Vorsicht zu verwerten. Sie können in zweifel[haf]ten Fällen eine brauchbare Ergänzung des klinischen Befundes [d]stellen. Die eigentliche Blutchemie hat bei der Tuberkulose bis[her] zu keinen praktisch verwertbaren Resultaten geführt. Von [and]eren, sich nicht auf das Blut beziehenden Methoden wird die Uro[ch]omogenreaktion im Harn nach Weiß hervorgehoben, von neueren [Spu]tumuntersuchungen die von Balin, die sich auf die Anordnung der [ela]stischen Fasern im Sputum bezieht.

Zur Pathologie der Grippelunge (Wien 1926). (Fortsetzung zu [He]ft Nr. 27.) Verfasser hält den Influenzabazillus für einen Misch[ode]r sekundären Keim, das Grippevirus selbst für unbekannt. Er [nim]nt, daß für die Entstehung der kleinknotigen peribronchiolären [Pn]eumonie des Influenzabazillus in erster Linie in Frage kommt. Es [ist] denkbar, daß die Aehnlichkeit, die zwischen der „Grippelunge [mit] reinem Influenzabazillenbefund" und der Masern- und Keuch[hus]tenlunge besteht, auf die Wirkung des gleichen Misch- und Sekun[där]keimes zu beziehen ist, wobei die Möglichkeit bestehen bleibt, [daß] die Erreger der betreffenden Grundkrankheit zunächst in den [Lu]mwegen spezifische Veränderungen schaffen. Die Annahme er[sch]eint mit Rücksicht auf das bei Masern und Keuchhusten gegen[übe]r anderen Infektionskrankheiten besonders häufige Vorkommen [vo]n Lungenerkrankungen berechtigt. 2. An den Grippelungen, bei [den]en neben Influenzabazillen auch andere Bakterien nachweisbar [wa]ren, fanden sich, den Bronchialkamm betreffend, folgende Ver[änd]erungen: einfacher Katarrh mit reichlichem schleimig-eitrigem [bzw]v. dünnflüssig-eitrigem Sekret in den drei Fällen, wo außer In[flue]nzabazillen reichlich Diplococcus lanceolatus nachweisbar war. [Ste]llenweise war, allerdings in geringem Ausmaß, eine Umformung [des] Epithels nachweisbar. Bei den übrigen 6 Fällen dieser Gruppe [fan]d sich stets mit Pflasterepithelbildung einhergehende Bronchitis, [die] entweder mit reichlicher Bildung eitrigen Sekretes einherging [ode]r kruppös oder in den feineren Bronchialzweigen vereiternd war. [Die] Plattenepithelmetaplasie fand Verf. bei Untersuchung einiger [hu]ndert Fälle von Lungenentzündung, besonders des Kindesalters, [bei] in Masern- und Grippelungen sehr häufig. Sie ist also für die [Gr]ippelunge nichts Spezifisches, aber doch eine ihrer Besonderheiten, [vor] allem der schwer mischinfizierten Grippelunge. Unter den Pneu[mo]nien fanden sich dort, wo neben Influenzabazillen Pneumokokken [nac]hweisbar waren, lobäre Infiltrationen oder Lobulärpneumonien [mit] Neigung zur Konfluenz. In den mit Staphylo- und Streptokokken [mis]chinfizierten Fällen fanden sich stets abszedierende Pneumonien. [Au]ch in diesen Lungen war das Bild stellenweise beherrscht von [der] eitrigen Bronchiolitis und der kleinknotigen peribronchiolären [He]rdpneumonie. Im Bronchiolenеiter solcher Lungenpartien fanden [sich] reichlich Influenzabazillen. An der Pleura zeigten sich alle [Fo]rmen der Entzündung; mächtige Ergüsse wurden nicht [be]obachtet. Maslowsky.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

Nr. 10.

[U]eber Pituitrindosierung. Tjeenk Willink.
[A]kute Porphyrie. F. S. P. van Buchem, H. H. van der Zoo de Jong.
[Z]wei Tumoren im hintersten Mediastinum. A. van der Plaats-Keyzer.
[Ei]n seltsamer Fall von angeborener Mißbildung. S. Simons.
[H]olländische dermatologische Gesellschaft.

Holländische dermatologische Gesellschaft. Ein Fall von juxta[art]ikulären Knotenbildungen. Bei einem 48jährigen Chinesen aus [Sch]anghai bestand an beiden Hüftgelenken, in der Nähe des linken [Il]iosakralgelenks und auf dem Sakrum eine Anzahl haselnußgroße [un]d größere Knoten, von denen einige zusammen eine kleine Serie [bil]deten. Die Konsistenz der Geschwülste war knorpelhart, die Haut [vo]n normaler Farbe. Außerdem sieht man eine austernschalen[art]ige bedeckte Hautaffektion vom Charakter der Rupia, die erst [1] Jahre bestand, während die Knoten neben den Gelenken seit [..] Jahren dem Träger bewußt waren. Wa. nach mehreren Methoden [wa]r positiv. Anfangs wurden einige Injektionen von Novarseno[be]nzol-Billon gemacht, leider wurde die Fortführung verweigert, so [da]ß nur die Kruste zum Teil abgestoßen wurde. Die Knoten blieben [un]verändert.

Es handelt sich hier um eine von Jeanselme beschriebene [Af]fektion, die er als Nodosités juxta-articulaires bezeichnete und [wo]runter man folgendes Krankheitsbild versteht: subkutan gelegene [Kn]ötchen, zuweilen konglomerierend, zuweilen in Reihen angeordnet, [m]eist auf der Unterlage verschieblich, manchmal adhärend, oft etwas [mi]t der Haut verwachsen, an den großen Gelenken gelegen, viel[lei]ch symmetrisch, meist an den Streckseiten und ohne Beschwerden [zu] verursachen.

Diese Affektion war von den Malaien sehr richtig beurteilt [wo]rden, sie ist in Indien häufig und wurde dort trockene Frambösie genannt. Die Wissenschaft suchte erst nach einem Schimmelpilz, erst später ließen die guten Salvarsanerfolge die Kolonialärzte an Frambösie denken, was 1922 durch Spirochätenbefunde bestätigt wurde.

Erst nachdem man auch in Europa bei Personen, die für Frambösie nicht in Betracht kamen, die gleiche Affektion entdeckt hatte, kam man auf den Gedanken, daß es sich um Lues handeln konnte. Mit vermehrtem Eifer sammelte man diese Fälle- die bestimmt keine Frambösie haben konnten und doch die Nodosité zeigten, im ganzen fand man 62 Fälle, 20 in Europa und Nordamerika, 42 in Nordafrika. Diese Fälle mußten als luetisch aufgefaßt werden, denn sie hatten entweder andere luetische Symptome oder heilten auf spezifische Therapie. Pallide wurden freilich bei ihnen nicht gefunden.

Es steht nunmehr fest, daß die Ursache dieser Affektion sowohl Lues wie Frambösie sein kann. Differentialdiagnostisch glaubt man, daß bei den luetischen Fällen mehr die obere, bei den Frambösiefällen die untere Extremität betroffen sein soll. Schwierig war es, die Knotenbildungen einem bestimmten Stadium einzuordnen. Manches spricht für die tertiäre Natur.

Eine Erklärung für die eigenartige Lokalisation neben den Gelenken hat große Schwierigkeiten gemacht. In manchen Fällen handelt es sich um Traumata chronischer Art, die der Affektion den Sitz anzuweisen scheinen, die Fußringe mancher Eingeborenen, die eigentümliche Haltung der Malaien, das Tragen gewisser Lasten und die nach allen diesen Traumen auftretenden Knotenbildungen an Ort und Stelle sprechen für gewisse Einflüsse in dieser Richtung. Immerhin bleibt es eigenartig, daß sich die Knoten so sehr an die Nähe der Gelenke halten, daß andere Lokalisation als größte Seltenheit gilt.

Nr. 11.

* Die akute Knochenmarkentzündung. A. E. Nordholt.
* Ueber die Herkunft des Automatins. H. Zwaardemaaker, Ph. Arons.
Ueber Glasleisten in der vorderen Augenkammer nach Zangengeburten. K. Bos.

Knochenmarkentzündung. 1. Die akute Entzündung der langen Röhrenknochen behandle man im allerersten Beginn, wenn der periostale Abszeß nach Schätzung noch nicht länger als 2 bis 3 Tage besteht, oder sich noch nicht gebildet hat, mit Inzision auf den Knochen und Anbohren des Marks an 1 bis 2 Stellen, an denen bei der Untersuchung die größte Schmerzhaftigkeit wahrgenommen wurde. 2. Besteht der subperiostale Abszeß länger, dann beschränke man sich ausschließlich auf Abszeßinzision. 3. Die Sequestrotomie verrichte man erst dann, wenn der Sequester sich auf dem Röntgenbild deutlich abzeichnet und man annehmen kann, daß er von der Umgebung abgegrenzt ist. 4. Man soll so wenig wie möglich an der Capsula sequestralis herummeißeln und das Granulationsgewebe ungestört lassen.

Herkunft des Automatins. 1. Für die Unterhaltung der Herzfunktion ist ein Stoff, das „Automatin" nötig. 2. Dies Automatin entsteht aus einem Mutterstoff, dem „Automatinogen". 3. Die Umsetzung von Automatinogen in Automatin geschieht im Organismus mit Hilfe der Beta-Strahlen des Kaliums. 4. Das Automatinogen ist gefunden: im Skelettmuskel, im Blut, im Herzmuskel; es wird in diesen Organen fortgesetzt durch Kaliumstrahlung zu Automatin aktiviert. 5. Das nodale Gewebe des Herzens besitzt eine besondere Affinität zum Automatin; dies ist infolgedessen dort in größerer Menge vorhanden als anderswo. 6. Das Automatin wirkt innerhalb physiologischer Grenzen positiv chronotrop auf das Herz.

Nr. 12.

* Die Frage des reinen Pockenimpfstoffs in Beziehung zur Encephalitis postvaccinalis. H. Aldershoff.
Zwei Ueberraschungen aus der Büchse der Pandora. A. G. J. Hermans

Die Frage des reinen Pockenimpfstoffes in Beziehung zur Enzephalitis. Bekanntlich war es in Holland, ebenso wie in England, Frankreich, Schweiz und Tschechoslowakei im Anschluß an Impfungen gegen Pocken bei einer Anzahl von Kindern zu einer Enzephalitis gekommen, deren Ursache aufzuklären den führenden Untersuchern bisher trotz größter Anstrengung nicht geglückt ist. Verfasser, Leiter des serologischen Reichsinstituts in Utrecht, schildert die Bemühungen, die seit Jahrzehnten auf eine Herstellung eines bakterienfreien Impfstoffes gerichtet gewesen sind. Die Frage der Keimfreiheit der Vakzine spielt nämlich neuerdings in einigen Hypothesen eine Rolle, die die Entstehung der Encephalitis postvaccinalis aufklären sollen. Im großen und ganzen kann man zwei Gruppen von Hypothesen unterscheiden, die einen suchen den Grund der Enzephalitis in den jeder Vakzine beigemengten Keimen, die andern glauben an ein in den Körpern der betreffenden Kinder schlummerndes Virus, das (indirekt) durch den Impfstoff aktiviert worden sein könnte oder das durch Nachlassen eines natürlichen Widerstandes der Kinder gegen dies Virus plötzlich pathogen geworden sei.

Die ziemlich zahlreichen Todesfälle nach Impfung haben in Holland bereits ein politisches Nachspiel gehabt, in der zweiten Kammer wurden dem Minister für Volksgesundheit eine Reihe von Fragen vorgelegt, die auch beantwortet wurden, allerdings ohne daß die Oeffentlichkeit daraus die gesuchte Beruhigung schöpfen konnte. Die Regierung hat sich nämlich den Meinungen der bisherigen Untersucher, denen sich auch Levaditi vom Institut Pasteur in Paris angeschlossen hatte, nicht ohne weiteres angeschlossen. Die Untersucher hatten erklärt, daß es außerordentlich unwahrscheinlich sei, daß die der Vakzine beigemengten Bakterien etwas mit der Enzephalitis zu tun haben sollten und hatten diese Meinung durch eine ganze Reihe sehr überzeugender Experimente an Kaninchen und Affen gestützt.

Aldershoff meint jedoch, so unwahrscheinlich es auch sei, daß die beigemengten Keime mit der Enzephalitis in Beziehung ständen, so müßte dennoch diese kleinste Möglichkeit erst ausgeschaltet werden. Er hat daher veranlaßt, daß das in Spanien gebräuchliche Neurovaccin, das Dr. Gallardo nach Vorschrift Levaditis bereitet hat und das bei mehr als 2½ Millionen Impfungen niemals eine nachteilige Wirkung ausübte und dabei gute Pusteln gab, auch in Holland hergestellt wird. Die alte Vakzine wird nicht mehr ausgeliefert, an ihre Stelle tritt das Neurovaccin, in dem die wissenschaftliche Welt das erste sterile Vakzin, das mit guter Wirkung als Pockenimpfstoff verwendet werden kann, begrüßt.

Bei dieser Gelegenheit schildert Aldershoff die Bemühungen, die in den letzten Jahrzehnten zur Herstellung eines keimfreien Impfstoffs gemacht worden sind. Man versuchte es mit mechanischen Mitteln, unter denen Filtration, Absorption und Zentrifugieren die wichtigsten sind. Alle diese Methoden führten nicht zum Erfolge.

Auch auf chemischen Wegen war man nicht glücklicher. Glyzerin, Aether, Chloroform, Phenol, Erfrierungsmethoden, salzsaures Eucupinotoxin waren mehr oder weniger unbrauchbar. Wohl konnte ein bakterienarmer, nie aber ein bakterienfreier Impfstoff erzielt werden. Aehnlich verhielt es sich mit Brillantgrün, Chinosol, Trypaflavin, Rivanol und Bakteriophagenwirkung.

Die biologischen Versuche waren auch teilweise vergebens. Züchtungsversuche auf künstlichem Nährboden, in Geweben und im lebenden Tiere führten endlich zu dem Neurovaccin Levaditis.

Seit dem 22. August wird in Holland nun ausschließlich das Neurovaccin verwendet. Das Ausgangsmaterial war Hirngewebe eines Kaninchens, das mit Neurovaccin geimpft war. Weiterverimpfung von diesem Material in die Schädelhöhle anderer Kaninchen rief bei diesen wieder eine Encephalitis vaccinalis hervor, es handelte sich also um ein fixes Virus, das seinen Charakter bei Weiterverimpfung behielt. Bei Huhn und Affen schlägt das Virus aber nicht an.

Das Neurovaccin ist unschädlich, es immunisiert gegen Pocken. Möglicherweise hat es eine etwas geringere Affinität zur Haut als der alte Impfstoff, doch kann diesem Nachteil, wenn es einer ist, durch wiederholtes Impfen abgeholfen werden.

In Holland setzt die gesamte Oeffentlichkeit auf das Neurovaccin die letzte Hoffnung. Sollte auch hierdurch das Uebel der postvakzinalen Enzephalitis nicht behoben worden sein, dann würde der Regierung nichts anderes übrigbleiben, als den Impfzwang aufzuheben.

Zwangsmaßregeln können in der Tat nur solange aufrechterhalten bleiben, als ihre Gefahrlosigkeit außer Zweifel steht, wie bei der Typhus- oder Choleraimpfung. In diesem Sinne stellt also die Einführung des Neurovaccins den letzten Versuch dar, die Zwangsimpfung in Holland aufrechtzuerhalten. Sollten auch jetzt noch Enzephalitisfälle nach Impfung vorkommen, dann müßte man zur freiwilligen Impfung übergehen. Möglicherweise würde die relativ kleine Enzephalitischance noch viele zur freiwilligen Impfung veranlassen.

Kurt Heymann-Berlin.

Geneeskundige Bladen.

25., Nr. 7/8.

* Ueber Exposition und hereditäre Disposition bei Tuberkulose. J. Tazelaar.

Ueber Exposition und hereditäre Disposition bei Tuberkulose. Seit 20 Jahren hat Verf. sich bemüht, in seiner ärztlichen Praxis verschiedene Daten über seine Tuberkulosepatienten zu sammeln. Vor allem hat er untersucht, ob Tuberkulose in der Aszendenz seiner Patienten vorkam und ob also hereditäre Faktoren mit in Rechnung zu tragen waren (Disposition). Außerdem wurde in jedem Falle genau die Exposition kontrolliert, also Kontakt mit offener Tuberkulose. Unter Kontakt versteht Verf. einen unausgesetzten oder holten Aufenthalt in der Nähe des Bazillenspenders. Auch der Wohnungszustand und der Wohlstand des Patienten wurden in Betracht gezogen. Die Arbeit gibt eine Uebersicht über 215 Fälle. Bei 174 derselben war Tuberkulose in der Aszendez nachzuweisen, bei 41 nicht. Kontakt wurde festgestellt in 115 Fällen in der Fami[lie,] in 57 außerhalb derselben; im ganzen also in 172 Fällen. Bei [den] übrigen 43 Fällen war Kontakt nicht immer sicher auszuschließ[en,] aber bisweilen infolge äußerer Umstände nicht mehr festzustellen; 11 von diesen Fällen fehlte auch Tuberkulose in der Aszendenz. S[ehr] wahrscheinlich war also Kontakt in einem noch höheren Prozents[atz] vorhanden als sich aus den Untersuchungen ergeben hat (80%). [In] Familien, in welchen offene Tuberkulose vorkam, erkrankten un[ter] 461 Kindern 171 an Tuberkulose (37%); bei geschlossener Tub[er]kulose dagegen von 227 nur 32 (14%). In weiteren Ausführungen ze[igt] Verf. dann, daß auch der Wohlstand und der Wohnungszustand ei[nen] deutlichen Einfluß auf die tuberkulöse Infektion der Kinder hab[en.] In 53 Fällen, wo mit der Möglichkeit einer maritalen Infektion [zu] rechnen war, faßt Verf. diese in sieben Fällen (13%). Hieraus g[eht] also eine größere Resistenz bei den Erwachsenen als bei den Kind[ern] (37%) hervor; vielleicht infolge der schon in der Jugend erworben[en] Immunität. Wenn Verf. die Tuberkulosemorbidität der Kinder [in] Familien mit offener Tuberkulose und dabei mit Tuberkulose in [der] Aszendenz (Disposition + Exposition) neben der Mor[bi]dität in Familien mit offener Tuberkulose aber ohne Tuberkulose [in] der Aszendenz (nur Exposition) stellt, bekommt er fast gle[ich] hohe Werte (25% und 27%). Seine Schlußfolgerung ist: einen Ei[n]fluß der sogenannten hereditären Dispositi[on] läßt sich nicht nachweisen. Das geht auch hervor aus d[em] Umstande, daß unter 93 Kindern, von denen einer der Eltern an g[e]schlossener Tuberkulose litt, kein einziges an Tuberkulose [er]krankte (Disposition ohne Exposition).

R. Roelofs, Groningen.

Ginekologja Polska.

6., Heft 4/6, 1927.

* Untersuchungen der Mikroflora des Genitaltraktus. Ueber den Bakterieninhalt [des] puerperalen Uterus. H. Gromadzsi (Warszawa).
* Die Entstehung des Karzinoms und die serologischen Untersuchungsmethoden [des] Krebses. K. Wiślański.
* Ein Fall einer alten, nach der Geburt entstandenen Uterusinversion geheilt dur[ch] Tamponade und Gummiballon. B. Grzankowski.
* Die Wassermannreaktion in der Milch von Wöchnerinnen. Z. Bohdanowiczów und Fr. Cioslowski.
* Der Wert der Bestrahlung des Collumkarzinoms vor der Operation. M. Seidl[er,] H. Lenartowski und Grabowski.
* Zur Theorie Samsons von der sogen. retrograden Menstruation. St. Maczews[ki.]
* Schwangerschaft und Geburt in einem Falle von Hermaphroditismus. Z. Endelm[an.] Ein Fall chronischer Entzündung und Erweiterung des Ductus paraurethral[is.] Z. Tyszkówna.
* Eine neue, einfache Methode zur Beseitigung der Asphyxie beim Neugeboren[en.] D. Thursz.

Untersuchung der Mikroflora des Genitaltraktus. Ueber d[en] Bakterieninhalt des puerperalen Uterus. Die bisherigen Arbeiten, d[ie] die bakteriologischen Verhältnisse des puerperalen Uterusinhalt[s] zum Gegenstand haben, differieren unter einander insofern, als d[ie] Einen das Uterusinnere der gesunden Frau während des Woche[n]bettes als steril ansehen, die Anderen in 85% der Fälle Bakteri[en] feststellen. Die Art und Weise, die verschiedene Autoren beim Au[f]fangen des Uterusinhaltes anwandten, schließt jedoch die Möglic[h]keit nicht aus, daß das Untersuchungsmaterial mit den Zervika[l]sekreten in Kontakt kam. Eigene Untersuchungen des Verfassers a[n] Ratten und Meerschweinchen mittels Sektion mit Berücksichtigu[ng] der nötigen Vorsichtsmaßregeln ergaben, daß der Uterusinhalt na[ch] der Geburt ausnahmslos steril war. Um die Untersuchungen auf d[ie] Frau im Puerperium zu übertragen, konstruierte der Verfasser ein[en] Apparat, der einen Spekulum ähnlich ist, bestehend aus zwei ine[in]ander passenden Metallröhren, die es ermöglichen, daß das inne[re] Röhrchen unter dem Schutz einer Gummimanchette ins Uterusinne[re] eingeführt werden kann, ohne daß das Röhrchen mit der Zervixwa[nd] in Berührung kommt. Dies ergiebt die absolute Sicherheit, daß da[s] Untersuchungsmaterial direkt aus der Uterushöhle entnommen wi[rd] und durch das Zervixsekret nicht verunreinigt werden kann. (Genau[e] Beschreibung und Zeichnung des Apparates in der Originalarbeit[.]) Unter 56 Wöchnerinnen im zweiten bis siebenten Tag nach der Ge[burt] enthielt die Uterushöhle nur in fünf Fällen Bakterien. In zwe[i] von diesen Fällen ließen sich Eihautreste im Halsteil feststellen, i[n] den drei anderen platzte der Gummischlauch im Moment der Ent[nahme,] so daß der Kontakt mit dem Uterushalssekret möglich wa[r.] Die Aussaat erfolgte in allen Fällen auf Aszites agar. Die Unter[suchungen] erlauben mithin den Schluß, daß die Uterushöhle der ge[sunden] Wöchnerinn frei von Bakterien ist.

Die Entstehung des Karzinoms und die serologischen Untersuchungsmethoden des Krebses. In ausführlicher Weise werden di[e] theoretischen Grundlagen des augenblicklichen Standes unsere[s] Wissens vom Karzinom dargestellt und die Untersuchungsergebniss[e]

rochen, die der Verfasser mit dem Blut von Krebskranken, Ge-
ren und Schwangeren erhielt. In Betracht gezogen wurden fol-
e Methoden: Das Blutkörperchensenkungsphänomen nach Bier-
i (Biernacki publizierte seine Arbeiten 1893—1894 d. h. 20 Jahre
Pharaeus und Linzenmeier. Anm. d. Ref.), die II. Kahnreaktion,
eaktion nach Wiegand, Lundwall und Botelho. Nach der Ansicht
erfassers eignen sich im großen und ganzen die bisherigen
ogischen Untersuchungsmethoden nicht für eine exakte Karzinom-
ostik, erstens da sie meistenteils nicht spezifisch, sondern der
ruck einer Gleichgewichtsstörung der Kolloidstruktur des
ns sind, wie wir sie auch unter anderen Bedingungen fest-
n können (Eiweißzerfall infolge lokaler oder allgemeiner Infek-
Schwangerschaft usw.). Zweitens erscheinen positive Reak-
n bei Anwesenheit eines Karzinoms zu spät. Dieser positive
ll unterstützt nicht die Diagnose, da sie gewöhnlich in solch
schrittenen Stadien zweifellos aus dem klinischen Verlauf ge-
werden kann.

in Fall einer alten, nach der Geburt entstandenen Uterusinversion lt durch Tamponade und Gummiballon. Die Inversion kam zur
ndlung ein halbes Jahr nach der Geburt und bildete einen Tumor
Gänseeigröße, der die Scheide teilweise ausfüllte. Zunächst
e die Reinversion mit der täglichen Scheidentamponade versucht,
r mittels Gummiballon. Nach sieben Wochen war die spontane
version vollendet.

ie Wassermannreaktion in der Milch von Wöchnerinnen. In
der untersuchten 300 Fälle stimmte die WaR. der Milch mit
les mütterlichen und fötalen Blutes überein. Die positive Re-
n der Milch fällt zusammen mit positiver WaR. des mütter-
, jedoch nicht des fötalen Blutes. In einigen Fällen von Syphilis
te eine positive Milchreaktion bei negativer Reaktion des Blutes
Mutter festgestellt werden. Nicht spezifische Hemmungen der
lyse wurden in der Milch in 13,3% festgestellt. Es genügt zur
rsuchung 0,05 bis 0,005 ccm der Milch, die man am besten eine
ne nach der Entbindung entnimmt. Die Milchreaktion kann dem-
infolge der zahlreichen unspezifischen Hemmungen nur als
ollmilch in Betracht kommen.

er Wert der Bestrahlung des Collumkarzinoms vor der Opera-
An Hand von sechs Grenzfällen von Collumkarzinom, die
Wochen vor der Operation bestrahlt wurden, behaupten die
sser, daß die primäre Mortalitätsziffer durch die Röntgen-
ahlung herabgedrückt werden kann.

ur Theorie Samsons von der sogen. retrograden Menstruation.
end einer Laparotomie wegen Collumkarzinom wurden Blut-
ula im Douglas festgestellt, die der Verfasser auf die kurz vor
Operation stattgefundene Menstruation zurückführt. Die histo-
he Untersuchung der Koagula ergab in einigen Präparaten das
der Uterusmukosa mit zytogenen Zellen. Es wird demnach
cher anzunehmen sein, daß während der Menstruation menstru-
Blut auf dem Wege durch die Tuben in den Bauchhöhlenraum
gen kann. Ferner muß angenommen werden, daß Blutelemente
nderen Ursachen z. B. infolge Entzündungen der Uterusmukosa
alls auf oben genanntem Wege in den Douglasraum gelangen
n. Die Samsonsche Implantationstheorie, die die sogen. hete-
en Wucherungen auf der Peritonealoberfläche erklären soll, kann
h so lange nicht als erwiesen angesehen werden, bis der Beweis
geliefert ist, daß die während der Menstruation sich abhebenden
ente der Gebärmutterschleimhaut die Eigenschaften lebender
n weiterhin besitzen.

chwangerschaft und Geburt in einem Falle von Hermaphro-nus. Ein femininer Pseudohermaphrodit mit Hyperthrophie der
is, der vom 15. Lebensjahr an regelmäßig menstruierte, jedoch
um 28. Lebensjahr als zum männlichen Geschlecht registriert
heiratete nach Amputation der hyperthrophischen Klitoris und
Umänderung des Geschlechts im Standesamt. Die Frau wurde
darauf schwanger und gebar durch Kaiserschnitt einen ge-
n Knaben.

ine neue einfache Methode zur Beseitigung der Asphyxien beim eborenen. Das Neugeborene wird sofort nach der Geburt noch
dem Unterbinden der Nabelschnur, an den Füßen erfaßt und
Kopf in vertikaler Richtung nach unten so lange gehalten, bis
rste Atemzug eintritt. Auf diese Weise entleert sich der Schleim
Nase und Mund und das venöse Blut, reichlich mit CO_2 durch-
wirkt im gesteigerten Maße als direkter physiologischer Reiz
as Atemzentrum. Falls zäher Schleim sich nicht genügend ent-
kann eine Apomorphineinspritzung angewandt werden, die das
hzentrum evtl. auch das benachbarte Atemzentrum anregt.

H. Zborowski, Warszawa.

Orvosi Hetilap.

71., Nr. 34, 21. August 1927.

Regulation der Hypertonie nach Arbeit. Laut den Untersuchungen des Autors können die Blutdruckserhöhungen in zwei Gruppen eingeteilt werden: 1. die permanente Hypertonie mit unvollkommener Funktion des druckregulierenden Apparates; hierher gehören die Nephritiker und manche Arteriosklerotiker. 2. Die labile Blutdrucksteigerung mit behaltener, sich aber spät meldender ausgleichender Funktion des Blutdruckmechanismus. In diese Gruppe werden die essentiale Hypertonie und viele Fälle der klimakterischen und arteriosklerotischen Blutdrucksteigerung eingereiht. An diese schließen sich auch die Blutdrucksstörungen älterer Leute an; falls bei solchen die der mechanischen Arbeit folgende Blutdrucksteigerung mit einer Kurve versinnbildlicht wird, können wir an derselben eine auffallende Verlängerung des katakroten Teils beobachten. Das Sinken, welches bei normalen Individuen der Hypertonie als eine kompensatorische Erscheinung folgt, fehlt bei älteren Leuten vollkommen: diese Rigidität der Blutdruckregulation ist ein wichtiges und charakteristisches Symptom der Hypertonie. Da wir in solchen Fällen nur eine Erweiterung der Aorta beobachten können ohne die permanente Erhöhung des Blutdruckes, scheint diese darauf zu deuten, daß die Veränderung der Gefäße und der Blutdruckregulation den primären Vorgang darstellt, welche der eigentlichen Blutdruckserhöhung vorangeht.

71., Nr. 35, 28. August 1927.

Ueber die Eosinophilie. Aus einer statistischen Zusammenstellung von 135 Fällen zieht Verfasser die Schlußfolgerung, daß zwischen dem Habitus und den α-Zellen kein besonderer Zusammenhang obwaltet, daß ferner in der asthmatischen Disposition weder die Konstitution, noch die Vermehrung der eosinophilen Zellen allein eine Rolle spielen. Dagegen konnten die Veränderungen der genannten Zellen mit dem jeweiligen Tonus des vegetativen Nervensystems in engste Verbindung gebracht werden. Die elektrische Reizung des freigelegten Halsvagus bei Meerschweinchen hatte in der Mehrzahl eine bedeutende Vermehrung der eosinophilen Zellen zur Folge, womit die Tatsache bewiesen ist, daß der Halsvagus die absolute Zahl und Verteilung der α-Zellen zu beeinflussen fähig ist. Die Beobachtung der Verteilungsverhältnisse gelingt aber am besten während der experimentellen Anaphylaxie der Versuchstiere. Die Zahl der Zellen ist während des anaphylaktischen Anfalls unverändert, in 12—24 Stunden danach tritt aber eine allgemeine und lokale Lungeneosinophilie auf, was auf eine nur kurz dauernde, eosinotaktische Wirkung der Nervenreizung des antianaphylaktischen Zustandes zurückzuführen ist. Mittels Atropininjektionen kann die Entstehung der Eosinophilie verhindert werden. Körperfremde Stoffe können allein, ohne den Reizzustand des autonomen Systems keine eosinotaktische Wirkung ausüben. Die vollkommene Ausschaltung der Vaguswirkung konnte nicht beobachtet werden, da die Tiere den Eingriff nur um 3 bis 4 Stunden überlebten; das einseitige Behaltenbleiben des Halsvagus genügte schon zur Entstehung einer Hypereosinophilie. — Von großer klinischer Wichtigkeit ist das Benehmen der α-Zellen während dem Ablauf und der Rekonvaleszenz der akuten und chronischen Erkrankungen. Autor hebt hervor, daß er eine asplenische Eosinophilie nie beobachten konnte. Eine prognostische Bedeutung besitzen die Zellen während der Vakzinebehandlung: ihre Vermehrung ist als ein gutes, ihre Verminderung als ein schlechtes Symptom zu betrachten. Letzteres weist auf eine Anergie, verminderte Reaktionsfähigkeit des Organismus hin. Zwischen der Eosinophilie und Fibrinogenvermehrung im Blute scheint ein ätiologischer Zusammenhang vorhanden zu sein; in 11 Fällen war während des asthmatischen Anfalls parallel eine Eosinophilie und Fibrinogenvermehrung zu finden.

Mechanismus der alimentären Hyperglykämie. Die Befunde können im Sinne der Reiztheorie der alimentären Hyperglykämie gedeutet werden: die Entstehung derselben kann durch in entsprechender Zeit vorher verabreichte und individuell verschiedene Ergotamindosen verhindert werden; die hyperglykämische Kurve bleibt aus, falls der Traubenzucker in den Magen, oder ins Duodenum gebracht wird; die Hyperglykämie währt länger, falls Glykose-ergotamin intravenös eingespritzt wird.

Das in Lipoid lösbare Wismut in der Therapie der Lues congenita. Das Lecithin-Wismut-Jod-Chinin übt auf die luetischen Symptome eine intensivere, auf die Gewichtszunahme eine vorteilhaftere Wirkung als das Quecksilber und Bismosalvan aus. Die kombinierte Neobismosalvan-Neosalvarsan-Behandlung stellt die energischste Behandlung der Lues congenita dar.

71., Nr. 36, 4. September 1927.

Narkolepsie oder Enzephalitis? E. Kluge.
Chirurgische Behandlung der Schilddrüsenhyperfunktion. G. Takács.
Verwertung der laboratorischen Untersuchungsmethoden und des Arneth-Schillingschen Blutbildes bei chronischen Adnextumoren und operierten extrauterinen Graviditäten. G. Páll.
Das „Mira"-Wasser und Kontraktion der Gallenblase. Fr. Markovics.
* Störung der Wärmeregulation nach epidemischer Enzephalitis. K. Keller.
Interessanter Fall der Angina agranulocytotica. St. Lévay.
Therapeutische Versuche mit Natrium hydrocarbonicum in der Augenheilkunde. B. Pelláthy.
Zur Untersuchung des sanquinolenten Liquors. L. Teschler.

Störung der Wärmeregulation nach epidemischer Enzephalitis. Vom Virus der Erkrankung werde in erster Reihe das Zwischenhirn und die benachbarten Hirnabschnitte angegriffen, demzufolge können wir es ganz logisch erwarten, daß auch das Wärmezentrum in Mitleidenschaft gezogen wird. Zur Beobachtung der Regulationsstörungen desselben wurden bei Enzephalitiskranken und Kontrollindividuen Serienexperimente von Thermalluftbäder (55 bis 60° C, 30 Minuten) vorgenommen mit dem Erfolge, daß bei postenzephalitischen Zuständen des Zwischenhirns, — sogenannte parkinsonsche Zustände — eine Hyperthermie von 1 bis 1,8° C erreicht wurde, wogegen die Kontrollwerte kaum 0,80° C überschritten. Dieses Benehmen der Parkinsonkranken erinnert uns an die Poikilothermie der Kaltblüter und ist durch einen Reizzustand des Zentrums bedingt.

71., Nr. 37, 11. September 1927.

Die Heine-Medin-Epidemie des Jahres 1926 im verstümmelten Ungarn. J. v. Bókay und E. Vas.
Die Wichtigkeit der richtigen Auslegung und Verwertung der Anamnese. F. Szontagh.
* Diagnostik der miliaren Tuberkulose im Kindesalter. P. Heim.
Begriff der Disposition. E. Hainiss.
Mittelohrentzündung im Säuglingsalter. Fr. Torday.
Behandlung der Säuglingsfurunkulose. Z. v. Bókay.
Bedeutung des in mehreren Abschnitten ausgeführten Probefrühstücks. J. Grosz.
* Behandlung der eitrigen Säuglingspleuritis durch Punktion und Eitereinspritzung. A. Flesch.
* Entwicklung des Masernvirus. G. Petényi.
Wert des qualitativen Blutbildes bei der Erkennung der Grippenerkrankungen des Säuglings. E. Kovács und L. Zajácz.
Die Leber im Zentrum des Wasserhaushaltes. J. Duzár.
* Vergleichende Untersuchungen bei der menschlichen und experimentellen Tierrachitis. A. Bosányi.
Behandlung mit Menschenblut im Säuglings- und Kindesalter. Z. Barabás.
Vereinfachte Diätetik des Säuglings aus sozialem Gesichtspunkte. E. Deutsch.
Seltener Fall des angeborenen Darmverschlusses. G. Faludi.

Diagnostik der miliaren Tuberkulose im Kindesalter. Falls wir beim Kinde nach einer Gelatina-Injektion das Blutbild periodisch untersuchen, können wir eine mäßige Leukozytose beobachten, welche ihren Gipfelpunkt in 2 bis 3 Stunden nach der Injektion erreicht, um dann in 24 Stunden wieder auf das normale Niveau zu sinken. Die Leukozytose wird zuerst durch die Vermehrung der Neutrophilen verursacht, welcher dann eine Lymphozytose folgt. Bei miliarer Tuberkulose bleibt die Vermehrung der Lymphozyten aus, manchmal sinkt sogar ihre Zahl. Dieser Unterschied leistet bei der Differentialdiagnose oft gute Dienste.

Behandlung der eitrigen Säuglingspleuritis durch Punktion und Eitereinspritzung. Die bekannt düstere Prognose des Säuglingsempyems bei der gewohnten Behandlung gab den Anlaß dazu, Säuglinge durch systematische Punktionen und Eitereinspritzungen (à 1 ccm) zu behandeln. Die Erfahrungen sind noch nicht genügend zahlreich, doch scheinbar Gutes versprechend.

Entwicklung des Masernvirus. Die Krankheit kann mittels 1 bis 3 ccm frischen Masernblutes auf Kinder, welche die Masern noch nicht überstanden haben, übertragen werden und meldet sich in einer leichten abortiven Form, welche auch eine Immunität hinterläßt, also für Immunisierung geeignet erscheint. Gelegentlich dieser Immunisierungen konnten interessante Beobachtungen vollführt werden: wurde festgestellt, daß der Erheber schon während der Inkubati im Blute kreist, daß ferner in den ersten sechs Tagen der Ausbru der Krankheit durch Anwendung rekonvaleszenter Seren verhind werden kann, was gegen die Pirquet-Morosche-Theorie der E stehung des allergischen Vorgangs spricht. Der Masernvirus proc ziert in den ersten 6 bis 7 Tagen keine Antigenkörper, welche allergische Reaktion auslösen könnten, denn falls die Antigenwirku ausgeübt wurde, kann der Ablauf der Reaktion mehr nicht bee flußt werden. Autor versucht die Erscheinungen durch eine Arbei hypothese, periodische Entwicklung des Virus zu erklären: In ersten Periode (6 bis 7 Tage) wird kein Antigen gebildet, umso m aber im zweiten Stadium, welcher dann während der allergiscl Reaktion die dritte Periode folgt, wenn der Erheber sich wieder erste Stadium rückbildet. Die Inkubationszeit zerfällt also in zv Teile, 1. in die Zeit der ersten Entwicklungsperiode des Masernvir 2. in die Inkubationszeit der durch den Antigen hervorgerufer allergischen Reaktion. Die experimentelle Beeinflussung der Inl bationszeit, — ein Postulat der genannten Hypothese — ist mitt Ueberimpfung des Krankenblutes verschiedener Perioden auch lungen, womit die Pirquet-Moro'sche Theorie auch experimen widerlegt wurde.

Vergleichende Untersuchungen bei der menschlichen und expe mentellen Tierrachitis. Mit Hilfe der Mc Collum'schen Diät kann Schwein eine Krankheit erzeugt werden, welche histologisch mit menschlichen Rachitis vollkommen übereinstimmt. Nach länger Bestehen können bei dieser experimentellen Rachitis auch tetanisc Erscheinungen auftreten. Die Blutuntersuchung zeigt neben ein Hypophosphatämie eine ausgesprochene alkalische Verschiebung Säure-Basis-Gleichgewichtes. Orosz.

Gyógyászat.

Jahrgang 67, Nr. 8.

* Ueber die Mehrgeburten und die Zwillingsgeburten der letzten 10 Jahre der Kli (Universitätsklinik Budapest) in der Beleuchtung der einschlägigen Litera St. Liebmann.
* Der Mechanismus der Senkung der roten Blutkörperchen. L. Berczelier H. Wastl (Wien).
Ein operierter Fall von Nierenblutung rätselhaften Ursprungs. G. Hornyák.
* Die Behandlung des Asthma bronchiale mittels Ponndorf-Impfungen. St. Halmi.
* Die vegetativen Neuropathien. J. Katona.
Durch Säuren und Schwermetalle bedingte Ausflockung der Eiweißkörper des Bl serums am isoelektrischen Punkt. L. Lorber.
Hippokrates Buch über die Chirurgie (Uebersetzung). J. Sattler.

Ueber die Mehrgeburten und die Zwillingsgeburten der letzt 10 Jahre der Klinik (Universitätsfrauenklinik, Budapest) in der E leuchtung der einschlägigen Literatur. Ueber die in mehreren Mitt lungen erscheinende Monographie wird zusammenfassend berichtet.

Der Mechanismus der Senkung der roten Blutkörperchen. D Senkung des roten Blutkörperchens kann nicht auf die isolierte B wegung einzelner Blutkörperchen zurückgeführt werden, sie bee flussen sich gegenseitig in ihren Bewegungen. Auch in strömend Blute bilden die roten Blutkörperchen keine solche Suspension, welcher die Teilchen ihre gegenseitige Bewegung nicht beeinflussı würden, da ja die Plasmaschicht zwischen ihnen so schmal ist, d eine rotierende Bewegung eines Teilchens nicht möglich ist. Ve konnten zeigen, daß unter gewöhnlichen experimentellen Verhä nissen die Senkung der roten Blutkörperchen von wechselnder G schwindigkeit ist, so, wie wenn freie Bewegung und die Verstopfu der Röhrchen auf einander folgten. Nicht selten kann man sogar freiem Auge die Verstopfung eines, selbst 2 mm weiten Röhrche beobachten. Mit dem Kleinerwerden des Röhrchenkalibers wäcl stürmisch die Zahl der beobachtbaren Verstopfungen; der Durchmess der bei Laboratoriumsversuchen verwendeten Röhrchen übertrifft weitem den der kleinen Arterien, nicht erwähnt den der Arteriol und Kapillaren. Die Verstopfung der Röhrchen, das Wechseln d Plasma- und roten Blutkörperchen-Schichten erfolgt am häufigst bei einer Neigung von 67,5°. Die Erscheinung ist bei den verschi denen Tiergattungen in verschiedenem Maße ausgeprägt. E Schweineblut kommt es überhaupt nicht vor; verhältnismäßig selt bei dem rasch sinkenden Pferdeblut, ebenso bei dem sehr langsa sinkenden Blut von Hammeln. Die Erscheinung ist al nicht durch die Geschwindigkeit der Senkung bedingt. Auch be Menschenblut ist die Erscheinung nicht häufig zu sehen. Bei Bl proben von Frauen bzw. Weibchen ist die Erscheinung häufiger, bei den Männern bzw. Männchen. Kaum jemals konnte sie defibriniertem Blut beobachtet werden, gerinnungsfördernde Su stanzen spielen eine größere Rolle in ihrem Zustandekommen. A die Vorgänge innerhalb der Blutbahn sollen vorläufig keine Schlüs gezogen werden.

Die Behandlung des Asthma bronchiale mittels Ponndorffschen ungen. Verff. ist es gelungen, die Ponndorffschen Impfungen als Art Proteintherapie gegen Asthma bronchiale mit Erfolg anzuden. Er machte die Impfungen am Höhepunkt des Anfalles, die meine und lokale Reaktion stellte sich innerhalb 2 bis 24 Stunden Die Kranken berichteten im allgemeinen am dritten Tage von wesentlichen Erleichterung. Die zweite Impfung nahm Verf. Ablauf der allgemeinen und lokalen Reaktion, also nach 8 bis agen nach der ersten vor. Diese verlief stets mit einer stärkeren ktion. Die dritte Impfung geschieht nach denselben Prinzipien. er wurde monatlich (6 bis 9 Monate hindurch) je eine Impfung acht. Herdreaktion kam bei keinem der Fälle vor. Von 17 Fällen den 9 gänzlich geheilt, bei 7 werden die Impfungen vierteljährwiederholt, 2 waren refraktär. Die Impfungen wurden nach eners Messermethode ausgeführt.

Die vegetativen Neuropathien. Jene krankhaft veränderten Erinungen des Nervensystems, die sich im Bereiche der vegetativen ktionen abspielen, werden als vegetative Neuropathien bezeichnet in drei Hauptgruppen eingeteilt. Der ersten Gruppe werden die normalen Lebenserscheinungen nächstliegenden, von ihnen sich graduell unterscheidenden Vorgänge zugeordnet. Hyper- und azidität, Gastrosukkorrhoe (bisher Sekretionsneurosen genannt); egungsdiarrhoe, durch Ekelgefühl bedingtes Erbrechen; die tischen Zustände: Kardio-, Oesophagus-, Magenspasmen, die tische Obstipation; die atonischen Zustände: die atonische Obstion, Magen-, Blasen-, Uterusatonie (diese galten bisher nur für nptome); Reflexerytheme, Dermographia elevata, die sui generis retende Vitiligo, auch andere Pigmentanomalien; als reine vegee Neuropathien sind zu bezeichnen der psychisch bedingte Kol und Schock („Nervenschock"). Die zweite Gruppe bilden jene nkheiten, deren Hauptsymptome auf Veränderungen des vegeven Nervensystems beruhen. Hierher gehören vor allem jene nptomenkomplexe, die unter dem Namen Psychoneurosen zumengefaßt werden, aber eine unter dem oben angedeuteten Getspunkte vorzunehmende Prüfung der Psychoneurosen fordert den ch mit der Bezeichnung „Neurose" in bezug auf das vegetative vensystem. Es wird auf die „Herzneurose" bei der Neurasthenie ewiesen (Palpitatio, Tachykardie, Extrasystole usf.). Sexuelle rasthenie ist reinste vegetative Neuropathie. Die Diagnose sterie" ist streng zu revidieren. Sobald ihre Symptome sich in Sphäre des vegetativen Nervensystems abspielen, ist sie dem ls der vegetativen Neuropathien zugehörig zu bezeichnen. Angina oris (auch organischer Aetiologie), Ueberleitungsstörungen, Vorlimmern und -flattern werden in diesem Zusammenhang in Beht gezogen. Hierher gehören jene Anfälle bei gestauter Gallene, die Westphal durch eine hypertonische Motilitätsneurose ert, analoge Verhältnisse auch bei Nephrolithiasis. Es werden noch ähnt: die Krisen der Tabiker überhaupt, Ulcus ventriculi, Malum forans pedis, Hautveränderungen bei Syringomyelie, Herpes ter, Osteopsatyrosis, Ostitis ossificans diffusa (Paget), Sudecksche chenatrophie, neurogene Hautatrophien, Recklinghausensche nkheit. In die dritte Gruppe gehören die Krankheiten, deren sen die Störungen des vegetativen Nervensystems sind, d. h. die etativen Neuropathien in engerem Sinne: Asthma bronchiale, die äßkrise der Art. vertebralis (Migrain), paroxysmale Tachykardie, ynaudsche Krankheit, Erythromelalgie, Urtikaria, die vegetative rose Fahrs, die essentielle Hypertonie nach Kylin. Auf einer chanischen Läsion der vegetativen Zentren beruht die Commotio, einer thermischen die Insolatio, auf einer toxischen die Nikotingiftung, auf einer peripherischen das Hornersche Syndrom, auf er Dysfunktion des Systems die Sklerodermie, die Hemiatrophia lei (vasomotorische trophische Neurose Cassierers). Die Lösung einschlägigen Probleme wird nur eine langwierige und ungeheure beit geben können.

Jahrgang 67, Nr. 9.

Ueber die epileptische Konstitution. Bei der Entstehung der Episie, sowohl der genuinen, als auch der sekundären wird ein endoer Faktor als notwendig vorausgesetzt und in einer Störung der relation der innersekretorischen Drüsen erblickt und diese in Anolien, die der dysplastischen Körperkonstitution, welche bei Epietikern in vorwiegender Anzahl vorkommt, belegt gefunden. In Zustandekommen dieser angeborenen Korrelationsstörung elen blastophthorische Einflüsse die größte Rolle. Da wir nun in gewissem Sinne epileptische Konstitution hiermit vorausezen, wird die Therapie vor allem in der Prophylaxie bestehen, in der Ausschaltung blastophthorischer Einflüsse, in erster Reihe in Meidung des Alkohols, durch Erziehung zur Abstinenz; dann in der Verhinderung der Ehe zwischen Geisteskranken, insbesondere den Epileptikern.

Ueber die Therapie narbiger Kehlkopfstenosen. Bei der Indikationsstellung der einfachen Erweiterung, der Laryngofission, der Laryngostomie bildet nur der graduelle Unterschied die pathologisch-anatomische Grundlage. Im allgemeinen ist eine ältere Narbe für Erweiterung geeigneter, als eine frischere, auch daraus folgt schon, daß nach Möglichkeit konservativ vorgegangen werden soll, und in diesem Sinne womöglich so, daß wir ohne Laryngofission das stenotische Larynxlumen mittels Bolzen oder Gummischlauch erweiternd, auskommen sollen. Wenn die Narben nicht zu dick sind und keine Verwachsungen bestehen, können größere Defekte des Knorpels ausgeschlossen und mit der Erweiterung sofort begonnen werden. Den Schlotter-Schlauch empfiehlt Verf. mit größtem Vorbehalt, bei kleineren Stenosen bewährte sich der Tubus nach O'Dywer sehr gut, am besten aber auch bei den schweren Fällen die Thostschen Bolzen. Einzelheiten über die Handhabung und die Nachteile. Sind aber die Narben sehr dick und ausgebreitet, ringförmig, und ist es zur Entstehung der Stenose wesentlich durch die Bildung von Schleimhautfalten gekommen, so muß eine Laryngofission gemacht werden. Wenn nun die Narben und die Verwachsungen nicht sehr ausgebreitet sind oder die Stenose nur durch Schleimhautfalten bedingt war, so kann nach den notwendigen und entsprechenden Eingriffen der Kehlkopf wieder geschlossen werden (die Entfernung der Narbe soll subepithelial geschehen). Die Laryngfissur wird nicht geschlossen, d. h. ein Laryngostoma angelegt, wenn die Ausbreitung der sehr dicken Narbe eine zu mächtige und die Stenose zu hochgradig oder wenn die Verwachsungen übermäßig ausgedehnt sind. Plastische Eingriffe sollen nur vorgenommen werden, wenn sehr langdauernde konservative Eingriffe erfolglos. Verf. beschreibt eine von ihm angegebene plastische Methode, die eigentlich den Schlußakt einer konservativen Therapie bildet, im Laufe deren z. B. der Kehlkopf zwar erweitert wurde, aber seine freie Durchgängigkeit noch nicht besitzt, der Eingriff leistet nicht nur die Erweiterung des Lumens, sondern auch das Schließen des Kehlkopfstoma. Die Operation wird in drei Phasen ausgeführt. Methodische Einzelheiten.

Jahrgang 67, Nr. 10.

Die Aenderungen der Blut- und Liquorreaktionen bei Neurolues durch Rekurrensbehandlung. Mitteilung I. Die Arbeit wird nach der Schlußmitteilung zusammenfassend referiert.

Zur Aetiologie der Peritonitis pneumococcica. Die Peritonitis pneumococcica entsteht im allgemeinen auf vier Arten: Hämatogen (Pneumonie, Pyämia pneumococcica); Lymphogen durch Uebergreifen aus dem benachbarten Gewebe (Appendicitis pc., Pleuritis pc.); aus dem Magendarmtraktus in die Bauchhöhle gelangend (Perforation, durch Verschlucken hochvirulenter Keime, die dann durchwandern: — ? —); Infektion durch die Genitalien. Frauen erkranken viermal so oft, als Männer, Infektionsweg vor allem durch die Genitalien (Riedel, Wildegans). Am allerhäufigsten erkranken an Peritonitis pc. die Kinder, nach Birk deshalb, weil die Kinder für Pneumococcusinfektion empfänglicher sind, als die Erwachsenen und je jünger, desto eher. Nach den Erfahrungen des Verf. im Bródy-Kinderspital, Budapest, kommt die Peritonitis pc. fast ausschließlich bei kleinen Mädchen vor, meistens mit Fluor vergesellschaftet. Wolfsohn, der jüngste Referent dieses Themas, hebt hervor, daß bei kleinen Mädchen eine Pyometra und Pyosalpinx mit konsekutiver Peritonitis und mit bakteriologischem Nachweis der Pneumokokken bisher nur sehr selten beschrieben worden ist. Verf. teilt nun einen Fall von Peritonitis tödlichen Ausganges eines 8 Monate alten Säuglings mit, bei welchem die pathologisch-anatomische Untersuchung folgende Diagnose ergibt: Peritonitis fibrinosa verosimiliter ex endometritide et salpingitide orta; im Eiter der Bauchhöhle und der Genitalien Gram-positive Diplokokken, Züchtungsversuche fielen in gleichem Sinne positiv aus; im Organismus war nirgendswo ein Prozeß zu finden, welcher eine metastatische oder eine andere als durch die Genitalien direkt zustande gekommene Entstehung annehmen ließe.

Robert Klopstock, Berlin.

Therapia (Budapest).

Nr. 4, 1927.

Nr. 5, 1927.

Das Selbstmassageturnen des Fußes. Von den Mitteln der Behandlung und der Prophylaxie des schwachen Fußes (der sich früher oder später in bezug auf seine Form, seine Konstruktion, seine Funktion — Plattfuß, Hallux valgus, Hammerzehe usf. — wesentlich verändert) findet das Turnen sowohl seitens des Arztes, als auch seitens des Kranken am wenigsten Beachtung. Das Wesen des Selbstmassageturnens besteht darin, daß der Kranke mit dem einen Fuß alle Muskeln des anderen entlangmassiert; die massierenden Bewegungen, die Stellung des Körpers bzw. des massierten Fußes wurden nach A. Báron so gewählt, daß einerseits die langen Zehenbeuger, die Sohlenmuskel, die Zwischenknochenmuskel (die meist vernachlässigten Fußmuskel!) des massierenden Fußes durch ausgiebige Relaxationen unterbrochene, mittelstarke Kontraktionen ausführen, andererseits, daß sich sowohl der massierende als auch der massierte Fuß passiv redressieren. Dauernden Erfolg wird natürlich nur jener Kranke aufweisen, welcher das richtig angeeignete Turnen (welches in der Arbeit durch schöne Bilder sehr anschaulich gemacht) eine längere Zeit hindurch und systematisch ausführt. Die Gesamtzahl der massierenden Bewegungen ist im Anfang 50 oder noch weniger, wenn es zu sehr ermüden sollte, später 150 bis 200, die eine Zeit von ca. 20 Minuten beanspruchen.

Ueber Transargan. Das Präparat von der Fabrik Henning hat den anderen Silberpräparaten gegenüber den Vorzug, daß es trotz seines hohen Silbergehaltes (ca. 33%) gar keine Schmerzen verursacht, die Wäsche nicht schmutzt und in sehr dünner Konzentration noch bakterizid wirkt (1 : 5000 bis 1 : 1000), weshalb das Präparat sehr billig und leicht zu handhaben ist. Auch bei Zystitis bei Prostatahypertrophie konnte Verf. Transargan mit gutem Erfolg verwenden.

Nr. 6, 1927.

Ueber die Idee der Krankenversicherung. Die Aerzteschaft soll sich nicht darum bemühen, die Idee der Krankenversicherung zu bekämpfen, sondern darum, daß durch die zustandekommenden Systeme und Organisationen die traditionellen Formen der ärztlichen Praxis im Interesse des Gesundheitswesens und der Aerzteschaft nicht verzerrt werden. Diese kann sie aber nur erreichen, wenn sie nach gründlichem Studium der einschlägigen und komplizierten Probleme über die Lenkung der Bewegung in die richtige Bahn selbst sorgen wird. Robert Klopstock, Berlin.

Nowiny Psychjatryczne (Dziekanka-Polen).

Heft 3, 1927.

Neue Ideen Bleulers über die Schizophrenie. Verfasser weist auf die bedeutende Rolle Bleulers in der modernen Psychiatrie hin und betont dessen Verdienste um die Erforschung des weiten Gebietes der Schizophrenien. Nach einem gedrängten Ueberblick über die neueren Theorien bespricht Verfasser die Ideen Bleulers. Er analysiert die wesentlichen Merkmale der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins sowie die Kretschmer-Bleulersche Klassifikation der schizophrenen Prozesse, welche vom normalen Zustand des schizoiden Temperaments, auf dem Wege über die Schizopathie, latenten und später zur manifesten Schizophrenie übergehen und schweren status dementiae auslaufen können. Immer ist Störung Gefühlssphäre und Verblödung zu konstatieren. Im Einzelfalle han es sich darum, die mehr oder minder vorgeschrittene Entwickl des Krankheitsprozesses festzustellen. Auch betreffs des mani depressiven Irreseins stellt Bleuler eine aufsteigende Reihe welche mit der syntonen Reaktion des normalen Individuums beg und in den manifesten Formen der Psychose endet. Verfasser häl mit Bleuler — die Schizophrenie für eine physiogene Affektion organischer Basis, mit psychogenem Ueberbau, hebt die vorh schende Rolle des Unterbewußten hervor und weist auf die Bedeut des Geschlechtlichen hin. Viele Frühformen der Krankheit sind w scheinlich als Neurosen anzusehen. Es ist zweifelhaft, ob die nahme Bleulers richtig ist, daß die Schizophrenie nur beim Mens vorkomme, während die Mehrzahl der endogenen Seelenstörun wie Epilepsie, manisch-depressives Irresein, Hysterie auch bei Tieren anzutreffen sei.

Zur Frage der bedingten Reflexe. Verfasser diskutiert das blem der bedingten Reflexe. Der Mechanismus des bedingten flexes ist identisch mit demjenigen des absoluten Reflexes, nur d hier die membrana mucosa als Reizaufnahmestelle, während b bedingten Reflex der Reiz die Sinnesorgane trifft; der Hund die Nahrung und riecht sie; er hört die Schritte der Person, we die Nahrung bringt und bekommt daraufhin Speichelfluß. Der bedingte Reflex (Speichelfluß) entsteht dank der analytischen synthetischen Funktion des Gehirns. Mit dem Problem der beding Reflexe hängen viele Fragen, betreffend die Funktion der Hirnhe sphären, zusammen. Es handelt sich um die Feststellung, ob man Tätigkeitssphäre eine rezeptive oder eine effektive Aktivität schreiben darf. Pavloff behauptet, auf Grund der Theorie von bedingten Reflexen, daß die Tätigkeitssphäre des Gehirns als Reze aufzufassen sei, ähnlich wie die Sehsphäre. Jeder Rezeptor steh Verbindung mit seinem (im Gehirn gelegenen) Zentrum; außer Zentrum birgt das Gehirn noch andere Aufnahmestellen, wenn a ihre Funktion mit der zunehmenden Entfernung vom Zentrum ab schwächt wird. Pavloff folgert — mit Munk —, daß der Intellekt Ausdruck der Tätigkeit der gesamten Gehirnmasse sei. Der subjekti Psychologie, die sich der introspektiven Methode bedient, wird je Wert abgesprochen; nach Pavloff ist die Psychologie keine u hängige Wissenschaft, sondern sie stellt lediglich eine Unterabteil der Gehirnphysiologie dar. Die Beobachtungen, die Pavloff in sei Laboratorium machte, enthalten ein wertvolles Material für Neurologen. Pavloffs Erfahrungen tragen viel zur Erklärung Hysterie, der Psychasthenie sowie gewisser Psychosen bei. Psychiatrie wiederum könnte — bis zu einem gewissen Grade — unterstützender Faktor für die Physiologie der Hirnhemisphären s Br. Makowsk

Liječnički Vjesnik.

Nr. 8, August 1927.

Beitrag zur Untersuchungsmethodik der Tuberkelbazillen bei ni expektorierenden Kranken. Es wurde Spraymaterial von 100 Kran durch Auffangen der während des „trockenen" Hustens verschl derten Tröpfchen auf einen Wattebausch untersucht. In 34% wur Tuberkelbazillen gefunden. Die unmittelbare Untersuchung Spraymaterials besitzt große Bedeutung in der Kinderpraxis und nicht expektorierenden Erwachsenen. Die Methode läßt sich info ihrer Einfachheit überall leicht anwenden, auch bietet sie bess Resultate als die komplizierten und in ihrem Ergebnis unsiche Stuhl- oder Mageninhaltuntersuchungen bei nicht expektorieren Kranken.

Das Problem der Noah-Weine. Die Intoxikationserscheinun bei Genuß dieser Weine (aus direkt tragender Rebe) sind nach Untersuchungen des Verf. nicht auf die Anwesenheit von Meth alkohol zurückzuführen.

Fall von Aspirinintoxikation. Bei dem 53jährigen Mann stell sich nach Einnahme innerhalb von 12 Stunden nachts von vermutl 8 oder gar mehr Tabletten à 0,5 g von Aspirin (Bayer) Intoxikatio-

rscheinungen in Form von Fieber, schwerer Dyspnoe und Zyanose, owie einem diffusen Erythem. Die symptomatische Therapie war on Erfolg begleitet. Ashkenasy, Wien.

The Lancet.

213., Nr. 12, 17. September 1927.

Luminalnatrium in der Behandlung der Epilepsie. Beobachtungen ber die Wirkung von Luminalnatrium bei 167 Insassen einer Epiptikerkolonie, also meistens schweren und schon jahrelang erfolglos anderer Weise behandelten Fällen. Die Dosierung betrug 0,06 bis ,18 g einmal täglich. Größere Dosen mögen vielleicht etwas wirkamer sein, sollten aber in Anbetracht der sich leicht einstellenden oleranz und der schwerwiegenden Folgen bei Aussetzen der Droge icht gegeben werden. In der Mehrzahl der Fälle ist die Wirkung n Beginn eine gute, jedoch tritt bald langsamer, bald schneller eine oleranz gegen die Droge ein. In etwa 5% der Fälle hören die nfälle vollkommen und anscheinend dauernd auf, ohne daß diese älle irgendwelche Merkmale zeigen, aus denen man auf einen güntigen Einfluß a priori schließen könnte. Ob nun das Luminal gut irkt oder nicht, das Aussetzen der Medikation hat fast stets eine ft hochgradige Vermehrung der Anfälle zur Folge. Schwere Geistesörungen kamen nach dem Gebrauch von Luminal vor, waren edoch selten, und Verf. glaubt, daß sie nicht auf das Schuldkonto des uminal zu setzen sind. Ausschläge wurden nur zweimal beobachtet. n ganzen folgt aus diesen Erfahrungen, daß Luminal nur mit Vorcht und unter sorgfältiger Kontrolle bei Epilepsie angewandt werden arf. Ein unmittelbarer, günstiger Erfolg ist kein Beweis für eine achhaltige gute Wirkung. Immerhin ist im Hinblick auf eine geringe ahl von Heilungen das Risiko einer Luminalbehandlung gerechtrtigt.

Der Einfluß ovaler Sepsis auf die Kohlehydrattoleranz bei Nichtiabetikern. In 11 Fällen ovaler Sepsis bei Nichtdiabetikern bestand ine ausgesprochene Herabsetzung der Kohlehydrattoleranz, die in rei Fällen akuter alveolärer Abszeesse größer war als in vier Fällen on Pyorrhoe. Erfolgreiche Behandlung der Zähne führte in fünf von iesen sieben Fällen zu einer Steigerung der Kohlehydrattoleranz fast is zur Norm, ein Beweis dafür, daß die Erkrankung der Mundhöhle ie Verringerung der Toleranz verursacht hatte. Es ist nicht von er Hand zu weisen, daß langes Bestehen derartiger septischer Proesse in der Mundhöhle zu Glykosurie oder gar Diabetes führen ann.

Eine Untersuchung über die Resultate der Röntgenbestrahlung on primären, malignen intrathorakalen Tumoren. Gelegentlich eines alles von Lungensarkom bei einem 12jährigen Knaben, das nach öntgenbehandlung zeitweise verschwand, durchforschten Verff. das laterial von 120 Fällen, welches aus den größten Hospitälern Londons tammte. Von den 59 mit Röntgenstrahlen Behandelten scheint einer eheilt zu sein, von den 61 Nichtbestrahlten sind alle gestorben. ußer in dem geheilten Falle wurde das Leben durch Röntgenehandlung anscheinend niemals verlängert, auch erfuhren die Symtome mit wenigen Ausnahmen keine Milderung. Eine erhebliche psyhologische Wirkung hann nicht geleugnet werden. Der geheilte Fall etraf eine 25jährige Frau, deren Krankengeschichte in extenso mitteilt wird, und die nach einer Behandlung mit Röntgenstrahlen, alvarsan und Selenium seit vier Jahren vollkommen gesund und ezidivfrei ist.

Drei Fälle von Ruptur früherer Kaiserschnittnarben. Ein Grund ir die Uterusruptur in den drei beschriebenen Fällen ließ sich kaum nden. Die Kaiserschnitt-Operationen waren alle von sehr erfahrenen ynäkologen ausgeführt worden und ohne das geringste Zeichen von epsis verlaufen. In allen drei Fällen trat die Ruptur im Beginn der eburt ein, in dem einen sogar ohne allen klinischen Zeichen dafür, aß die Geburt bereits eingesetzt hatte. Die ersten zwei Fälle illutrieren die wohlbekannte Tatsache, daß eine gebärende Frau enorme lutverluste vertragen kann und daß der Uterus nach der Ruptur einen Inhalt zu entleeren trachtet und sich danach in wirkungsvoller Weise kontrahiert. Im dritten Falle verhinderte die an der vorderen Uteruswand inserierte Plazenta auf mechanischem Wege ein starkes Auseinanderweichen der Wundränder und eine Austreibung des Foetus. Es ist anzunehmen, daß die Entwicklung der Plazenta an der vorderen Wand die Kaiserschnittnarbe zu einer Schwächung und Ruptur prädisponiert. Im ersten Falle kam es nach kurzer Zeit zu erneuter Schwangerschaft, und die Frau wurde unmittelbar nach Einsetzen der Geburt vorsichtshalber durch Kaiserschnitt entbunden. Bei der Operation erwies sich die von der früheren Ruptur herrührende Narbe als gesund und fest, aber die Plazenta saß an der hinteren Wand. Rontal.

Paris Médical.

Nr. 35, 27. August 1927.

Pseudoneurasthenie bei Lungentuberkulose. Man unterscheidet klinisch zwei Formen von latenter Lungentuberkulose: die pseudogrippale, die sich mit Exazerbationen entwickelt und die pseudogrippale neurasthenische. Diese letztere wird oft jahrelang erfolglos behandelt und für die banale essentielle Form gehalten; man kann sie aber rasch heilen, wenn man die Lungentuberkulose von vornherein behandelt. Bei Tuberkulösen besteht von vornherein eine kongenitale Hypersensibilität, oft auch eine erworbene, die die Vaskularisation und die Ernährung verschiedener Teile des Nervensystems, von inneren Organen und auch von den inneren Drüsen stört. Unter die Krankheiten, die an erster Stelle das Bild der Neurasthenie schaffen, gehört die Tuberkulose. Der tuberkulöse Prozeß mit seiner langen Heilungsdauer und seinen vielen Komplikationen, seinen anatomischen und physiologischen Beziehungen zum Nervensystem, besonders zu den Vasomotoren, die Veränderung des Familienlebens in sozialer und ökonomischer Hinsicht, schafft eine Menge endo- und exogener Bedingungen, die zur Neurasthenie prädisponieren und sie hartnäckig werden lassen. Klinisch wichtig ist es, daß es zahlreiche Fälle von Lungentuberkulose gibt, bei denen die Kranken sich nicht über Respirationssymptome beklagen, sondern lediglich über hartnäckige und klare Neurasthenie. Und gerade in der initialen Phase kann man außerordentlich viel neurasthenische Symptome bei Tuberkulösen beobachten: man kann sagen, jeder namentlich jugendliche Tuberkulöse macht ein neurasthenisches Stadium durch. Man kann also keine genauen Zahlen geben, wie bei den gastrointestinalen Störungen tuberkulöser Natur, die ca. 35% ausmachen, bei den Phyrirtuberkulösen mit 17%. Dazu kommt, daß dieses neurasthenische Stadium deshalb leicht übersehen wird, weil die Kranken selbst den Spezialisten bestimmen, und dieser sehr leicht die Lungenprozesse, namentlich wenn sie nicht sehr deutlich sind, übersieht. Ferner kommt dazu, daß die Kranken, die nur eine Bronchialdrüsentuberkulose haben und besonders gerne Neurasthenie zeigen, sich eben deshalb von ihrem Standpunkt aus nicht mal mit Unrecht für reine Neurastheniker halten.

Von psychischer Seite findet man leichte Ermüdung bei geistiger Arbeit, schon beim Lesen, Kopfschmerzen, die in den Nacken und auch in den Rücken ausstrahlen, Palpationen, Schweiß. Leichte Temperaturschwankungen, Drüsenschwellungen am Hals, abnorme Atemgeräusche. Röntgen ergibt Vergrößerung der Bronchialdrüsen. So bei Kindern, bei Erwachsenen Arbeitsunlust mit kurzer explosiver Energieanstrengung; Gähnen, Vergeßlichkeit, Gefühl der Schwäche, sind den Mühen und kleinen Widerwärtigkeiten des Lebens nicht gewachsen. Laute Sprache entnervt sie, leichte Erregbarkeit wegen nichts, Willensschwäche, Ungeschicklichkeit in ihrer Arbeit, all dies führt zu einem Gefühl der Minderwertigkeit, zu Depression, Apathie und weinerlichem Zustande. Sie ertragen den Hunger schlecht und fallen infolgedessen leicht in Ohnmacht, sind Witterungseinflüssen gegenüber äußerst sensibel. Frieren leicht und sind oft sehr unruhig. Liegt gleichzeitig Hyperthyreoidie vor, so kommt es bei Ermüdung leicht zu Insonmie. Andere, besonders Hypothreoidiker, erholen sich durch Schlaf gut. Wieder andere erleiden besonders nach längerer Arbeit abends infolge brüsker Hyperämie der nervösen geschwächten Zentren eine Unterbrechung ihres Schlafes durch eine Erschütterung, sind gegen Narkotika und Alkohol sehr empfindlich. Ihre Angst, etwas unangenehmes zu erfahren, läßt sie oft nicht zum Arzt gehen. Es kommt zu Monophobie, Nyktophobie, schließlich zu Misanthropie. Charakteristisch ist die Instabilität, der Wechsel zwischen Erregung und Depression durch ein reges Vasomotorenspiel, das teils durch die Temperaturschwankungen, teils durch das Tuberkeltoxin kommt.

Sehr häufig findet man Kopfschmerzen. Oft bei Jugendlichen und Frauen. Oft führen sie allein zum Arzt: hartnäckig, in Form einer Okzipital- oder Trigeminusneuralgie, selbst einer Migräne, können sie zu jeder Arbeit unfähig machen; Neigung zu Schwindel und Ohnmacht. Tuberkulöse sind überhaupt leicht zu Neuralgien geneigt. Man muß

natürlich andere Ursachen, Gehirn, Ohr, Karies, Nephritis, Diabetes, Arteriosklerose, Intoxikationen ausschließen. Alte Leute führen diese Beschwerden gerne auf eine Gehirnhyperämie mit Verstopfung zurück und machen den Zustand durch Abführmittel nur noch ärger. Alle diese Zustände kommen von einer konstanten oder periodischen Gehirnanämie durch Sympathikusstörungen: die meisten Tuberkulösen sind namentlich im Anfang Sympathikotoniker (ungleiche Pupillen, Mydriasis). Besteht auch Hyperthyreoide, so ist man oft überrascht durch den wechselnden Ausdruck der Augen, die wechselnde Farbe der Iris, das ungleiche Vorspringen der Augen usw. Wichtig ist der Augenschmerz. Oft sind es Kopfschmerzen an den Schläfen, selbst Migräne vortäuschend, so daß schon Lesen unmöglich ist. Oft eine Asthenopie, besonders bei Schülern, ein Zeichen der latenten Lungen- oder Drüsentuberkulose. Oft Mouches volantes. All dies kann zur Neurasthenie führen. Oft wird Ohrensausen beobachtet: Hypersensibilität des Akustikus gegenüber physiologischen Vorgängen durch Sympathikotonie bedingt. Wichtig sind ferner Halsschmerzen bei Ermüdung, oft mit einem Wechsel der Stimme verbunden, so daß man an eine bazilläre Veränderung im Kehlkopf denken kann. Entweder sind es funktionelle Lähmungen der Larynxmuskel oder Neuralgie in der Gegend des Zungenbeins. Solche Zustände kommen sehr häufig vor. Ebenso Schluckbeschwerden, die sowohl funktionell, wie Vorläufer eines tuberkulösen Larynxprozesses oder peribronchialer Drüsen sein können.

Von Schmerzen am Rumpf und an den Extremitäten sind vor allem Head'sche Zonen zu nennen; Schmerzen an den verschiedensten Stellen des Rumpfes dauernd oder vorübergehend, beim tiefen Atmen, Gähnen, Husten, Niesen, bei Witterungswechsel; meist sind es die bei Tuberkulösen so oft beobachteten Interkostalneuralgien. Oft sind es direkte Projektionen der Veränderungen auf der Lunge, oft sind es selbst bei pleuralen Adhärenzen lediglich dazu nicht in Beziehung stehende Hyperästhesien. Meist entstehen sie durch Erschöpfung der Respirationsmuskel; manchmal geht Hämoptyse voraus. Sehr sensibel ist das Vasomotorensystem: Röte, Blässe, Frösteln, kalte Finger beim Schreiben, Füße bei längerem Sitzen. Schwitzen der Hände, Neigung zu Ohnmachten usw. Sie sind nicht durch Anämie bedingt, sondern durch plötzliche Einwirkung des Tuberkelgiftes auf gewisse Segmente des Vasomotorensystems. Wenn dieses Spiel der Vasomotoren die Herzgefäße ergreift, so können Herzkrankheiten vorgetäuscht werden: Palpationen, Angina, Schmerzen, Pulsstörungen, Tachykardie, selbst fast typische Anfälle von Angina pectoris, die oft sehr schwer zu enträtseln sind. Blutdruck: meist an den unteren Grenzen der Norm. Vorübergehend erhöht, besonders vor Hämoptysien. Herzschmerzen können bei erotischen Erregungen oder intellektueller Arbeit auftreten. Manche Zeichen können auch auf Rechnung der Hyperthyreoidie gesetzt werden. Auch kann ein tuberkulöser Schub bei einem schon bestehenden alten Herzfehler ähnliche Erscheinungen machen, woran man sich stets erinnern muß. Auch Rachialgie und Kokzygodynie trifft man namentlich bei Frauen sehr häufig an. Auch Gliederschmerzen bei Ermüdung oder nachts im Bett sind namentlich bei Jugendlichen nicht selten. Oft in den Knien, ein rein neurasthenisches Symptom. Sodann sind Kopfneuralgien, Interkostalneuralgien und solche der Bauchwand gar nichts seltenes: sie können oft erfahrene Aerzte in Verwirrung bringen. Von seiten des Verdauungstraktes: Appetitlosigkeit, plötzlicher Widerwillen gegen gewisse Speisen, saures Aufstoßen, Sodbrennen, heftige Magenschmerzen, Nausea. Meist liegt Verstopfung vor, oft aber auch ganz grundlose Diarrhoen. Alle diese oft sehr hartnäckigen Erscheinungen weichen rasch einer entsprechenden Behandlung der Tuberkulose. Endlich ist noch als nicht seltenes Vorkommen eine sexuelle Impotenz beim Manne sowie bei der Frau mit manchmal erhöhter kurzdauernder sexueller Erregung. Also alle Kranken die hartnäckige neurasthenische Symptome zeigen, besonders von seiten des Vasomotorensystems, Herz, Magen, Darm, Thyreoidea sind eingehend auf den Lungen zu untersuchen.

Nr. 36, 3. September 1927.

Ophthalmologie. Cousin.
Behandlung der Dakryozystitis. L. Dupuy-Dutemps.
Die Otorhinolaryngologie 1927. L. Dufourmentel und A. Bueau.
Ueber Amygdalektomie. Adrien Harburger.
Die Stomatologie 1927. Ch. Hirondel.
Die Ueberwachung der temporären Zähne beim Kind. Raymond Thibault.
Peribukkale Aderopathien und Zähne. A. Richard.

Nr. 37, 10. September 1927.

Legale Medizin und epileptische und hysterische Anfälle. M. Chavigny.
Basalstoffwechsel und Nierenkrankheiten. St. Sterling-Okuniewski und J. Wegierko.
Behandlung der Läuse. Lucien Perrin.

Nr. 38, 17. September 1927.

Die gegenwärtige Stellung der Chirurgie. Thermier.
Glykämie und Cholesterinämie im Verlaufe des Ekzems. Terris und Markianos.

v. Schnizer.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 73, 10. September 1927.

Die Rolle der Milz, insbesondere des spleno-hepatischen Endothels bei chromagogen Funktion der Leber. N. Fiessinger, H. R. Olivier und R. Caste
* Die gegenwärtigen Gefahren der Berufs-Arsenvergiftungen. F. Heim, Lafont Agasse und A. Fril.
Die Schwelle des Blutzuckers in der Glykosurie der Diabetiker und Schwange K. Faber.
Das Ephedrin. J. Mouzon.

Die gegenwärtigen Gefahren der Berufs-Arsenvergiftungen. Gefahren der Arsenvergiftung besteht weniger für die Arbeiter, mit arseniger und Arsensäure manipulieren, als für diejenigen, die Arsen-Natrium zu tun haben. Letztere erkranken mit Augen-, gast intestinalen, und vor allem Hautaffektionen, die so schwer s können, daß sie einen Berufswechsel erforderlich machen. Auf P phylaxe und Hygiene ist der größte Wert zu legen; speziell w die Masken betrifft, so müssen sie regelmäßig angewendet wer und den Erfordernissen genau angepaßt sein, dürfen vor allem zu bedeckenden Körperstellen nicht reizen, sondern wirklich schütz

Nr. 74, 14. September 1927.

* Regulierte Fiebertherapie bei progressiver Paralyse durch intravenöse Injek von Schankervakzine. Sicard, Haguenau und Wallich.
Die Bakteriämien durch den Bacillus verfringens. L. Boez und J. Schreiber

Regulierte Fiebertherapie bei progressiver Paralyse durch int venöse Injektion von Schankervakzine. Verff. haben in dem Präpa Dwelcos, einer Vakzine gegen den weichen Schanker, ein Mittel Fiebertherapie bei Paralyse gefunden, das anscheinend bei den ringsten Unbequemlichkeiten die besten Heilerfolge aufweist. Fieberanfall ist regelmäßig, zwischen 38—40°, wiederholt sich 30- mal ohne Abschwächung und greift den Patienten lange nicht in d Maße an wie die Malariatherapie. Das Präparat wirkt auch, f aus Versehen unter die Haut gespritzt, nicht ätzend und macht ke schmerzhafte Lokalreaktion. Ein zwei bis drei Stunden nach Injektion auftretendes Kältegefühl und Kopfschmerzen gehen sch vorüber. Das Unterbrechen oder Abbrechen der Kur geschieht e fach durch Weglassen der Injektion. Die behandelten Paralyti mit schweren psychischen Symptomen zeigten nach 43 Injektion die gleiche Besserung wie bei der Malariatherapie bei gutem All meinzustande. Auf die serologischen Symptome bleibt die ebenfalls ohne Einfluß.

Haber

The Journal of the American Medical Association.

89., Nr. 10, 3. September 1927.

Experimentelle Erzeugung trachomartiger Erkrankung bei Affen. H. Noguchi.
Die Verwendung von Chinidin in der Behandlung von Arhythmien des Herz Ch. W. Barrier.
Orbitale Meningo-Enzephalozele mit Mikrophthalmie. M. Cohen.
Vollkommener Blasenschluß nach Prostatektomie. W. E. Lower.
* Radiumbehandlung bei Neubildungen der oberen Luftwege. G. A. Robinson.
Perniciöse Anämie. D. J. Macht.
* Eine an Leber reiche Diät in der Behandlung von perniziöser Anämie; Studium von 105 Fällen. G. R. Minot und W. P. Murphy.
* Behandlung perniciöser Anämie mit einer Diät von hohem Kalorienwert reichem Vitamingehalt. K. K. Kössler und S. Maurer.
Ein Studium der Haut in 500 Fällen von Diabetes. A. M. Greenwood.
Normierung in der Röntgenologie. P. M. Hickey.
Anorektale Krankheiten. A. B. Graham.
Physikalische Therapie und ihre Beziehungen zur orthopädischen Chirur A. H. Freiberg.
Die nichtsteinhaltige Gallenblase. G. P. Muller.
Die Empfänglichkeit für Typhus, Dysenterie, Nahrungsmittelvergiftung Diarrhoe. L. Arnold.

Radiumbehandlung bei Neubildungen der oberen Luftwege. Fibro desNasenrachenraumes kommen meistens im jugendlichen Mannesal vor, gewöhnlich gestielt, mit Ausgang vom Gewölbe des Nasenrach raumes, seltener von den hinteren ethnoidalen oder sphenoida Sinus. Operation führt oft zu schweren Blutungen und häufig zu R zidiven. Radiumbehandlung ist unschädlich und gibt gute Resulta Technik: Applikation einer 50 mg Radiumtube für sechs Stunc auf den Stiel der Geschwulst; nach 2—3 Wochen kann man oh Blutungsgefahr Platin-Radon „seeds" in die Tumormasse einführ Nekrose des Tumors muß wegen Gefahr einer Mittelohrinfektion v mieden werden. Von acht Kranken wurden zwei erfolgreich na zwei Radiumapplikationen operiert, sechs nur durch Radium gehe Polypoide Ethmoiditis kommt meistens durch Operation nicht z Heilung, da fast stets Rezidive erfolgen. Postoperative Radiumthera brachte in etwa 40 Fällen großen Nutzen. Applikation einer 50 m

adiumkapsel für 2—4 Stunden etwa 10 Tage nach der Ethmoidekmie. Wiederholungen in zweiwöchentlichem Intervall werden ırchschnittlich dreimal nötig. Eine Woche nach der Bestrahlung arke Schleimhautkongestion, die in einigen Tagen zurückgeht. Das ıdresultat ist Bildung von fibrösem Gewebe in der Schleimhaut. ventuell rezidivierende Polypen haben mehr fibrösen Charakter. hinosklerom verursacht allmähliche Verlegung der oberen Luftwege, adium führt zu dichter, fibröser Gewebsbildung; in drei Frühfällen folgte vollkommene Heilung, in drei vorgeschrittenen Fällen Besseng für 2—4 Jahre. Für Karzinome des Antrum ist eine kombinierte ıerapie von Elektrokoagulation mit Radium-Röntgenbestrahlung am folgreichsten; leider erfordert die späte Erkennung oft umfangreiche ıochenoperationen. Nach der Operation Applikation von zwei bis ei 50 mg, mit 1 mm Messing gefilterte Radiumtuben für 15 bis Stunden und kombinierte Röntgentiefenbestrahlung mit äußerer adiumanwendung über Wange und Lymphdrüsen. Von 17 Kranken nd drei seit mehr als drei Jahren rezidivfrei. Sarkome sind empnglicher für Radiumbehandlung; sie sollen möglichst nicht operiert erden. Von 14 mit Röntgentiefen- und Radiumbestrahlung behanelten Kranken sind zwei seit fünf, einer seit drei und zwei seit vei Jahren geheilt und rezidivfrei.

Eine an Leber reiche Diät in der Behandlung der perniziösen nämie. In 105 Fällen perniziöser Anämie, die zwischen drei Monaten ıd drei Jahren mit einer an Leber reichen Diät behandelt wurden 00 g täglich), trat eine wesentliche und rasche Besserung und in st allen Fällen eine erhebliche Steigerung der roten Blutkörperchen n. Bei 90 von diesen Kranken wurde die Diät bei einer Blutörperchenzahl unter 2,7 (durchschnittlich von 1,48 Millionen per cmm) egonnen, bei 99 erreichte die Zahl in etwa zwei Monaten vier illionen, bei einigen bis zu 5,7 Millionen und mehr; nur bei 15% ım es zu zeitweisem, selten sehr starkem Fall, meistens im Zummenhang mit Verstößen gegen die vorgeschriebene Diät. Die pätresultate einer solchen regelmäßigen Leberernährung werden ch erst in Zukunft feststellen lassen. 84 von den 90 Kranken mit rsprünglich unter 27 Millionen roter Blutzellen nehmen die Diät etwa nf Monate lang mit dem Resultat von durchschnittlich 4,59 Milonen. 52 Kranke setzten die Diät ein Jahr lang fort, davon 44 in friedenstellender Weise mit dem Resultat von durchschnittlich 4,68, cht in nachlässiger Weise mit dem Resultat von durchschnittlich 36 Millionen. Zwölf Kranke setzten die Diät zwei Jahre, zwei rei Jahre lang fort mit dem Resultat von durchschnittlich etwa 5 Millionen. Verstöße gegen die Diät, Komplikationen durch infekse Prozesse, Schädigung des Knochenmarks infolge zahlreicher luttransfusionen verursachen einen Fall oder ein nur langsames Aneigen der Blutkörperchenzahl. Die Besserung der Symptome war heblich (besonders des Appetits und der Magendarmstörungen). Die chlorhydrie blieb bei 18 darauf untersuchten Kranken unverändert. ie nervösen Symptome entwickelten sich nicht weiter oder besserten ch. Auch Kranke, bei denen die Anämie nicht das hervorstechendste ymptom war, wurden günstig durch die Diät beeinflußt. Sowohl ie Ernährung mit Leber, wie mit Nieren veranlaßt die Reife der n Knochenmark stark angehäuften Megaloblasten. Einige Gramm nes nichteiweißhaltigen Leberbestandteils führten in der gleichen Veise zu schneller vorübergehender Vermehrung der Retikulozyten nd zu raschem Anstieg der Blutkörperchenzahl wie die ganze Leber; ieser Leberbestandteil macht weniger als 2% des Organs aus, ist öslich in Wasser, unlöslich in Aether, fällbar durch Alkohol, frei von ecithin und Lipoiden, enthält etwa 70% N, nur eine Spur von Fe nd S. Vitamin E und Eisen scheinen nicht für die Wirkung verantvortlich zu sein. Neben der Leberdiät muß die übrige Nahrung aus eichlichen Mengen von Früchten und Vegetabilien (wenn nötig, in üreeform) und rotem Muskelfleisch (wenigstens 70 g täglich), veniger als 70 g Fett und sehr wenig Zucker bestehen. Allzulanges ochen der Leber ist zu vermeiden, Säugetierleber am wirksamsten, ieren ein eventueller Ersatz für Leber. Rohe Leber ist der geochten vorzuziehen und wird oft in Form eines fein verteilten reies mit Orangensaft oder Wasser als Medizin gerne genommen; uch der aus roher Leber ausgepresste Saft ist wirksam. Bei Schwerranken muß die Leber bisweilen bis zur Besserung mit der Magenonde zugeführt werden.

Behandlung perniziöser Anämien mit einer Diät von hohem alorienwert und reichem Vitamingehalt. Die Verff. stimmen in der Diätfrage mit den Ansichten von Minot und Murphy insofern überein, ls sie eine reichliche Diät mit einer großen Menge von Leber und liere befürworten. Der einzige Unterschied liegt darin, daß letztere ie Fettzufuhr beschränken, während Verff. in der Butter, der Sahne, er Milch und dem Lebertran Quellen fettlöslicher Vitamine sehen, uf die sie für die Heilung der perniziösen Anämie unter keinen lmständen verzichten wollen. Nach Minot ist der von ihm hergetellte und als sehr wertvoll bezeichnete Leberbestandteil anscheinend keines der bekannten Vitamine, während sie gerade und or allem auf die reichliche Zufuhr von Vitaminen den Hauptwert legen. Sie weisen auf die möglichen Beziehungen der subakuten kombinierten Degeneration des Rückenmarks, die sie in 80% ihrer Fälle von perniziöser Anämie antrafen, zu dem Vitamin-B-Mangel und auf die schnelle Besserung der nervösen Symptome durch reiche Vitaminzufuhr hin. Bei Kranken, die feste Nahrung nicht zu sich nehmen können, sehen sie in einem konzentrierten, flüssigen Leberextrakt, wie er neuerdings von der Armour-Gesellschaft hergestellt wird, ein vorzügliches Mittel. Ein solcher Extrakt kann jedoch nicht die Ernährung mit gut gekochter Leber wegen deren großen Gehalts an Vitaminen ersetzen und muß durch eine konzentrierte, vitaminreiche Flüssigkeit aus Weizenkeimen in Orangensaft ergänzt werden. Eierpunsch und Milch sollen die notwendigen Kalorien liefern.

Rontal.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. XIV, Nr. 3, September 1927.

Amnionflüssigkeit als möglicher Faktor in der Aetiologie der Eklampsie. Von 10 weiblichen Kaninchen, denen Amnionflüssigkeit injiziert wurde, bekamen drei Konvulsionen und starben. Die übrigen zeigten keine bemerkenswerten Symptome. Verf. schließt daraus, daß die Eklampsie dadurch hervorgerufen wird, daß plötzlich größere Mengen von Amnionflüssigkeit in den mütterlichen Blutkreislauf gelangen.

Diabetes mellitus und Schwangerschaft. In der 2. Hälfte der Gravidität kann eine Besserung des Diabetes eintreten. Diese ist erstens auf die Tätigkeit des fötalen Pankreas, ferner auf den großen Verbrauch der mütterlichen Kohlehydrate seitens der Frucht und schließlich auf bisher noch unbekannte Veränderungen des Kohlehydratstoffwechsels in den späteren Abschnitten der Gravidität zurückzuführen. Unter sorgfältiger klinischer Ueberwachung und Behandlung können die Gravidität und die Geburt ohne Schädigung verlaufen. In der ersten Hälfte der Gravidität ist die Frucht gefährdet. Die außerordentliche Größe der Kinder diabetischer Mütter beruht wohl auf der Erhöhung des mütterlichen Blutzuckers.

Behandlung der chronischen Gonorrhoe des Weibes mit subkutaner Injektion lebender Gonokokken. Für diese Therapie kommen nur Patientinnen in Betracht, die 6 bis 8 Wochen zuvor weder lokal noch allgemein behandelt worden sind. Während der Menstruation darf die Injektion nicht vorgenommen werden. Frauen mit aktiver Schleimhautgonorrhoe (Bartholinitis, Rektalgonorhoe usw.) dürfen ebenfalls keine Injektion erhalten. Eine Gegenindikation bilden ferner akute Infektionskrankheiten. Wenn nach der ersten Injektion keine Heilung erfolgt, so kann eine zweite, evtl. sogar eine dritte Injektion versucht werden. Doch sind in solchen Fällen die Aussichten nicht günstig. Im allgemeinen muß der Erfolg nach einer einmaligen Injektion eintreten. Unter 118 Patientinnen des Verf., die vorher auf verschiedene Weise erfolglos behandelt worden waren, wurden 68 (= 60%) nach einmaliger Injektion geheilt. Unter den Versagern befinden sich hauptsächlich Frauen, von exsudativ-lymphatischer Konstitution. Außer einer Rötung und Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle verbunden mit leichter Temperaturerhöhung, die aber selten 38 Grad erreicht, und geringen Kopfschmerzen, sind Schädigungen nicht beobachtet worden. Technik: Von frischem gonorrhoischem Eiter wird eine Gonokokken-Reinkultur auf Blut-Aszites-Agar angelegt. Die Keime werden nach 24 bis 48 Stunden in 3 ccm einer sterilen physiologischen Kochsalzlösung aufgeschwemmt, von der man ½ bis 2 ccm subkutan in den Oberarm injiziert. Schätzungsweise werden hierbei 2 bis 4 Milliarden Gonokokken eingebracht.

Fibromyome und Schwangerschaft. Unter 30 836 Schwangerschaften wurden in 0,6% der Fälle klinisch Myome festgestellt, von

denen sich 15% im kleinen Becken befanden. In 24,1% der Fälle trat Abort oder Frühgeburt ein. Größere operative Maßnahmen waren in 21,4% gesamten Myomfälle erforderlich. Die Mortalität der Mütter betrug 3,2%; die Mortalität der Kinder war 35,6%. Demnach sind die Gefahren für die Mutter und besonders für das Kind recht groß, was in der Literatur nicht genügend hervorgehoben ist. Während der Schwangerschaft ist darauf zu achten, daß kein Abort und keine Frühgeburt eintritt. Ein Eingriff ist nur dann erforderlich, wenn ernsthaftere Symptome wie starke Schmerzen, Blutungen usw. auftreten. Bei Beendigung der Gravidität ist die Einleitung der Geburt zu versuchen. Falls es sich im Verlauf der Geburt zeigt, daß der Tumor ein Geburtshindernis bildet, oder wenn andere Komplikationen eintreten, soll der Kaiserschnitt gemacht und je nach den Indikationen mit einer Myomektomie oder supravaginalen Amputation verbunden werden. In der Nachgeburtsperiode ist besondere Aufmerksamkeit notwendig, da häufig infolge mangelhafter Kontraktion des Uterus starke Blutungen auftreten. Im Wochenbett können die Myome degenerieren und nekrotisch werden. In solchen Fällen ist die Operation angezeigt. Besteht dagegen eine Infektion, die nicht unmittelbar mit dem Tumor zusammenhängt, z. B. eine akute puerperale Endometritis, so sind radikale operative Maßnahmen nach Möglichkeit zu unterlassen.

Nachteile der langen postpartalen Bettruhe. Die Vorteile des Frühaufstehens im Wochenbett sind: Die Urinentleerung erfolgt spontan, so daß sich in fast allen Fällen ein Katheterisieren erübrigt. Der allgemeine Muskeltonus wird schneller wieder hergestellt. Die Involution des Uterus geht rascher vor sich. Die Gefahren der Thrombose sind verringert. Temperaturerhöhungen kommen beim Frühaufstehen, sofern keine Komplikationen vorhanden sind, seltener vor als bei langer Bettruhe.

Differentialdiagnostik bei rechts lokalisierten Leibschmerzen. Jedes Organ der Bauchhöhle kann der Sitz einer Krankheit sein, die in Bezug auf die Symptome und den physikalischen Befund die Erkrankung eines ganz anderen intraabdominellen Organs vortäuscht. Schmerzen kommen in allen solchen Fällen vor. Andere Symptome sind inkonstant: Erbrechen, Temperaturerhöhung, Pulsbeschleunigung und Veränderung in seiner Qualität, Resistenzen. Bei der Diagnose sind zu berücksichtigen: Alter, Geschlecht, Zeit des Krankheitsbeginnes, Aussehen, Veränderungen des Pulses, Temperatur, Atmung, Blutbild, Urinbefund und, was am wichtigsten ist, eine sorgfältige Anamnese. U. U. muß die Diagnose per exclusionem gestellt werden. Trotz des sehr verwickelten Symptomenkomplexes sind doch immer einige hervorstechende Punkte vorhanden, die eine Diagnose ermöglichen. Bei akuten intraabdominellen Erkrankungen ist der chirurgische Eingrif notwendig. Abführmittel sind niemals angezeigt, und Opiate nur dann. wenn die genaue Diagnose feststeht. In einem kleinen Prozentsatz der Fälle kann eine Probelapatomie erforderlich sein.

Paul Braun, Stettin.

Long Island Medical Journal.

21., Nr. 7, Juli 1927.

Ueber einige durch Blasentumoren hervorgerufene Probleme. Verf. ist der Ansicht, daß die verschiedenen Probleme, welche durch die Blasentumoren hervorgerufen werden, das wichtigste, aber auch zugleich das unbefriedigendste Kapitel der Urogenital-Chirurgie bieten. Eine große Anzahl von Blasentumoren haben wir in der Praxis, und wir sehen sie bei Aerzten, welche nicht gewohnt sind, mit dem Zystoskop umzugehen. Dieser Apparat ist das einzige Hilfsmittel, um frühzeitig den Blasentumor zu erkennen und seine Anwendung erfordert eine genaue Kenntnis. Eins der wichtigsten Probleme in Verbindung mit Blasentumoren ist dem Allgemeinpraktiker einzuschärfen, daß diese Geschwülste erstens einmal relativ sehr häufig vorkommen und daß die absolute Notwendigkeit für eine gründliche Behandlung unbedingt erforderlich ist. Diese muß nun frühzeitig einsetzen, bevor erst die großen Schmerzen und die Hämaturie auftreten; denn dieses letztere Symptom zeigt uns an, daß eine ernste Läsion in der Blase vorliegt. Es handelt sich nicht allein um die Erkenntnis, daß wir einen Blasentumor als solchen feststellen, sondern wir müssen verlangen, daß genau individualisiert wird, und es ist notwendig, die einzelnen Neoplasmen zu differenzieren vom einfachen Papillom bis zu den Geschwulstveränderungen, welche ganze Blase in eine harte irreguläre Masse umbilden. Es ist na lich nicht Aufgabe des Referates, alle von dem Autor angeführ Tumoren und ihre Pathologie hier aufzuzählen; aber es ist na gemäß wichtig zu wissen, daß nicht für alle eine befriedigende stehungsursache und damit frühzeitiges Erkennen und Behandeln boten werden kann. Chute faßt also seine Arbeit in die Ansicht sammen, daß, wenn man auch zur Zeit keine genaue Einteilung bezug auf Entstehung und Behandlung vornehmen kann, doch gewisse Art von Richtungsangabe vorhanden ist, durch die klinische Studium und die dadurch bedingte Behandlung uns ei Weg zu besseren Resultaten zeigen; denn wir wissen, daß die M talität bei Blasentumoren doch noch immer recht groß ist.

Das Schmerzphänomen des Gesichtes. Die Betrachtung der s sorischen Störungen in der Gesichtsregion öffnet sofort einen sichtskreis, in welchem eine rege Diskussion über das Schme phänomen stattfinden kann. Der dominierende, sensible Nerv ist Trigeminus; aber man darf nicht vergessen, daß der Fasziales a sensorische Fasern hat und daß schließlich einige Teile des sym thischen Nervensystems einige sensorische Funktionen haben. sprünglich wurde die gesamte Funktion des Nervensystems du sensible und motorische Stränge dargestellt, deren Kerne über ganze Spinalachse verteilt waren. Da nun aber einzelne Zwe differenzierte Wirkungen haben, so wurden gewisse Gruppen Spinalzellen mit motorischer und sensorischer Funktion zu Kernen der kraniellen Nerven. Das Schmerzphänomen des Gesich wird hauptsächlich durch Gesichtsneuralgien ausgedrückt, und haben dafür 3 Quellen, den Trigeminus, den Fasziales und den Sy pathikus. Die Differential-Diagnose zwischen atypischen typischen Neuralgien und speziell der Trigeminus-Neuralgie wichtig bei der Entscheidung für oder gegen Operation. W immer die Ursache der Trigeminus-Neuralgie sein mag, so spielt Infektion keine Rolle dabei. Der Schmerz wird nur durch 2 M nahmen aufgehoben und zwar glaubt Verf., daß Alkoholinfektion o Zerschneiden der sensorischen Wurzel diese beiden Maßnahmen s Die letztere ist als Operation immerhin ein Risiko. Verf. hat derartige Operationen vorgenommen, davon die letzten 205 mit einem Todesfall.

Diphtherie und Scharlachfieber. Ludlum hat ganz recht, wenn bei seiner konservativen Anschauung der Ansicht ist, daß man ni der erste sein soll, der mit der neuesten Methode behandelt wi aber auch nicht der letzte, wenn dann die alte als unzulänglich trachtet und beiseite getan wird. Bei der Diphtherie, ihrer Prop laxe und Behandlung haben wir die Toxin-Antitoxin-Methode wirksamstes Mittel im Kampfe gegen diese Krankheit. Es geli uns, damit alle verdächtigen Personen zu immunisieren und schützen. Die Kontrolle dieser Krankheit haben wir in unserer Ha und die große Anwendung der Toxin-Antitoxinmethode ist das wi samste Mittel gegen eine eventuell große Ausbreitung dieser Kra heit. Das Toxin-Antitoxin ist eine Mischung von Diphtherie-To und Diphtherie-Antitoxin. Die Zusammensetzung ist so, daß Gegenwart des Toxins keine bedeutenden Einwirkungen auf Körper ausübt und trotzdem noch fähig ist, eine Immunität zu zeugen. Das Serum ist eine klare, durchscheinende Flüssigkeit, gutem Zustande niemals trübe und hält sich 6 Monate lang. V gibt 1 ccm von dieser Mischung bei jeder Injektion, unbeschadet Alters. Er ist der Ansicht, daß man jedem Kinde Toxin-Antito geben und so jedes Kind immunisieren sollte. Wir haben in Deuts land eine etwas andere Methode, indem wir bei der Diphtherie der Serumbehandlung nach Immunitätseinheiten rechnen, und au unsere Prophylaxe bzw. Immunisierung ist mit den uns in Deuts land zur Verfügung stehenden Diphtherieseren eine ganz a gezeichnete. Bezüglich des Scharlachfiebers sagt Verf., daß der G brauch der verschiedenen Antitoxin-Sera von gutem Wert sei. F die toxischen Fälle haben wir einen essentiellen und für die s tischen Fälle einen problematischen Wert. Natürlich ist es genau wie bei der Diphtherie: je früher das Serum angewendet wird, um nützlicher ist es. Wir ersehen also, daß Scharlach sowohl wie au Diphtherie durch Toxin-Antitoxin-Serum-Behandlung sehr in Scha zu halten sind, und es müßte für Scharlach genau derselbe Grundsa gelten, wie für die Diphtherie, nämlich daß jedes Kind prophylaktis geimpft wird.

Hofbauer, Berlin

California and Western Medicine.

27., Nr. 3, September 1927.

rthritische Gelenkschmerzen und Gicht. J. E. Harbinson.
Kontrolle der Polyomyelitis. G. E. Ebright.
ber einige Phasen der Tuberkulosebehandlung. J. W. Cook.
nuloma coccidioides, seine gelegentliche erfolgreiche Behandlung mit kolloidalem upfer. H. P. Jacobson.
ber einen Fall von Streptokokkeninfektion mit darauffolgender lateraler Sinusthrombose. H. J. Profant.
gleichende Betrachtungen der Beckenpathologie. H. C. Seaver.
er einige postoperative Lungenkomplikationen nach Narkose. L. R. Chandler.
er die Beaufsichtigung der diagnostischen Laboratorien. W. H. Kellogg.
er die verschiedenen Formen der Anästhesie in der urologischen Chirurgie. . E. Botsford und C. M. Johnson.

Cholesterose der Gallenblase. Verfasser schildert 1000 Fälle Cholesterose der Gallenblase, um festzustellen, welche klinischen chirurgischen Differenzen vorhanden sind, wenn in diesem kheitsbild sich noch Gallensteine finden. In 50% der Fälle en sich Gallensteine. 80% aller Fälle, d. h. also 800 Patienten, n merkwürdigerweise Frauen. Das bevorzugte Alter sehen wir chen 35 und 40 Jahren, und Verfasser kommt zu dem Schlusse, das klinische Bild der Gallenblasen-Cholesterose durch die nwart von Steinen nicht wesentlich verändert wird. Die Fälle, nen die Steine vorhanden sind, zeigen insofern eine Abweichung, die Symptome in diesen Fällen etwas ernster sind und die Ernungen heftiger auftreten. Wahrscheinlich, so nimmt man an, die Gallenblasen-Cholesterose eine lokalisierte Fettveränderung ganzen Körpers.

Lymphoblastom ist eine Bezeichnung, die erst kürzlich eingeführt de und dieser Namen soll dazu dienen, eine Anzahl von ktionen zusammenzufassen, die schon unter verschiedenen ichnungen beschrieben wurden, wie z. B. Hodgkin'sche Krank- Anaemia lymphatica, Pseudoleukämie, Lymphadenom, Mor- Banthii und schließlich malignes Lymphom oder Lymphosarcom. chiedene moderne Autoren haben daher die Annahme des Ausks „Lymphoblastom" in die Nomenklatur befürwortet, um so verschiedenen Bezeichnungen ein Ende zu machen. Sie nen darin nun allerdings mit anderen Autoren wieder in tigkeiten, die sich gegen die Annahme der Bezeichnung ben, weil sie den gutartigen und bösartigen Ursprung bzw. die gnen und malignen Krankheiten zusammenfassen, und die letzte pe der Autoren will diese beiden Arten streng getrennt haben. st natürlich sehr schwer, eine definitive Grenze in dieser Beng zu finden, und es erscheint Verf. zweckmäßiger, den verden klinischen Verlauf infolge der Verschiedenartigkeit der enz zu beschreiben und zu erklären. Zuerst wurde diese r oben benannte Krankheit im Jahre 1832 von Hodgkin beeben und seit dieser Zeit, besonders aber in den letzten ahren, ist die Literatur und damit unsere Kenntnis über dieses et sehr bereichert worden. Thompson hat nun festgestellt, die Lymphoblastome viel häufiger vorkommen, als man an- t; die frühesten Erscheinungen können wir an irgendeinem des menschlichen Körpers finden. Die Symptome schwanken chen den äußersten Grenzen, und es ist infolgedessen schwer, genaue Einteilung und Auseinanderhaltung dieser oben beten klinischen Krankheiten zu finden. Auch eine genaue Festng der Prognose quoad vitam ist nicht sicher möglich, da wir rtige auseinandergehende Variationen in der Dauer der Krankhaben, daß definitive Schlüsse nicht zu stellen sind. Röntgenlen sind praktisch das einzig helfende Mittel, abgesehen von meinmaßnahmen, welche einen Einfluß in symptomatischer Beng bieten können.

Arthritische Gelenkschmerzen und Gicht. Obwohl wir seit alten n die Gicht oder harnsaure Diathese, wie man sie nun gerade en will, kennen, so bleiben diese Erscheinungen doch ein essantes Problem, und um in der Diagnose rasch vorwärts zu nen, sollte man in allen Fällen von arthritischen Gelenkerzen, bei welchen die Aetiologie nicht ganz klar ist, unbedingt Harnsäurespiegel des Blutes untersuchen. Man sollte sogar Auffassung des Verf. die Gicht als die mögliche Diagnose bei n Patienten betrachten, welcher über arthritische Gelenkerzen klagt. Bei jeder äußeren Untersuchung ist eine genaue rolle und das Suchen nach Tophi dringend erforderlich. Der säurespiegel des Blutes ist für die Differentialdiagnose sehr tig und Verf. wünscht, wie schon erwähnt, daß er in allen ren Fällen vorgenommen wird. Ein weiteres Hilfsmittel in Differentialdiagnose ist das Röntgenogramm.

Granuloma coccidioides. Verf. will in der vorliegenden Arbeit e Beobachtungen über die Wirkung des kolloidalen Kupfers der Behandlung des kokkidioiden Granuloms mitteilen. Er zwei Fälle an, bei denen er einen recht guten Erfolg erzielte; aren die einzigen beiden Fälle, welche er behandelt hatte. Man im allgemeinen gesehen, daß die konservative Behandlung r Tumoren zu keinem Erfolge führten. Indem Jacobson diese beiden Fälle den bisher in der Literatur bestehenden 38 Fällen hinzufügt, will er beweisen, daß diese Krankheit viel verbreiteter ist und öfter vorkommt, als man im allgemeinen geneigt ist anzunehmen. Die Krankheit kommt, wie die Fälle der Literatur beweisen, in den verschiedenen Kreisen der Bevölkerung vor. Wenn auch nach Auffassung Jacobsons das kolloidale Kupfer kein positives Spezifikum gegen das kokkidioide Granulom ist, so will er doch nicht unterlassen, diese Fälle mitzuteilen, um dadurch die Veranlassung zu geben, damit weiter zu arbeiten und so bei den geeigneten Fällen nachzuprüfen, ob sich seine Annahme in dieser Beziehung bestätigt.

Vergleichende Betrachtungen der Beckenpathologie. Die Beckenpathologie ist im allgemeinen mehr vorhanden als durch klinische und physikalische Untersuchung festgestellt wird. Verf. hat 1000 Fälle mit inflamatorischen Prozessen des Beckens zusammengestellt und von diesen hatten 780 eine sekundär infizierte Appendizitis. Die unerkannte Salpingitis geht sehr häufig mit uterinen Fibroiden einher. Dieser Gesichtspunkt sollte nicht vergessen werden, wenn eine therapeutische Methode für Neoplasmen gesucht wird. Es ist dabei wichtig, nicht zu vergessen, daß man, wenn irgend möglich, bei jungen Frauen darauf sehen soll, daß ihnen ihre Menstruation erhalten bleibt.

Narkose. Es kann wohl kein Zweifel darüber bestehen, daß postoperative Lungenkomplikationen überraschend häufig und oft vorkommen. Verf. zitiert sogar eine Statistik, nach der jeder fünfzigste Pat., der operiert wurde, irgendeine Lungenkomplikation bekommt, ganz gleich, welcher Art die Narkose war. Es ist sogar beobachtet worden, daß nach Lokalanästhesie auch Lungenkomplikationen aufgetreten sind. Ein striktes Vermeiden all dieser postoperativen Lungenerscheinungen, wie Bronchitis oder gar Pneumonie, scheint unmöglich; aber es ist unzweifelhaft, daß bei größtmöglichsten, strengsten Vorsichtsmaßregeln die Häufigkeit dieser postoperativen Lungenkomplikationen herabgedrückt werden kann.

Hofbauer, Berlin.

Buchbesprechungen.

Menschliche Erblichkeitslehre. Von Prof. Dr. Erwin Baur (Berlin), Prof. Dr. E. Fischer (Freiburg i. B.), Prof. Dr. F. Lenz (München). 3. vermehrte und verbesserte Auflage. 600 Seiten mit 172 Textabbildungen und 9 Tafeln mit 54 Rassebildern. J. F. Lehmann's Verlag, München 1927. Preis geh. 16,— M., geb. 18.— M. — Die menschliche Erblichkeitslehre hat seit dem Erscheinen der zweiten Auflage dieses Buches im Jahre 1923 große Fortschritte gemacht, so daß in der vorliegenden Auflage über die Erblichkeit zahlreicher Krankheiten und anderer Eigenschaften schon viel zuverlässigere Angaben gemacht werden, als es vor 4 Jahren möglich war. Auch die ausländische Literatur der Kriegs- und Nachkriegsjahre konnte unter der Fülle neu erschienener Arbeiten, viel vollständiger herangezogen werden. Verhältnismäßig am wenigsten brauchte der Abschnitt Baur's über die allgemeine Erblichkeitslehre umgestaltet zu werden, da diese wenigstens in den Grundzügen schon eine gewisse Stabilisierung erreicht hat. In dem Abschnitte Fischers über die „Rassenunterschiede des Menschen" sind die Ausführungen über die verschiedenen Körperbauformen oder Konstitutionstypen sowie über die sogenannten Blutgruppen neu hinzugekommen. In kurzen Zügen werden hier ferner die Rassebilder entworfen, indem gezeigt wurde, wie die Vererbung beim Menschen all die zahllosen, einzelnen, die Individuen und Gruppen (Rassen) unterscheidenden Eigenschaften zäh, fest und unveränderlich von Generation zu Generation erhält, und wie solches vererbte Gut sich in bestimmter Weise zusammenschließt je zu festumrissenen Gefügen, zu „Rassen". In dem Kapitel von Lenz über die krankhaften Erbanlagen sind zahlreiche Stammbäume hinzugekommen, es konnte ferner über die Art der Erblichkeit krankhafter Anlagen im Unterschied von der normalen eine allgemeine Regel aufgestellt werden. In der Methodenlehre ist eine Anleitung zur Bereicherung der Regression und Korrelation gegeben. Gemäß ihrer steigenden Bedeutung ist die Zwillingsforschung besonders berücksichtigt worden. Der Abschnitt über die Erblichkeit der geistigen Begabung ist durch sehr viel neues Material bereichert worden. Der Stoff des vorliegenden Buches ist von den drei bekannten Erblichkeitsforschern mustergültig bewältigt; die außerordentlich klare und lebendig geschriebene Darstellung der letzten Forschungen der Erblichkeitswissenschaft wird nicht nur den Arzt und Wissenschaftler, sondern auch den gebildeten Laien in ihren Bann zwingen. Man kann der neuen Auflage dieses ausgezeichneten Buches nur die weiteste Verbreitung wünschen.

Rudolf Katz, Berlin.

Dr. Alfred Adler, Wien: **Studie über Minderwertigkeit von Organen.** München, Verlag I. F. Bergmann. Preis geh. 4,20 M. — Das wichtige Werk, das mehrere Jahre vergriffen gewesen ist, liegt nun in neuer und wohl etwas erweiterter Auflage vor. Seine Bedeutung ist heute, 20 Jahre nach dem Erscheinen, so allgemein anerkannt, daß die Organminderwertigkeit und die daraus abgeleiteten Minderwertigkeitsgefühle fast zum Schlagwort geworden sind. Sie bilden im wesentlichen die Grundlagen der Adlerschen Individualpsychologie, die somit kaum mehr einen Zusammenhang mit der Psychoanalyse Freuds hat, wie es vielfach angenommen wird. Meister und Schüler haben sich ganz von einander gesondert; Adler gelangt von der körperlichen Ursache zur seelischen Folgeerscheinung, Freud umgekehrt vom psychischen Trauma zum Organsymptom. Beide Theorien können wohl nebeneinander bestehen, jede besitzt ihren eigenen Wert, der heute unbestrittenes Gemeingut aller Psychotherapeuten geworden ist.

Haber.

Rosa Mayreder: **Ideen der Liebe.** 1927, Jena. 55 Seiten. Eugen Diederich Verlag. Preis kartoniert 2,— M. — Im vorliegenden geschmackvoll ausgestatteten Büchlein setzt sich die bekannte Kulturphilosophin mit der Stirner-Nietzsche Auffassung auseinander und weist auf die hohe Bedeutung der Synthese von sexueller und seelischer Liebe hin.

M. Kantorowicz.

Reichsversicherungsordnung nebst Einführungsgesetz, Ergänzungsbestimmungen und Ausführungsvorschriften. Textausgabe mit Verweisungen und Sachverzeichnis. 10. Auflage. Herausgegeben von Dr. Franz Eichelsbacher, Regierungsrat I. Klasse im bayrischen Staatsministerium für soziale Fürsorge. XXI. 667 Seiten, kl. 8°. 1927. München. C. H. Beck. Leinenband 6,50 M. — Die vorliegende 10. Auflage des Textes der Reichsversicherungsordnung berücksichtigt alle seit Dezember 1926 eingetretenen Aenderungen. Die Darstellung erleichtert wesentlich einem nicht juristisch vorgebildeten Interessenten eine schnelle Orientierung. Das Buch verdient die beste Empfehlung.

M. Kantorowicz, Berlin.

Geheimrat Prof. Dr. med. Eugen Holländer: **Aeskulap und Venus.** Eine Kultur- und Sittengeschichte im Spiegel des Arztes. 1928. Berlin. Propyläen-Verlag. 488 Seiten mit 300 Tafeln. Leinenband. Preis geb. 42,— M. — Der durch seine hervorragenden kulturhistorischen Werke bekannte Berliner Arzt Eugen Holländer hat mit dem vorliegenden großzügig ausgestatteten Werk eine Lücke gefüllt. Eine Kulturgeschichte vom Standpunkt des Arztes wies die Literatur bisher nicht auf. In unterhaltender Sprache wird die Kultur- und Sittengeschichte der Urzeit und des klassischen Altertums erzählt und dadurch ein Bild des Werdeganges der Heilkunst entrollt. Zahlreiche prachtvoll ausgestattete Bilder illustrieren das Werk. Auch fehlt es nicht an einem Sachregister. Jeder Arzt wird sicherlich das Buch mit großer Freude auf seinem Weihnachtstisch sehen.

M. Kantorowicz, Berlin.

Univ.-Prof. Dr. E. Stern: **Die Erziehung und die sexuelle Frage.** Ein Lehr- und Handbuch der Sexualpädagogik. Unter Mitarbeit von Privatdozentin Dr. Charlotte Bühler (Wien), Universitäts-Professor Dr. Hubert Erhard (Gießen), Universitäts-Professor Dr. Ernst v. Düring (Frankfurt a. M.), Dr. Heinrich Hoffmann, Assistent der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Breslau), Dr. Hermann Rohleder (Leipzig), Universitäts-Professor Dr. Erich Stern (Gießen). Berlin SW 19, Union Deutsche Verlagsgesellschaft, Zweigniederlassung. Ganzleinen 14,— M. — Bereitet schon die rasche Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den Jugendlichen der sozialen Hygiene eine sehr schwierige Aufgabe, so ist die sittliche Verwahrlosung und Entartung ein noch komplizierteres Problem. Das vorliegende Buch hat versucht, der Lösung dieses Problems näherzukommen. Eine Reihe von Fachgelehrten rollt diese Frage durch eingehende Untersuchungen auf. Das Buch verdient die größte Beachtung.

M. Kantorowicz.

Hugo Sellheim: **Weitere Fortschritte der Sterilitätsbehandlung.** Mit 24 Abbildungen im Text. Verlag von S. Karger, Berlin 1927. 36 Seiten. — Der größte Fortschritt, den wir in der Behebung weiblicher Sterilität gemacht haben, ist nach Ansicht des Verfassers die Unterscheidungsmöglichkeit von Fällen mit durchgängigen Eileitern, von Fällen mit undurchgängigen Eileitern und im Falle der Undurchgängigkeit der Bestimmung der Stelle des Hindernisses. diesen Zweck bedient man sich der Methode der Durchblasun Durchleuchtung des mit Kontrastflüssigkeit gefüllten weibl Samen- und Eiweges; beide Methoden sind, richtig angew gänzlich ungefährlich und liefern sehr gute Resultate. Die T durchblasung dient jedoch nicht nur zur Diagnosenstellung Sterilität, sondern auch zur Behandlung derselben, selbst in den verzweifeltsten Fällen. Dem gewaltigen diagnostischen Aufsch ist naturgemäß eine wesentliche Verbesserung der Sterilitätsbe lung nach operationstechnischer Seite hin gefolgt. Verfasse spricht in vorliegender kleiner Schrift die verschiedenen Eingrif Wiederherstellung der Konzeptionsfähigkeit bei den Defekten a Eileitern und kommt zu dem Ergebnis, daß die Sterilitätsbehan der stets eine Spermauntersuchung voranzugehen hat, schon erhebliche Fortschritte gemacht hat und uns noch weitere Aussi eröffnet.

Rudolf Katz, Be

Nahrung und Ernährung: Ein Kursus für gesundhe gemäße und wirtschaftliche Ernährung. Unter wirkung von Prof. Bickel, Dipl. Landwirt Dr. Feierab Dr. M. Mürschhausen, Prof. Dr. Strauß, Gewerbe oberlehrerin H. Walther, Dr. Wieg. Herausgegeben von Dr. Winckel (Herausgeber der Zeitschrift „Die Volksernähr Mit 12 Abbildungen und 4 graphischen Darstellungen. Berlin Verlagsbuchhandlung Richard Schoetz, Berlin. Preis 4,50 M. — vorliegende Buch verdankt seine Entstehung den Rundfunkvort über „Nahrung und Ernährung“, die im Frühjahr 1926 abgel wurden. Bei der Einteilung des Stoffes war maßgebend, daß W schaft, Praxis und Wirtschaft, Schule und Haus in gleicher Wei rücksichtigt wurden und daß der Zweck des Buches erfüllt w ein Instrument zu schaffen, zur Aufklärung und zur Förderun Volksernährung. Das Buch zeigt uns Wege, in welcher Weis unsere Ernährungsweise ändern müssen, damit wir unsere un ganzen Volkes Gesundheit erhalten und heben, den Mütter Hausfrauen ist es ein Mahnruf, sich ihrer Aufgabe als Erziehe des heranwachsenden Geschlechts und ihrer Verantwortung als schaftsführerinnen bewußt zu sein. — Da wir an einem Wende der Ernährungslehre, die ein Teil unserer Kultur- und Wirtsc lehre ist, stehen und da unsere Kultur und Wirtschaft durch di gehenden Aenderungen der neuen Lehre beeinflußt wird, so si Aufklärungen Dr. Winckel's und seiner Mitarbeiter über Gebiet außerordentlich verdienstvoll.

Rudolf Katz, Be

Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Zugleich ein buch von Professor Dr. W. Frieboes, Direktor der der logischen Universitätsklinik Rostock. In 14 Lieferungen. F. Vogel, Leipzig. 14 monatliche Lieferungen je 10 M. — Seit als pathologische Veränderungen der Haut abgehandelt, die i werden die Hautkrankheiten in den dermatologischen Lehrbü abgeschlossene Krankheitsbilder sind und kaum oder nur weni ziehung zu Veränderungen der inneren Organe haben; und doc diese Beziehungen überaus innig und intensiv und werden dur neuesten Forschungen von Tag zu Tag mehr erhellt und deut Fr. unternimmt es nun, in seinem Lehrbuch diesen Zusamme zwischen Erkrankung innerer Organe, Drüsen etc. in den Mittel seiner Betrachtungsweise der Hautkrankheiten zu stellen, und aus pathologischen oder physiologischen Veränderungen jener klären oder als aus diesen bedingt hinzustellen. Besonders g lingt dies ihm in Lieferung 1 und 3 — bisher sind nur die drei Lieferungen erschienen — da diese vom Ekzem, Sklerod Prurigo und Hyperkeratosen handeln, während es ihm weni Lieferung 2 geglückt ist, da wir ja über die Aetiologie der Ps und des Lichen ruber noch sehr wenig wissen. Neben modernen Auffassungsweise der Hautkrankheiten berührt we sehr angenehm die Einfachheit der Therapie, die sich nicht in zählen von hunderten von verschiedenen Rezepten erschöpft, in vielen dermatologischen Lehrbüchern geschieht, sondern si wenige in der eigenen Praxis bewährte Mittel und Methode schränkt. Auch die Darstellung der Hautkrankheiten selber Histologie und Ablauf wird allen Anforderungen gerecht, die m ein Lehrbuch stellen darf. Unterstützt wird ihre Darstellun wohl den wertvolleren Teil des Lehrbuches bildet, durch zahl bunte und einfarbige Tafeln, die zum Teil, wie z. B. bei der riasis, ausgezeichnete, plastisch wirkende Bilder liefern, und ihrer Gesamtheit einen vollkommenen Atlas der Hautkrank bringen werden. Man kann daher den weiteren Lieferunge größtem Interesse entgegensehen, da das Werk verspricht, nic die Zahl der dermatologischen Lehrbücher zu vermehren, so diese zu ergänzen und wertvoll zu bereichern.

Dr. B

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

erlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Bergmann 2732 und 2854

UMMER 46 BERLIN, DEN 18. NOVEMBER 1927 45. JAHRGANG

Originalien.

Otto Hildebrand †.

Von

Prof. Dr. SIEDAMGROTZKY.

Am 18. Oktober 1927 starb in seiner Villa im Grunewald der Geh. dizinalrat Prof. Dr. Otto Hildebrand kurz vor Vollendung nes 69. Lebensjahres. Im Gespräche mit seinem ihn wegen Herz-lens behandelnden Arztes, dem er Besserung seines Befindens be-ntete, sank er zusammen.

Mit ihm verliert die medizinische Welt einen an hervorragender lle stehenden Chirurgen. Seine chirurgische Ausbildung erhielt er er Ried und Braun in Jena und König in Göttingen, wo er habilitierte. Er folgte König nach Berlin. Hier übernahm er 6 als Prof. extraord. die Leitung der neu gegründeten irurgischen Universitäts-Poliklinik der Charité. Im August 1899 gte er dem Ruf als Ordinarius für Chirurgie nach Basel, kehrte och Oktober 1904 als Nachfolger seines Lehrers Franz König Ordinarius für Chirurgie an die Chirurgische Klinik der Charité ück, die er bis zum 1. April 1927 leitete.

Genaueste Kenntnis der normalen und der pathologischen atomie und Histologie und exakte klinische Beobachtung waren die ndamente, auf denen Hildebrands umfassendes Wissen der irurgie und ihre Grenzgebiete ruhte und, auf denen er den iischen Unterricht und nicht zuletzt die Ausbildung seiner sistenten aufbaute.

Aus ihnen erwuchsen auch die Mehrzahl seiner wissenschaft-en Arbeiten, die fast alle Gebiete der Chirurgie umfassen. Ent-klungsgeschichte und klinische Studien über die Lehre der Spina da und der Hirnbrüche, die angeborenen Zysten des Halses, Unter-hungen über den Bau der Nierentumoren, schließlich seine ßeren Werke, die Skrophulose und Tuberkulose, Gundlagen der ographischen Anatomie und die allgemeine Chirurgie als Einführung das Königsche Lehrbuch der Chirurgie sind die Frucht dieser stellung. Aus seiner Baseler Zeit brachte Hildebrand sein ßes Interesse für die Erkrankungen des Kropfes mit, die ihn auf nd der Erfahrungen an dem reichen Berliner Material zu einem der ahrendsten Beurteiler der Basedowschen Krankheit wie überhaupt ganzen Kropfproblems machten. Auch das Gebiet der Hirn- und ckenmarkschirurgie hatte sein lebhaftestes Interesse gewonnen. einer Reihe von Aufsätzen und Vorträgen sind seine großen Er-rungen und reichen Erfolge niedergelegt. Eigene Operations-thoden in der Behandlung des Hydrozephalus (Exstirpation des xus chorioidei, Drainage des Hydrozephalus nach unten), Frei-ung des III. Astes des Trigeminus an der Hirnbasis, die Befreiung Nervus optic. aus der knöchernen Umschnürung des For. opticum m Turmschädel fußen auf diesen seinen Erfahrungen.

Der Extremitätenchirurgie und hier besonders den Erkrankungen Gelenke und den plastischen Operationen blieb bis zuletzt seine liebe erhalten. Hier war es besonders die Arthritis deformans, ihn sowohl in ätiologischer wie in therapeutischer Beziehung haft beschäftigte. Die operative Behandlung derselben, dellierende Neugestaltung der erkrankten Gelenke, gehen auf ldebrand zurück. Grundlegend wurden seine hervorragend ungenen Versuche des Ersatzes des polyomelitisch gelähmten sc. deltoideus durch den Musc. pectoralis, bei denen zum ersten Mal gezeigt wurde, daß die Schonung des eintretenden motorischen Nerven und der diesen begleitenden Gefäße ausreicht, um ihn selbst bei so großer Verlagerung funktionsfähig zu erhalten.

Zum Lehrer war Hildebrand besonders geschaffen. Ein wohlklingendes Organ, vorzügliche Sprechtechnik, die Fähigkeit des systematischen Aufbaues seines Vortrages und streng logischer Entwicklung des Gedankenganges, dazu das Schöpfen aus einer fast unendlichen Erfahrung heraus machten seine Kollegs außerordentlich fesselnd, wobei allerdings der Erfahrene mehr mit nach Hause nahm als der Anfänger.

Der Mensch und Arzt Hildebrand verdient eine besondere Würdigung. Wer so lange wie ich den durch und durch vornehmen Mann in seinem Verkehr mit seinen Assistenten und im Verkehr mit Kranken beobachtet hat, wird den bescheidenen, jeder Aufdringlichkeit und Schaumschlägerei gänzlichst abgeneigten Menschen nie vergessen.

Ein geborener Arzt, hatte er für jeden Kranken ein freundliches Wort, hörte seine Klagen geduldig an, so daß fast jeder Kranke das Gefühl des besonderen Interesses des Chefs hatte. Er sah stets den kranken Menschen und nicht den interessanten Fall. Nicht nur den Kranken, auch dem Personal gegenüber blieb er stets ruhig und höflich, so daß ein heftiges Wort zu den größten Seltenheiten gehörte. Mochte bei schwierigen Operationen in der Assistenz oder der Instrumentation mal etwas nicht klappen, Situationen, in denen bei vielen Chirurgen die Selbstbeherrschung versagt, Hildebrand blieb der ruhigere, vornehme Mann, der durch sein Beispiel bald die Aufgeregten wieder ins Gleichgewicht brachte.

In dieser Geduld mit dem Kranken, der vollen Einsetzung für den Kranken — bis vor wenigen Jahren mußte Hildebrand von jedem in die Klinik aufgenommenen Falle unterrichtet werden, gleichgültig zu welcher Tageszeit — war er das Vorbild für alle seine Schüler.

Bei aller Vorliebe für Chirurgie war Hildebrand jedoch nicht einseitig. Durch seinen älteren Bruder Adolf v. Hildebrand stand er stets in enger Beziehung zu den bildenden Künsten, und in der Musik, besonders der Kammermusik, fand der so fein empfindende Mann seine völligste und beste Erholung von seiner aufreibenden Täitigkeit.

Er wird allen, die in nähere Beziehungen zu ihm treten durften, unvergeßlich bleiben.

Zur Frage der internationalen Hochgebirgs-Universität in Davos.

Von

Dr. MARGARETE LEVY.

Die Nachricht von der bevorstehenden Errichtung einer internationalen Hochgebirgsuniversität in Davos wird jeden, der in dem weltberühmten Lungenkurort längere Zeit gelebt hat, mit tiefster Freude erfüllen. Wird doch damit der längst gehegte Wunsch einer kleinen intellektuellen Davoser Minorität, sich während des Kuraufenthalts beruflich zu beschäftigen, in die Tat umgesetzt. Schon seit Jahren hat Professor Kollaritz darauf hingewiesen, wie notwendig dem Tuberkulösen eine psychische Führung ist, und daß einen

wichtigen Teil derselben der Ansporn zur Arbeit bildet. Leider ist diesem Problem bisher noch nicht die ihm gebührende Beachtung geschenkt worden. Zur Erklärung muß man die einseitige Einstellung vieler Lungenärzte und der Davoser Kurgäste im speziellen in Betracht ziehen, welche die Beschäftigungslosigkeit für einen wichtigen Heilfaktor bei der Lungentuberkulose halten. An dieser betrüblichen Einstellung ändert die Tatsache nichts, daß eine kleine Anzahl Intellektueller in Davos künstlersiche Arbeit von hohem Rang trotz bestehender Krankheit, oft unter den allerschwierigsten materiellen Verhältnissen leistet. Ihr Wirken ist leider der breiten Oeffentlichkeit verborgen geblieben, besonders auch den Kranken, denen sie Beispiel und Trost in der Zeit schweren physischen und psychischen Leids sein könnten. So kommt es, daß selbst intellektuell hochstehende Kranke der Zauberberg-Atmosphäre, wie sie uns Thomas Mann geschildert hat, erliegen.

Mit der Errichtung des Instituts für Hochgebirgsphysiologie und Tuberkulose unter seinem ausgezeichneten Leiter Prof. Löwy, der das Institut in vorbildlicher Weise ausgebaut hat, ist bereits ein Zentrum geschaffen, um das sich Forscher und junge Studenten scharen.

Die neue Universität wird den jungen Davoser Patienten — und um jugendliche Patienten handelt es sich ja zumeist — Gelegenheit geben, ein Studium anzufangen, oder das unterbrochene Studium fortzusetzen, sobald es der körperliche Zustand erlaubt. Es ist nicht zu fürchten, daß unter den guten hygienischen Bedingungen und unter Ausnützung der günstigen klimatischen Faktoren eine maßvoll dosierte, dem Körperzustand angepaßte Arbeit den Heilungsprozeß aufhalten wird. Im Gegenteil wird die Arbeit, die den Patienten an den Kurort bindet, eine vorzeitige Rückkehr in unhygienische Verhältnisse verhindern. Sie wird bewirken, daß der Kranke nicht, wie bisher, zwar geheilt in seine Heimat zurückkehrt, aber unausgerüstet und unvorbereitet für den Kampf um seine Existenz. Der Kranke wird — und das ist wohl der größte Gewinn — in dem Kurort leben oder in seine Heimat zurückkehren, ohne das Gefühl der Bitterkeit über „verlorene Jahre".

———————

Kongreß-Berichte.

4. Kongreß des Deutschen Aerztebundes zur Förderung der Leibesübungen.

22. bis 24. Oktober 1927, Berlin.

Aus Deutschland sowohl als auch aus dem Auslande versammelten sich zahlreiche Sportärzte zu gemeinsamer Arbeit in Berlin. Als 1. Referent sprach Ministerialrat Dr. Gaulhofer, Wien, über „Schulturnen":

Seit ungefähr 100 Jahren werden in Europa Leibesübungen als Erziehungsmittel verwendet; einen neuen Aufschwung nahm die Bewegung aber erst nach dem Kriege. Uebertrieben wird deshalb unser Zeitalter das Zeitalter des Sportes genannt. Handelt es sich dabei nur um eine Modeströmung? Unter Schulturnen verstehen wir nicht nur das Turnen in der Schule, sondern jede bewußte, pädagogisch geordnete Leibesübung im Gegensatz zu den freien Leibesübungen, die aus dem Spieltrieb des Volkes erwachsen. Jede Bewegung, die einen biologisch günstigen Reiz ausübt, ist eine Leibesübung, also auch das Spiel und die Arbeit. Das freie Spiel verfolgt aber keinen Zweck. Alle volkserzieherischen Menschen versuchen, den Spieltrieb zu lenken, dennoch darf man das Spiel dem Schulturnen nicht gleichsetzen. Das Schulturnen muß hygienische und pädagogische Grundsätze haben, der Sport kann sie haben. Der Turnstoff zerfällt in:

1. Ausgleichsübungen,
2. formende Uebungen,
3. Leistungsübungen,
4. Bewegungskunst.

Ausgleichsübungen sollen Bewegungshemmungen beseitigen, Geschmeidigkeitsübungen sein, nicht aber pathologisch gestörte Gelenke üben. Grobe Dehnungen sind dabei zu vermeiden, denn sie machen noch ungeschmeidiger. Schwache Stellen sollen durch Kräftigungsübungen gestärkt werden. Bei einem harmonischen Körper bedarf es der Ausgleichsübungen nicht.

Für die formenden Uebungen gilt jetzt der Grundsatz, daß kraftsparende Form die beste und auch die schönste sei. D Uebungen (zeigen, reichen usw.) können nur im Alltag geübt wer die Turnstunde reicht dazu nicht aus. Besondere Beachtung dienen Atmung und Grundstellung. Früher wurde nur Tiefatm geübt. Abgesehen von eventuell auftretenden Störungen greift dabei in den normalen Atemablauf ein. Jetzt versucht man, du Dauerlauf und andere natürliche Bewegungen die Atemvertiefung erreichen. Atemübungen sind nur berechtigt bei fehlerhafter Atmu

Die Grundstellung muß sowohl Front machen gegen die Mo haltung als auch gegen die militärische Grundhaltung, die mit ih auswärts gerichteten Füßen die Knickfußbildung begünstigt und du den vorgeschobenen Brustkorb die Atmung beengt. Atmung Haltung sind beide nicht rein körperlich-organisch, sondern ebe stark seelisch bedingt.

Von den Leistungsübungen wirken die am günstigsten, die nicht im Saal treiben kann, also Wandern und Schwimmen u. a. Organkraft soll im Gegensatz zur Muskelkraft ebenfalls beri sichtigt werden. Während der Sport auf der Vergleichbarkeit Leistungen beruht (Wettkampf), ist die Leistungsübung um so bes je mannigfaltiger ihre Wirkung ist. Der gesundheitliche Wert Tanzes als Bewegungskunst muß ästhetisch, aber nicht hygieni beurteilt werden. Daher sind Bewegungskünste nicht für den bildenden Körper von Wert, sondern Ausdrucksmittel eines sc gebildeten Körpers. Das Schulturnen muß in seinen Mitteln v kommen schlicht, einfach und natürlich sein, dann kann es Volksturnen überleiten. Kaupp hat in Untersuchungen an Le lingen die Reizeinwirkung der Leistungen gezeigt. In guter Ueb einstimmung mit der physiologischen Entwicklung zeigt uns Jugendkunde, daß verschiedene Alterstufen verschiedene Uebun bevorzugen. Vor der Pubertät stehen die Laufübungen im Vord grund, erst später setzen die Geschicklichkeitsübungen ein. Wicl ist, daß die Form der Uebungen dem Kinde gemäß ist, kein D Soll das Schulturnen die Gesundheit fördern, so muß es hygieni einwandfrei sein; ein unsauberer Turnsaal richtet Verwüstungen den hygienischen Vorstellungen der Kinder an. Wir müssen hüten, das Schulturnen nur als eine körperliche Frage anzusehen, ist, ebenso wie die Leibesübungen selbst, eine Kulturfrage.

In der Aussprache warf Worringen die Frage auf: Kön alle Kinder einer Klasse die gleichen Uebungen machen? Er bet die Notwendigkeit, im Turnunterricht die Kinder nach ihrer Kon tution und nicht nach ihrer zufälligen Klassenzugehörigkeit sammenzufassen.

Reg.-Med.-Rat Lehmann will für die Kinder mit Flachbr die Tiefatemübungen, die er nach der Sylversterschen Methode mac läßt, nicht missen. Steinhardt (Kassel) fordert die Einbeziehu der Berufsfortbildungsschulen in den Kreis des obligaten Turn- Sportunterrichtes. Die Schüler dieser Schulen sind nur zum kleins Teile Mitglieder von Sportvereinen. Schmiede, Schlosser u. werden auch körperlich durch ihren Beruf ausgebildet, wie steht aber mit Schneidern, Stenotypistinnen? Deppe (Dresden) rich sich gegen die Einrichtung von Reichsjugendwettkämpfen, die Turnstunde wochenlang vorher durch das notwendige Training legen. Frau Rektor Dr. Matz setzt sich für Einrichtung der täglich Turnstunde ein und fordert, daß möglichst jeder Schularzt sportär liche Ausbildung habe. Braubach schlägt vor, technische Ne rungen, wie sie Worringen u. a. für das Schulturnen fordern, vertagen, bis wir die tägliche Turnstunde durchgesetzt haben.

Im Schlußwort geht Gaulhofer darauf ein, daß in Oesterrei kein Lehrer das Seminar bzw. die Universität verläßt, ohne üb Haltungsturnen unterrichtet zu sein. Er erstrebt die tägliche Tu stunde, indem er die dazu notwendige Zeit durch Ausmerzung üb flüssigen Lernstoffes freimachen will und nicht durch Verlängeru des täglichen Schulaufenthaltes durch die Turnstunde.

Die von dem Vorsitzenden Stadtmedizinalrat Schnell (Hal eingebrachte Resolution wurde einstimmig angenommen: „D Deutsche Aerztebund zur Förderung der Leibesübungen wiederh seine bereits 1924 gestellte Forderung nach Einführung der täglich Turnstunde, die heute nicht weniger notwendig ist als damals. — vertritt darüber hinaus den Standpunkt, daß jeder Deutsche du Leibesübungen seine körperliche Leistungsfähigkeit zu erhalten strebt sein müßte, und daß dafür die äußeren Vorbedingungen Form der erforderlichen Uebungsstätten geschaffen werden müßte

Aschoff (Freiburg) sprach über Herzvergrößerungen nd muskuläre Herzschwäche vom Standpunkt des thalogischen Anatomen aus. Oeffnet man eine Leiche 36 Stunden ich Eintritt des Todes, wie das gewöhnlich zu geschehen pflegt, so cht man ein Herz, das sich durch die inzwischen eingetretene Totenarre auf die Hälfte seiner Größe zusammengezogen ist. Das weiß an nach den Obduktionen, die man an Soldaten gemacht hat, die Felde nach schweren Anstrengungen gestorben sind. An ihren erzen hat man auch Versuche über die Erregbarkeit angestellt und funden, daß Sauerstoffeinblasungen ein Herz, das schon zu schlagen fgehört hat, wieder zur Arbeit anzuregen vermögen. Nicht der erzmuskel, sondern das Reizleitungssystem verursacht das Sistieren s Herzschlages.

Dilatation.

Im Gegensatz zum Trainierten kann durch große körperliche Anrengung das linke Herz des untrainierten Jugendlichen dilatiert erden. Aber in der ganzen Literatur findet sich kein Fall, wo nacheislich nach sportlicher Leistung bei gesundem Herzen der Tod eintreten ist. Ist bei der Obduktion die linke Kammer mit Blut gefüllt, liegt etwas Krankhaftes vor (Herz, Niere, Blutdruck). Akute Dilation der rechten Kammer bei embolischer Verstopfung und bei echanischem Thymustod kommt für den Sport nicht in Farge.

Hypertrophie kommt durch die Totenstarre in der Leiche ch deutlicher heraus. Bei Jugendlichen kommen rechtsseitige Herzpertrophien nach Pleura-Verwachsungen, Emphysem, chronischer ronchitis vor, dann ist Schonung am Platze. Der Gesamtkörper ächst schneller als das Herz. Wir können von einer physiologischen erzhypertrophie des Neugeborenen sprechen. Das Herz des ternden Menschen erscheint relativ groß durch Fett- und Kalkzuhme. Die Körpergröße nimmt nach 50 Jahren ab, das Körperwicht nimmt zu. Nach Aschoff gibt es eine Alters-Herzhyperophie nicht. Anders liegen die Verhältnisse bei Vorhandensein einer teriosklerose. Im Gegensatz zum Herzen wächst das Gefäßsystem uernd, aber auch dabei nicht die Muskulatur, sondern die astischen Elemente.

Für die Frage: Gibt es eine physiologische Arbeitshypertrophie s Herzens? hatte man im Frieden kein Material zur Beantwortung. Kriege fand man das Herzgewicht der nach körperlicher Anstrenngen Verstorbenen relativ hoch, ungefähr 5 bis 10% größer als im ieden. Die Hypertrophie nach Sport, wie sie bei Skiläufern vormmt, geht auch über diese Zahl nicht hinaus. Bei der Hyperophie kommt es zu einer Zunahme der Dicke der kleinen Muskelsern; es kommt zu einem Ausgleich der Faser mit einer Kernasma-Verschiebung. Während die Arbeitskraft zugenommen hat, t die Anpassungsfähigkeit abgenommen. Zusammenfassend sagt schoff:

1. Es gibt eine akute Dilatation der linken Kammer, ein Todesl aus diesem Grunde wurde bisher nicht beobachtet.
2. Die physiologische Arbeitshypertrophie beträgt nur 5 bis 10% s Herzgewichts.
3. Jede auffallende Hypertrophie des Herzmuskels ist pathogisch und endogen bedingt.
4. Der hypertrophische Herzmuskel versagt seinen Dienst nicht, eil er entartet, sondern weil er sich größerer Arbeit nicht anzussen vermag.

*

Bruns (Königsberg i. Pr.) referiert über Herzgröße und uskelarbeit. Die Füllung und damit die Größe des Herzens ist dingt durch die von den Venen her zufließende Blutmenge, durch die hlagfrequenz und durch den Widerstand, gegen den das Herz das ut in die Gefäßbahn hinausschleudern muß. Bei der Arbeit fließt dem erzen eine größere Menge Blut von den Venen her zu als in der he; es kommt zu einer diastolischen Füllung des Herzens bei Muslarbeit, also zu einer Zunahme der Herzgröße. Damit stimmt auch erein, daß bei Arbeit das Schlagvolumen des Herzens vergrößert rd. Zu der Vergrößerung des Herzens trägt auch die Zunahme des utdruckes bei, die bei Muskelarbeit vielfach beobachtet wird. Einer ermäßigen Füllung arbeitet entgegen die Beschleunigung der Pulsequenz, und die Erhöhung des Akzeleranstonus. Die Vergrößerung r Herzfüllung, die sich allerdings röntgenologisch nicht einwandfrei rstellen läßt, stellt eine Anpassung an die erhöhten Anforderungen ährend der Muskelarbeit dar. Mit Beendigung der Arbeit nimmt das gesunde Herz wieder seine ursprüngliche Größe an, wird sogar vor dem Röntgenschirm vielfach kleiner gefunden als vor der Arbeit, hauptsächlich infolge der noch erhöhten Schlagfolge. Bei den konstitutionell schwachen Herzen, wie sie öfters bei Engbrüstigen, asthenischen Menschen gefunden werden, führt anstrengende Muskelarbeit nicht selten zu einer Herzvergrößerung, die häufig noch lange Zeit nachher bestehen bleibt.

Durch langdauerndes Training wird ein allmähliches Größenwachstum des Herzens verursacht. Als Wachstumsreiz ist für den Herzmuskel ebenso wie für den Skelettmuskel die erhöhte Beanspruchung durch die Muskelarbeit zu betrachten. Allerdings führt nicht jede Muskelarbeit zum Muskelwachstum: nur solche Arbeitsleistungen, bei denen die einzelne Muskelzusammenziehung gegen einen maximalen Widerstand erfolgt, verursachen eine Zunahme der Muskelsubstanz. Auch das Herz nimmt dann an Muskelmasse zu, wenn bei der einzelnen Kontraktion eine vermehrte Blutmenge gegen erhöhte Widerstände in den Kreislauf geschleudert werden muß.

Die Erfahrung lehrt denn auch, daß nur bei den Sportarten, die die größten Anforderungen an die Leistungsfähigkeit des Menschen und im besonderen des Herzens stellen, wie die Dauerschnelligkeitsübungen der Skifahrer, Radfahrer, Ruderer und Schwimmer, Herzvergrößerungen zu beobachten sind. Es geht dabei aber die Herzvergrößerung mit einer allgemeinen Vergrößerung der gesamten Körpermuskulatur einher. Die Proportion zwischen Herzgröße und Skelettmuskelmasse wird beim Training des gesunden Erwachsenen nicht verändert. Eine diese Proportion überschreitende Vergrößerung des Herzens ist nur zu beobachten, wenn Schädlichkeiten (wie reichlicher Alkohol- und Nikotingenuß, überreichliche Nahrungsaufnahme) das Herz treffen. Ferner finden wir eine über die Proportion hinausgehende Herzvergrößerung, wenn die anstrengende sportliche Tätigkeit bereits in früher Jugend ausgeübt wurde. Die Herzen Jugendlicher reagieren auf die in der Körperanstrengung gegebenen Wachstumsreize viel stärker als die Herzen Erwachsener. Ein solches über die Proportion vergrößertes Herz ist in den meisten Fällen in seiner Arbeitsfähigkeit geschädigt und als anormal zu betrachten.

*

In der Aussprache spricht Ewig (Königsberg) über seine Versuche an 300 Studenten, deren Herzen er bei Anwendung des dosierten Valsalva untersucht hat. Die Mehrzahl der Herzvergrößerungen durch den Sport beruhen auf einer Volumenzunahme des Herzens, während die von Jugend auf Trainierten über eine Massenzunahme des Herzens verfügen. Kauf (Wien) geht von der Ueberlegung aus, daß bei einer Hypertrophie die Herzkammern in erster Reihe vergrößert sein müßten, bei einer Dilatation aber auch die Vorhöfe. Er fertigt von jedem zu untersuchenden Herzen eine Röntgenpause an, vergrößert sich das Herz, so trägt er die kleinere Pause in die größere ein. Ein Vergleich ergibt, daß die Herzform sich durch den Sport nicht verändert, was auf eine Dilatation schließen läßt

*

Ernst Mangold, Berlin. Die Beziehungen der Atmung zum Kreislauf währen der Arbeit. Der Referent geht aus von der Gemeinsamkeit der Funktionen von Atmung und Kreislauf, die sich beide bei körperlicher Arbeit beschleunigen, und nur als einheitliches System die Aufgabe erfüllen können, die arbeitenden Muskeln mit dem nötigen Sauerstoff und Nährmaterial zu versorgen. Wie der Blutkreislauf Hilfsfunktion für die innere Atmung der Körperorgane ist, so steht die äußere Atmung, der Gaswechsel mit der Außenluft, im Dienste des Blutkreislaufs, dem sie den Sauerstoff zuführt. Rein mechanisch hat die Atmung Einfluß auf die Lage des Herzens, und ausgiebige Atembewegungen eine fördernde Wirkung auf Füllung und Entleerung des Herzens. Bei Kraftübungen tritt Pressung im Brustkorb ein, die das Blut staut, das Herz zusammendrückt, und nach der plötzlichen Entlastung zur Herzerweiterung führen kann.

Die durch Leibesübungen vertiefte Atmung bringt unbeteiligte und schlecht ernährte Lungenbezirke zur Entfaltung und besseren Durchblutung. Bei Laufübungen mit höchster Geschwindigkeit verflacht sich aber die Atmung wieder. Mit der Arbeit steigt die Blutfülle in den arbeitenden Organen.

Auch unabhängig von direkten mechanischen Wechselbeziehungen ändern sich Atmung und Kreislauf bei der Arbeit, und beschleunigen

sich sogar schon im Augenblicke des Arbeitsbeginnes. Diese für die Durchführung einer Arbeitsleistung sehr wichtige Regulation erfolgt durch Nervenimpulse, die im Sinne einer Mitinnervation von der Großhirnrinde aus, von wo die willkürlichen Bewegungen beherrscht werden, auf das Kopfmark übergehen und die hier benachbart liegenden Zentren für die Atembewegungen und für die Herz- und Blutgefäßregulation anregen. Die weiter dann während der Arbeit veränderte Atmungs- und Herztätigkeit wird durch die Stoffwechselprodukte der arbeitenden Organe veranlaßt und durch die chemische Blutveränderung vermittelt.

*

Rautmann, Freiburg i. Br. Die Ueberanstrengung der Organe des Kreislaufes durch Muskelarbeit beim Turnen und Sport; ihre Erkennung, Behandlung und prognostische Beurteilung. Nach näheren Ausführungen über die Anstrengungserscheinungen im Bereiche der Kreislauforgane schildert der Vortragende die Zeichen der Kreislaufüberanstrengung infolge sportlicher Muskelarbeit. Im Vordergrund steht vom ärztlich-diagnostischen Standpunkt aus die Anstrengungs-Dilatation des Herzens infolge der abnormen Dehnbarkeit des übermüdeten Herzmuskels. Hierzu treten die Veränderungen hinsichtlich Zahl, Rhythmus, Größe und Spannung des Pulses. Sehr wichtig erscheint, daß die durch Ueberanstrengung chemisch und chemisch-physikalisch geschädigte Muskulatur ein größeres Blutbedürfnis hat und infolgedessen bei gleicher Beanspruchung eine viel größere Leistung von dem zentralen Motor, d. h. dem Herzen, verlangt als die normale Muskulatur. Bei Sportsleuten, die auf Dauerleistung hoch trainiert sind, ergibt sich bei Kreislaufüberanstrengung ein besonderes, eigenartiges Bild. Kollapsartige Zustände treten bei Läufern jedenfalls besonders durch primäres Versagen des rechten Herzens ein, wenn sie bei höchster Kraftentfaltung Preßatmung anwenden. Nach weiteren Darlegungen über die Bedeutung der Gepäckbelastung bei Hoch- oder Skitouren, sowie der Temperatur und Feuchtigkeit der Luft für die Entstehung der Kreislaufüberanstrengung legte Vortragender die wichtigsten Gesichtspunkte dar, die bei ihrer Behandlung zu beachten sind. Schwere Schädigungen treten im allgemeinen nur bei solchen Herzen auf, die bereits vor der Leistung nicht völlig gesund waren. Verhängnisvoll wirken besonders Infektionskrankheiten, auch leichter Art, auf die Leistungsfähigkeit der Kreislauforgane bei maximaler Muskelanstrengung ein. Im allgemeinen ist die Prognose der Kreislaufüberanstrengung durch Muskelarbeit gut, wenn das Herz vor der sportlichen Leistung gesund war.

*

Moritz (Köln) geht neue Wege zur Erkennung von Herzhypertrophie oder Dilatation. Für die Bestimmung der Herzgröße genügen Palpation und Perkussion nicht, wenn auch Pulsation in mehreren Interkostalräumen für eine dilatorische Hypertrophie des rechten Ventrikels spricht. — Wichtig ist die Heranziehung der Orthodiagraphie, die aber nur im Liegen ausgeführt werden soll. — Um eine Vergleichsmöglichkeit für verschiedene Herzen zu gewinnen, konstruiert Moritz ein Herzrechteck aus Transversal- und Längsdurchmesser, dessen Mittelwert er = 100 setzt. Gesunde untrainierte Menschen pflegen dann ein Herzrechteck von 86 bis 112 zu haben, in den gleichen Grenzen bewegt sich die Größe bei Sportsleuten, Herzkranke jedoch haben Zahlen, die bis 170 gehen. Andere Vergleichsmöglichkeiten der Herzgröße bieten Moritz selbstangefertigte Gipsmodelle von Herzen, die er aus Längs- und Transversaldurchmesser konstruiert. Um auch über die Füllungsmöglichkeiten eines Herzens ein Bild zu erhalten, hat Moritz Wachsmodelle, die hohl sind, nach Orthodiagrammen angefertigt, die z. B. im Fall eines Rennruderers interessante Aufschlüsse gaben. Das Wachsmodell, das nach dem Orthodiagramm im Liegen angefertigt wurde, faßt in der rechten und in der linken Höhle annähernd je 270 ccm Flüssigkeit. Das Wachsmodell, das nach dem Orthodiagramm im Stehen angefertigt wurde, fast je 150 ccm Flüssigkeit, und schließlich das Wachsmodell, das nach dem Orthodiagramm bei gleichzeitig angestelltem Valsalva angefertigt wurde, nur noch je 45 ccm Flüssigkeit. Selbstverständlich haben diese Zahlen keinen absoluten, sondern nur einen Vergleichswert. Sie sprechen im Sinne einer Dilatation.

Herxheimer hält die Herzschädigung durch den Sport für ungeheuer selten. Maßgebend für ihn ist die Empirie, das Experiment und erst in dritter Reihe die Theorie. — Kauff (Wien) zeigt ausgezeichnete Röntgenbilder von Sporttreibenden, deren Herzfiguren im Sinne einer Dilatation sprechen.

Den Schluß der Tagung bildete nach einer Besichtigungsr fahrt zu Uebungsstätten und sportärztlichen Einrichtungen ein W kampf, an dem nur approbierte Aerzte als Teilnehmer mitwirk Die Sieger erhielten Plaketten, die das Volkswohlfahrtsministe zu diesem Zweck gestiftet hatte.

Laufende medizinische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 39, 30. September.

- * Klinische Beobachtungen über allergische Erkrankungen. H. Kämmerer A. Apaza-Fuentes.
- * Konzentrationsverhältnis aromatischer Substanzen zwischen Serum und Har Nierengesunden und Nierenkranken. Erwin Becher, Stillfried Litzner und Doenecke.
- * Vergleichende Beobachtungen über die Wirkung der wichtigsten Narkotik Opiumgruppe. Richard F. Mayer.
- Operative Behandlung der einseitigen Rekurrenslähmung nach Kropfoperat Max Grasmann.
- Gibt es eine traumatische Appendizitis? Steinthal.
- Häufung der postoperativen tödlichen Lungenembolien. I. Oehler.
- Zur Frage der fehlerhaften Gastroenterostomie. W. Haas.
- Leibesübungen und Nervensystem. T. Wohlfeil.
- Magnesiumhydroxyd als Antidotum arsenici. M. A. Rakusin.
- Sumpf- und Schlammfieber. W. Schemensky.
- Enzephalitis und ihre Bedeutung für die Psychiatrie. A. Bostroem.
- Seltene Form der Gangrän an den Fingern. W. Tönnis.
- Beitrag zur Aetiologie und Pathogenese des nichttuberkulösen Spontanpn thorax. Carl Friesdorf.
- Transportabler Redresseur und Osteoklast. Wilhelm Engelhardt.
- Bisherige Erfolge des Hocksitzes. Der Hocksitz bei einer durch Myom k zierten Geburt. F. Lichtenstein.
- Neuere Rechtsprechung zu der Frage des Verkaufs der ärztlichen Praxis. R. schwerdt.

Klinische Beobachtungen über allergische Erkrankungen. Mehrzahl der Kranken kann Sicheres über Empfindlichkeit gegen den verschiedenen als Allergene in Betracht kommenden Substa nicht angeben. Nach den anamnestischen Angaben spielen Infektionen der Luftwege und in einem gewissen Umfange die S und Luftallergene als Entstehungsursachen für das Asthmaleiden wesentliche Rolle. Durch die Infektion wird eine Prädispositio schaffen oder mindestens erhöht, indem die erkrankten Organ bestimmte Allergene durchlässiger werden. (Bakterienstoffe Allergene?) Die Frage, welche Umstände nach Ansicht der Kra einen Anfall auslösen, wird zumeis tnicht beantwortet. Daher is vermuten, daß in diesen Fällen nicht eine bestimmte, sondern schiedene Ursachen verantwortlich zu machen sind, daß der A matiker nach jahrelangem Bestehen des Leidens mit Erleben endlich vieler Anfälle nicht nur auf das ursprünglich in Betr kommende Allergen, sondern auf alle möglichen Reize hin mit e Anfall antwortet (Spezifitätsverlust). Die Reflexbahnen der Kra können schon so ausgefahren sein, daß bestimmte Allergene nicht mehr von Bedeutung sind und daß alle möglichen Schleiml oder Nervenreize den Anfall auslösen. (Reflexasthma durch kö liche Anstrengung, seelische Erregung, Geschlechtsverkehr, Zigare rauch usw.). Mit einer gewissen Häufigkeit wird Staub als A auslösend bezeichnet, ein Beweis für die Bedeutung der Wohn Luft-Schimmelallergene in der Asthmaätiologie. Alle untersuc Allergiker reagieren mehr oder weniger stark gegen mehrere trakte bei der Hautimpfung. Eine nur gegen ein bestimmtes Alle gerichtete Hautallergie, eine monovalente Hautreaktion, gehört zu größten Seltenheiten. Dieses Verhalten spricht für einen Spezifi verlust oder ist durch das Vorhandensein eines gleichartigen Alle kernes in den verschiedenen Extrakten zu erklären. Die stärk Hautreaktionen wurden mit Menschen- und Pferdehautschuppen Schimmelpilzen, Wein-, Bier- und Staubextrakten erzielt, wäh die Nahrungsmittelextrakte an Bedeutung zurücktraten. Den d Dialyse isolierbaren kolloidalen Substanzen von Schimmel-, I und anderen Spaltpilzen scheint zusammen mit Stoffen ihres N materials eine besondere Bedeutung zuzukommen als Hauptbes teile des so häufig von den Kranken beschuldigten Staubes und so oft zu starken Reaktionen führenden Staubextrakte. Die H reaktionen sind für die ätiologische Erforschung der Allergien ke wegs wertlos. Doch erschweren die multiple Reaktionsbereits sowie zeitweilige Veränderungen der Reaktionsfähigkeit die gemeine praktische Anwendung der intradermalen Impfung Extrakten außerordentlich.

Auch bei polyvalenter Hautallergie können Anfälle durch I kutanreaktionen oder durch häufigere Wiederholung solcher jektionen zum Verschwinden gebracht werden, sehr häufig nu kurze Zeit, bisweilen auch für Monate. Anfallsfreiheit kann durch subkutane Injektionen stark reagierender Allergenextr

(gewöhnlich des Extraktes, der die stärkste Reaktion ergab) für eine auf Wochen oder Monate begrenzte Frist erzielt werden. Ob die spezifische Desensibilisierung der Allergien wertvoller ist als die mit Reiz- oder Proteinkörpern bewirkte, kann noch nicht entschieden werden. Bei allen desensibilisierenden Methoden bleibt die Heilwirkung zeitlich beschränkt. Eine intermittierende Behandlung ist daher notwendig.

Konzentrationsverhältnis aromatischer Substanzen zwischen Serum und Harn bei Nierengesunden und Nierenkranken. Das Nachlassen der Nierenfunktion führt zu einem Anstieg der harnfähigen Stoffe im Blut (ausgenommen Kochsalz), während die Konzentration im Harn gegenüber der Norm geringer wird. Die Konzentrationen der harnfähigen Substanzen des Harnes nähern sich entsprechend der Abnahme der osmotischen Arbeit der Nieren denen des Blutes. Die Fähigkeit, Stickstoff zu konzentrieren, sinkt bei Nierenkranken ganz erheblich (3 bis 10 fache gegenüber 20 bis 50 fach beim Gesunden). Die aromatischen, bei der Darmfäulnis entstehenden, phenolartigen Substanzen, die wahrscheinlich für die Pathogenese der echten Urämie von besonderer Wichtigkeit sind, werden in der Norm von den Nieren erheblich konzentriert. Während normalerweise die Phenolkonzentration im Serum ziemlich konstant ist, weist die Konzentration im Harn große Schwankungen auf. Jedenfalls ist das Konzentrationsverhältnis zwischen Harn und Serum größer als beim Stickstoff. Die höchsten Werte (etwa 100 fach) werden im Konzentrationsversuch nach künstlicher Belastung mit Phenolschwefelsäure beobachtet. Bei Niereninsuffizienz sinkt das Konzentrationsverhältnis ganz erheblich (auf das 1 bis 3 fache). So findet sich häufiger ein Konzentrationsverhältnis von etwa 1, während das Vermögen, Stickstoff zu konzentrieren, noch nachweisbar ist. Bei Niereninsuffizienz leidet das Konzentrationsvermögen für die aromatischen Stoffe besonders, oft stärker als das für die im intermediären Stoffwechsel gebildeten stickstoffhaltigen Substanzen. Die Schwere der Niereninsuffizienz ist viel sicherer aus der Höhe der im Blut zurückgehaltenen Darmfäulnisprodukte zu beurteilen als aus der R. N. und Harnstoffbestimmung. Aehnliche Verhältnisse wie beim Phenol ergeben vergleichende Indikationsbestimmungen im Serum und im Harn. Beim Versagen der Nierentätigkeit sinkt das Konzentrationsverhältnis auf 1 und darunter, indem der Indikanwert noch höher im Blut liegen kann als im Urin. Kreatinin hingegen kann auch bei schwerer Niereninsuffizienz noch erheblich konzentriert werden. Diese Tatsachen beweisen, daß die Ausscheidung der Darmfäulnisprodukte der versagenden Niere besondere Schwierigkeiten bereitet und daß trotz Isosthenurie der Harn kein vollkommenes Blutfiltrat darstellt.

Vergleichende Beobachtungen über die Wirkung der wichtigsten Narkotika der Opiumgruppe. Der pharmakologische Effekt des Opiums besteht, gemäß der Zusammensetzung aus einer Reihe von Alkaloiden, aus zahlreichen Teilwirkungen, die sich gegenseitig abschwächen oder aufheben, sich addieren oder sogar potenzieren. Das Streben nach möglichst vollkommener Isolierung der klinisch wertvollen Teilfunktionen des Opiums nach der Vereinigung bestimmter, erwünschter Teileffekte in einem Präparat (Verbindung spasmolitischer mit analytischer Wirkung oder schlafbringender mit analgetischer Funktion unter Ausschaltung erheblicher Nebenwirkung) hat zur Darstellung und Verwendung immer neuer Präparate geführt. An Hand von etwa 200 Einzelbeobachtungen wurde versucht, charakteristische Unterschiede in der Wirkung der gebräuchlichsten Opiumpräparate zu finden und um so daß Analgetikum und Narkotikum zu ermitteln, das in dem betreffenden Anwendungsgebiet den größten Erfolg verspricht. So wurden folgende praktisch wichtigen Ergebnisse gewonnen.

Als ziemlich sicher und prompt wirkendes Analgetikum ist das Dicodid anzusprechen (Dosis 0,0075 bis 0,01), bei dem in Dosen bis 0,01 die Schlafwirkung ausbleibt. Besonders bewährt es sich bei lanzinierenden Schmerzen und nächtlichen Knochenschmerzen, sowie bei der Bekämpfung der Dyspnoe durch Kreislaufschwäche während des Tages (zugleich sekretionshemmende Wirkung bei Affektionen der Atmungsorgane). Wenn gleichzeitig eine dormitive Wirkung notwendig ist, so ist Eukodal (0,01 bis 0,02) wegen des fast völligen Fehlens von Nebenwirkungen angebracht (geringere Beeinflussung des Atemzentrums wie durch Mo., Ausbleiben der spastischen Wirkung auf den Magen-Darmtraktus). Bisweilen tritt die analgetische Wirkung schneller ein als beim Mo. und hält längere Zeit an. In der Einwirkung auf das Hustenzentrum erweist sich das Eukodal allen anderen Präparaten als überlegen. Entgegengesetzt der Wirkungweise der übrigen Opiumalkaloide setzt Papaverin den Tonus der glatten Muskulatur herab. Als Spasmolytikum ist es bei Störungen des Gallenabflusses mit Nutzen (jedoch nur subkutan gegeben) zu verwerten. Das Fehlen der analgetischen Wirkung macht es zur Bekämpfung schwerer spastischer Zustände (Cholelithiasisanfall) ungeeignet. Unerwünschte Nebenwirkungen (Obstipation, Erbrechen, Tonussteigerung des Sphinkter vesicae mit Harnverhaltung) treten beim Eukodal weniger hervor als beim Dicodid und beim Mo. Erregungszustände kommen bei besonderer Disposition nach Gaben geringer Mengen aller Präparate der Opiumreihe vor (Ausnahme: Papaverin). Hinsichtlich der Gewöhnung und der Gefahr chronischen Mißbrauches ist hervorzuheben, daß beim Dicodid — das sogar zu länger dauernder Euphorie als das Mo. führt — eine wesentliche Steigerung der Dosis nicht nötig wird, daß bei länger dauerndem Gebrauch die Wirksamkeit nicht abnimmt. Auch das Eukodal kann lange Zeit in gleicher Dosis mit gleichbleibendem Effekt gegeben werden. Freilich zeigen sich beim Entziehen beider Mittel Abstinenzerscheinungen (Müdigkeit, Verstimmung, Appetitlosigkeit, Arbeitsunfähigkeit), die jedoch relativ gering sind und rasch vorübergehen. In Fällen, wo eine dauernde Anwendung eines Narkotikums notwendig ist, muß aus diesen Gründen dem Eukodal (resp. Dicodid) gegenüber dem Morphium der Vorzug gegeben werden.

Biberfeld.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 41, 8. Oktober 1927.

Pharmakologische Untersuchungen mit einem deutschen Thyroxin. Das Thyroxin-Schering stellt nach den experimentellen Ergebnissen des Verfassers ein in jeder Hinsicht pharmakologisch vollwertiges Thyroxinpräparat dar. Das im Thyroxin gegebene Schilddrüsenhormon hat seinen primären Angriffspunkt im Bereiche der anäroben Stoffwechselphase und es wurde festgestellt, daß die zu beobachtende Oxydationssteigerung nur eine — sehr „zweckmäßige" — Folgeerscheinung der anäroben Veränderung ist.

Ueber die Wirksamkeit des Thyroxins (Schering) bei endokrin bedingten Störungen. Die Verfasser untersuchten, welche Wirkung das Thyroxin bei intravenöser und peroraler Anwendung bei gesunden und kranken Menschen entfaltet und wie es sich in seiner Wirksamkeit im Vergleich zu den Organpräparaten aus Schilddrüse verhält. Beim gesunden Menschen beobachteten die Verfasser nach Verabreichung des Medikamentes, sei es intravenös oder peroral, eine Steigerung des respiratorischen Stoffwechsels, welche aber bei den einzelnen Individuen verschieden ausfiel. Die Steigerung erreichte höchstens 15% (nach 2 mg Thyroxin). Auch die Beschleunigung des Eiweißstoffwechsels konnte festgestellt werden. Im Blute änderten sich weder die chemischen noch die morphologischen Bestandteile; nur das Verhältnis Ca/K erfuhr durch Thyroxin eine Verschiebung. Der Wasserstoffwechsel zeigte keine charakteristischen Veränderungen. In der Klinik wurden in erster Linie die Fälle untersucht, bei welchen man klinisch eine Minderfunktion der Schilddrüse annehmen mußte. Hierher gehören sowohl das ausgesprochene Myxödem wie der benigne Hypothyreoidismus und Krankheitsbilder, wie sie besonders häufig bei Frauen mit Störungen der Ovarialfunktion (Menarche, Klimakterium, post partum) zu beobachten sind. Zum Beweis der Wirksamkeit des Mittels wurden eingehende Untersuchungen des gesamten Stoffwechsels (des respiratorischen, Eiweiß- und Mineralstoffwechsels) ausgeführt. Bei den Patienten, die mit Thyroxin-Schering behandelt wurden, beobachteten die Verfasser gelegentlich geringe Nebenwirkungen, die in Kopfschmerzen und gastrointestinalen Erscheinungen bestanden, die aber in viel ausgesprochenerem, manchmal direkt unangenehmen Maße nach Verfütterung von Schilddrüsenpräparaten beobachtet wurden. Herzerscheinungen traten nach Thyroxingaben sehr selten auf. Die Nebenerscheinungen waren überhaupt bei der von den Verfassern angewandten Dosierung sehr gering. Sie glauben, daß die Kopfschmerzen als ein durch Thyroxin hervorgerufener Vasomotorenreflex zu deuten sind und durch die Aenderung des Elektrolytgleichgewichtes bzw. des Verhältnisses K/Ca hervorgerufen werden. Die Kopfschmerzen ließen sich jedenfalls durch geringe Luminaldosen kombiniert mit Ca oder Papaverin beheben. Die intra-

venöse Applikation des Mittels führt natürlich zu einem schnelleren Einsetzen der Wirkung als die orale Behandlungsweise, Verfasser haben manchmal mehrere Tage hintereinander injiziert. Die Möglichkeit des Auftretens von Nebenerscheinungen muß im Auge behalten werden. Die Wirkung der intravenösen Behandlung dauerte gelegentlich mehr oder weniger lange Perioden an. Für die chronische Hormonbehandlung wird nur die perorale Verabreichung empfohlen, da sich im Einzelfalle eine individuelle Dosierung ermöglicht, welche im allgemeinen zwischen 3 und 6 mg Thyroxin pro die liegen wird.

Zur Kenntnis der Thyroxinwirkung. Thyroxin vermag bei kastrierten männlichen Mäusen nur etwa die Hälfte der stoffwechselsteigernden Wirkung auszulösen, die es in gleicher Dosis beim normalen Tier zeigt. Diese Beobachtung macht eine Mitwirkung des männlichen Sexualhormons an der Stoffwechselsteigerung wahrscheinlich. Bei kastrierten weiblichen Tieren zeigte sich ein derartig unterschiedliches Verhalten gegen das normale Tier nicht. Die normale weibliche Maus reagiert bezüglich der Steigerung der CO_2-Produktion schwächer und unregelmäßiger auf Thyroxin als die normale männliche.

Ueber quantitative Gallensäurenuntersuchungen im Serum von Leberkranken. Bei verschiedenen Formen von Lebererkrankungen mit Ikterus konnten Gallensäurenkonzentrationen von 2—17 mg% mit der gasanalytischen Methodik im Serum nachgewiesen werden. Bei schweren Parenchymschädigungen der Leber gingen die Gallensäuremengen im Serum zurück oder schwanden völlig. Eine Proportionalität zwischen Gallensäurenkonzentration und Tropfengröße im Serum ließ sich nicht nachweisen. Die Oberflächenspannung des Serums, ausgedrückt durch die Tropfengröße, muß trotz ihrer noch ungeklärten theoretischen Begründung als bewährter klinischer Leberfunktionsprüfung auch weiterhin Beachtung geschenkt werden.

Ueber den Mechanismus der alimentären Hyperglykämie. Ueber den Mechanismus der alimentären Hyperglykämie ist folgendes zu sagen: Der Organismus besitzt zwei Arten von Einrichtungen, durch welche der Uebertritt des im Darm resorbierten Zuckers aus dem Blute in die Leber und andere Organe beschleunigt wird. 1. Durch einen, seiner näheren Beschaffenheit nach unbekannten Mechanismus in der Leber, durch welchen der Zucker quantitativ in der Leberschleuse abgefangen werden kann, so daß der Zuckerspiegel im Blute der peripheren Zirkulation überhaupt nicht ansteigt. Dieser Mechanismus ist in der Norm gesperrt, die Sperre wird durch Ausschaltung des vegetativen Nervensystems geöffnet. Ob und wann sie unter physiologischen Verhältnissen ganz oder teilweise geöffnet wird, ist noch unbekannt. Dieser Sperre ist die Hyperglykämie zuzuschreiben, welche in dem ansteigenden Teil der alimentären Blutzuckerkurve zum Ausdruck kommt. 2. Durch Zunahme der Insulinsekretion, welche dem alimentären Blutzuckeranstieg entgegenwirkt. Diese Zunahme macht sich bei mittleren Zuckergaben erst nach zirka einer Stunde nach der Zufuhr bemerkbar, vermutlich in dem Zeitpunkt, in welchem die Blutzuckerkurve vom Gipfelpunkt wieder abfällt. Diese Insulinsekretion wird teils zentral durch Reizwirkung des hyperglykämischen Blutes auf ein Insulinzentrum ausgelöst, teils peripher, wahrscheinlich vermittels eines in der Darmwand durch die Zuckerfütterung erzeugten Hormons, welches unmittelbar auf das Inselorgan einwirkt.

Blutgruppen und Impf-Malaria. Bei der Uebertragung der Impf-Malaria wurde bei 65 Erstimpflingen die Gruppenzugehörigkeit bestimmt. Es fand sich ein Zusammenhang der Blutgruppenzugehörigkeit der Spender und Empfänger einerseits und von der Länge der Inkubationszeit, dem Inkubationsverlauf und dem Fiebertyp andererseits. Bei ungünstigen Blutgruppenverhältnissen zwischen Spender und Empfänger wird selbst bei intravenöser Impfung die Inkubationszeit fast um das Doppelte an Tagen in die Länge gezogen, ebenso findet sich bei den unter ungünstigen Verhältnissen intrakutan Geimpften eine erhebliche Verlängerung der Inkubationszeit. Die bei der Impf-Malaria ungern gesehene Duplexform (Zwieselinfektion) mit täglichen Anfällen findet sich am häufigsten bei den intravenös Geimpften mit günstigen Blutgruppenverhältnissen. Dasselbe gilt für die Tertianaformen mit gemischtem Fiebertyp. Die vom Kliniker erwünschten reinen Simplexformen fanden sich am häufigsten bei den intrakutan Geimpften mit ungünstigen Gruppen und dann bei den intravenösen Ungünstigen. Fehlimpfungen wurden selbst bei ungünstigen Blutgruppenverhältnissen in keinem Falle beobachtet. Transfusionsschäden in Form von Temperatursteigerungen über 38° und Schüttelfröste am ersten und zweiten Tage nach der Impfung wurden nur bei Impfungen unter ungünstigen Blutgruppen beobachtet, und zwar bei den intravenös Geimpften mehr als bei den Intrakutanen.

Zur Serumtherapie bei Bissen durch europäische Vipern. Das geprüfte polyvalente Antischlangengiftserum aus Java war gegen das Toxin der europäischen Sandviper sehr wenig wirksam. Es kann hierbei im Gegensatz zu dem von Kraus und Moritsch geprüften südamerikanischen Serum mit dem in Paris gewonnenen spezifischen Antivipernserum „E r" nicht in Konkurrenz treten. Dieser Befund hat nicht nur praktische, sondern auch für die Beurteilung der einzelnen Schlangengifte theoretische Bedeutung. Für die Verwendung in Deutschland kommt demnach das ostindische Serum nicht in Frage, wohl aber würden nach den erwähnten Versuchsergebnissen von Kraus und Moritsch neben dem spezifischen Serum „E r" aus dem Institut Pasteur die südamerikanischen Sera von Vital Brazil (und zwar sowohl das monovalente, mit Lachesistoxin gewonnene Serum, als auch das polyvalente Antibothropsserum) benutzt werden können.

Erfahrungen mit der Tonusbandage nach Bayer bei der Tabes dorsalis. Aus den Ausführungen des Verfassers geht hervor, daß die Patienten, die teilweise bereits monatelang oder jahrelang an das Bett gefesselt waren, sich ohne fremde Hilfe fortbewegen konnten. Dieser Erfolg ist insofern von weitgehender Bedeutung, als man einmal die Patienten vor den Gefahren des dauernden Liegens bewahrt und sie andererseits von fremder Hilfe freimacht, was vor allem in sozialer Hinsicht von großer Wichtigkeit sein dürfte. In den leichteren, beginnenden Fällen der ataktischen Gangstörungen erreicht man zunächst weniger eine objektive Besserung der Gangart als vielmehr eine erhebliche Steigerung des subjektiven Sicherheitsgefühls, wodurch späterhin in diesen Fällen auch der Gang als solcher objektiv gebessert wurde. Dieses Empfinden der Sicherheit wurde von den Patienten immer wieder als besondere Wohltat empfunden und als solche zum Ausdruck gebracht. — Die Anbringung der Bandage schon bei geringer Ataxie hat dazu noch den Vorteil, daß einerseits, jedenfalls in manchen Fällen, das Fortschreiten dieser und andererseits die Ausbildung von Gelenkdeformitäten infolge der fehlenden Gelenkempfindung durch Verhinderung der Ueberdehnung der Gelenkbänder hintangehalten werden kann. Die Bandage ist mit geringen Kosten und in kurzer Zeit herzustellen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 42. 14. Oktober 1927.

Ueber die Bedingungen optimaler chemotherapeutischer Wirkung. Die klinischen Erfahrungen am Krankenbett ergaben eine Ueberlegenheit der therapeutischen Wirkung von Chinin und Salvarsan in stärkerer Verdünnung über die gleiche Dosis in konzentrierter Form. Es ist notwendig, entsprechende Beobachtungen bei anderen Medikamenten mit verschiedenen Krankheiten anzustellen. Derartige Untersuchungen sind auch geeignet, zur Klärung der Wirkungsweise arzneilicher Mittel überhaupt anzuregen und beizutragen.

Ueber Diphtherie, septische Diphtherie und septische (toxische) Angina plus Diphtheriebazillen. Nicht alle Fälle von akuter Mandelentzündung mit positivem Diphtheriebazillenbefund sind Diphtherie. Es kann sich dabei handeln um a) reine Diphtherie, b) eine Mischinfektion mit Diphtheriebazillen und anderenb gewebstoxischen bzw. septischen Erregern („septische Diphtherie") oder c) um eine Angina hervorgerufen durch gewebstoxische oder septische Erreger verschiedener Art, bei der außerdem noch Diphtheriebazillen vorhanden sind, die jedoch für den betreffenden Fall von unwesentlicher Bedeutung sind. (Toxische oder septische Angina plus Diphtleriebazillen.) In praxi werden aber alle Fälle von akuter Mandelentzündung mit positivem Diphtheriebazillenbefund als Diphtherie betrachtet und mi

Diphtherieserum behandelt, was als praktische Sicherheitsmaßnahme durchaus berechtigt ist. Die spezifisch-antitoxische Diphtherieserumbehandlung kann nur bei den Fällen der Kategorie a) (reine Diphtherie) einen durchschlagenden Erfolg haben, während bei den Fällen der Kategorie b) (septische Diphtherie) nur eine beschränkte Wirkung und bei den Fällen der Kategorie c) gar keine direkten Heilwirkungen zu erwarten sind. Das scheinbare Versagen der Diphtherieserumtherapie dürfte — sofern genügende Dosen gegeben worden sind — darauf beruhen, daß es sich um Fälle der Kategorien b) und c) handelt. Die bei der Diphtheriediagnose bisher übliche bakteriologische Diagnostik ermöglicht nicht immer, mit Sicherheit zu sagen, ob es sich um eine reine Diphtherie, b) um eine septische Diphtherie oder c) um eine septische bzw. toxische Angina mit für den Träger harmlosen Diphtheriebazillen handelt. Bei einer Reihe von Fällen konnte diese praktisch wichtige Unterscheidung gemacht werden durch eine Analyse des gewebsbiologischen Verhaltens der gesamten jeweiligen Bakterienflora an geeigneten Versuchstieren. Dieses Verfahren wird empfohlen als Ergänzung der bisherigen bakteriologischen Diagnostik und im besonderen als Hilfsmittel zur Klärung der praktisch wichtigen Frage, ob es sich im Einzelfalle um reine Diphtherie, um septische Diphtherie oder um septische (toxische) Angina plus (harmlose) Diphtheriebazillen handelt.

Zur Tuberkulindiagnostik im Kindesalter. Das Ektebin steht an Zuverlässigkeit als diagnostische Salbe dem Moroschen Tuberkulin, dem Perkutantuberkulin und dem Dermotubin voran. Seine Anwendung ist bei geeigneter Dosierung (Salbenzylinder von höchstens 2 mm Länge bei der 5-g-Tube) ohne Nachteile. Da die Mehrresultate mit Ektebin erst vom 4. Lebensjahre aufwärts erzielt wurden (keratolytische Substanzen), kann unter dieser Altersstufe eines der anderen Präparate mit gleichem Nutzen angewandt werden. Wo auf den höheren Preis des Ektebins Rücksicht zu nehmen ist, empfiehlt es sich, die erste Applikation mit Moros diagnostischem Tuberkulin oder Perkutantuberkulin Hamburger vorzunehmen und bei negativem oder zweifelhaftem Ausfall die Reaktion mit Ektebin zu wiederholen.

Angaben zur intramuskulären und subkutanen Kalziumtherapie. Der Verfasser berichtet über ein Kalziumpräparat der Firma Sandoz, in welchem das Kalzium in organischer Bindung als glukonsaures Kalzium vorhanden ist. Diesem Präparat fehlt die Eigenschaft anderer Kalziumpräparate, Reaktionsentzündungen und deren unangenehme Begleiterscheinungen zu machen. Die Kalziumwirkung ist nach eingehenden pharmakologisch-biologischen Versuchen dieselbe, wie man sie beim Kalziumchlorid und ähnlichen anorganischen Verbindungen zu sehen gewohnt ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

Die Aerztliche Praxis.

1. Jahrg., Heft 9, 1927.

Bedeutung der Fehldiagnose in der Strahlenbehandlung angeblicher Myome. Die Strahlenbehandlung der Myome soll nur bei einwandfrei feststehender Diagnose vorgenommen und im Zweifelsfalle lieber operiert werden. Hauptsächlich kommen drei Möglichkeiten einer Fehldiagnose in Betracht: 1. Die Verwechslung eines graviden Uterus, 2. einer entzündlichen Anschwellung, gewöhnlich einer Pyosalpinx und 3. eines Ovarialtumors mit einem Uterus myomatosus. Die Indikation zur Röntgenbehandlung bei gynäkologischen Fällen ist nicht vom Röntgenologen, sondern ausschließlich vom Gynäkologen zu stellen.

Diathermie oder Galvanisation? Auf Grund seiner jahrelangen Erfahrung vertritt der Verf. die Ansicht, daß bei der Behandlung der Neuralgien und Neuritiden die Galvanisation als therapeutische Methode die Aufmerksamkeit der Aerzteschaft mehr verdient, als die Diathermie. Insbesondere wird die Galvanisation bei Ischias, Lähmungen, chronischen Gelenkerkrankungen (Arthritis deformans) mit Erfolg verwendet.

Bleiintoxikation. Verdächtig auf Bleiintoxikation sind folgende Krankheitsbilder: plötzlich einsetzende Harnverhaltung, akute Gastroenteritis mit scheinbarem Ikterus katarrhalis, Fälle unklarer Anämie (besonders bei Frauen) und auf das Zentralnervensystem hinweisende nervöse Störungen. Bei allen Formen der Neuritiden ist ätiologisch auf Blei zu achten, auch wenn die Bleiaufnahme jahrelang zurückliegt.

Behandlung der Hand- und Fußekzeme. Bei dyshydrotischem, häufig der Impetigenisierung unterliegendem Ekzem wird folgende Therapie empfohlen: Nach Abtragung der Blasendecken morgens und abends Umschläge mit essigsaurer Tonerde, Liquor Burowi (1:10—15), Borsäure (1 %) und Resorzin (1—2 %), Abkochung von Käsepapeln oder Kamillen. Kein Billrothbatist, der die Ausdünstung behindert. Neu auftretende Blasen sind abzutragen, Krusten und Borken zu entfernen und die Umgebung mit Salizylspiritus zu betupfen. Nach Reinigung des Terrains beginnt man mit Pastenbehandlung: 10proz. Dermatol-Zinkpaste oder schwache 1proz. Resorzin-Zinkpaste. Die Behandlung des intertriginösen Zehenekzems besteht im Schälen der Oberhaut, die mit 5 proz. Jodtinktur oder Wilkinson-Salbe behandelt wird, die man turnusweise 5 bis 6 Tage lang zweimal täglich appliziert. Dabei sind Fußbäder zu vermeiden. Bei den chronischen Gewerbeekzemen der Hände im Anfang der Behandlung Umschläge und nach Abklingen der Entzündung Teer, Ichthyol, Schwefel, Wilkinson-Salbe oder roher Steinkohlenteer. Das Baden und Waschen mit Seife ist streng zu verbieten.

1. Jahrg., Heft 10, 1927.

E. Kontorowitsch.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

24. Jahrgang, Nr. 19, 1. Oktober 1927.

Spätlues und Aortitis. Während die Hauterscheinungen immer mehr bei der Lues zurücktreten, haben die inneren Erkrankungen sowohl der Nerven wie der Gefäße und hier besonders die Aortitis erheblich zugenommen. Es erhebt sich die wichtige Frage, ob die schärfere Therapie, besonders das Salvarsan, hieran schuld ist. Die Unterdrückung der Hautsymptome sind sicher auf das Konto des Salvarsans zu setzen und im Zusammenhang mit der Frühdiagnose kommen viele Infektionsquellen in Fortfall. Auch tertiäre Hauterscheinungen sind seltener geworden. Bei der Nervenlues haben unvollkommene Kuren bisweilen die Schuld an den Neurorezidiven. Daß Tabes und Paralyse seit Einführung des Salvarsans zugenommen hätten, ist nicht erwiesen. Die Zahl der Nervenspäterkrankungen wird auf 6 bis 10% geschätzt, die der Aortenerkrankungen sind erheblich größer. Nach Beobachtungen von Romberg hat jeder vierte Herzkranke eine syphilitische Herzkrankheit. Verf. untersuchte alle, die früher an Lues gelitten hatten, und stellte bei diesen mehr oder weniger Gesunden in 23,3% eine sichere Aortitis fest. Wenn das therapeutische Vorgehen nicht zu spät einsetzt, ist der Verlauf nicht mehr so deletär wie früher, wo die Aortenkranken in 1 bis 2 Jahren starben. Es ist daher sehr wichtig, die Diagnose frühzeitig zu stellen und durch genaue Untersuchungen die ersten Anfänge zu erkennen. Die Behandlung besteht in 3 bis 4 Kuren mit Salvarsan, Wismut und vor allem Jod. Eine Schonungsbehandlung des Herzens ist wesentlich. Die Prognose kann in rechtzeitig behandelten Fällen günstig gestellt werden. Die Frage, ob das häufigere Auftreten der Erkrankung dem Salvarsan zuzuschreiben ist, wird vom Verfasser verneint, da die Aortenerkrankung ca. 20 Jahre nach der Ansteckung zum Tode führte und die Infektion daher meist vor der Salvarsanperiode stattgefunden hat.

Die chronische Appendizitis. Man unterscheidet zwei Arten: die chronisch rezidivierende und die eigentlich primär chronische Appendizitis. Zur ersten Gruppe gehört das Bestehenbleiben von Be-

schwerden nach einem akuten Anfall und die nach diesem immer wieder auftretenden Attacken. Diese beiden Formen werden hier nicht behandelt. Die Frage ist strittig, ob es eine schleichend beginnend und ebenso verlaufende Form der Appendizitis gibt. Aschoff spricht von einer Appendicopathia chronica. Man muß annehmen, daß diesen chronisch verlaufenden Fällen akute Anfälle vorausgingen, die jedoch symptomlos verliefen. Es gibt sicher Fälle mit dauernden Beschwerden, bei denen nie eine nachweisbare Attacke vorhanden war. Es läßt sich nicht zahlenmäßig bestimmen, wieviele Kranke an solchen symptomlosen Veränderungen des Wurmfortsatzes leiden, zumal dem Internisten anderes Material zugeht als dem Chirurgen. Nur genaueste Untersuchung und schärfste Kritik kann zur Diagnose führen. Stuhlunregelmäßigkeiten und Schmerzen, die mit der Darmtätigkeit zusammenhängen, sind Verdachtsmomente. Die Schmerzen brauchen nicht immer in der Blinddarmgegend zu sitzen. Der Wert der Druckpunkte ist überschätzt worden, eine Muskelspannung ist bei dieser Form nicht zu erwarten. Auch die Temperatur spielt keine Rolle, was übrigens selbst für die schwersten Formen der akuten Appendizitis oft zutrifft. Nach körperlichen Anstrengungen, nach der Menstruation, kann bei der chronischen Appendizitis eine leichte Temperatursteigerung auftreten. In zweifelhaften Fällen ist es erforderlich, durch eine Röntgenuntersuchung die Diagnose zu klären. Notwendig ist eine ganz bestimmte Versuchsanordnung. Füllt sich der Wurmfortsatz und entleert sich wieder, so ist keine Störung anzunehmen. Füllt er sich und hält die Masse zurück trotz Abführmittel, so ist eine Störung anzunehmen. Das Ausbleiben der Füllung kann auf einer physiologischen Enge oder auf krankhafter Behinderung beruhen und den Verdacht auf eine Störung erwecken. Dies gilt besonders für Jugendliche. Praktische Bedeutung hat das Röntgenbild nur im Zusammenhang mit dem ganzen Krankheitsbild. Die Zahl der Differentialdiagnosen ist sehr groß, besonders wichtig ist die zwischen chronischer Appendizitis und Magengeschwür. Mit der Diagnose chronischer Appendizitis ist die Intensität der Beschwerden und die Sicherheit, daß diese vom Wurmfortsatz ausgehen. Oft bleiben nach der Operation die begleitenden Darmbeschwerden zurück, die dann noch weiterer Behandlung bedürfen.

Kosminski, Berlin.

Reichsgesundheitsblatt.

2. Jahrg., Nr. 40, 5. Oktober 1927.

* Volksgesundheit und Leibesübungen. Rubner.
* Fingerabdruckverfahren und Blutgruppenbestimmung im Strafvollzug. P. Hellstern.

Volksgesundheit und Leibesübungen. Durch das Wachstum der Großstädte wird ein großer Teil unseres Volkes unter den ungünstigen sanitären Verhältnissen der Großstädte zu Leben gezwungen. Die Pflege körperlicher Uebungen vermag einen großen Teil der Großstadtschäden zu beseitigen. Die Schulung durch den Militärdienst ist verloren gegangen, sie muß gesundheitlich durch die Leibesübungen ersetzt werden und zwar bei der gesamten Bevölkerung. Das Bestehen der Mortalität darf nicht zu falschen Schlüssen führen; die schwächlicheren Konstitutionen sind in den schlimmen Nachkriegsjahren vorweg gestorben. Im Aufbau unserer Bevölkerung beginnt sich eine Aenderung vorzubereiten, die rassenhygienisch von größter Bedeutung ist. Die jugendlichen Jahrgänge werden bald zurückgehen. Unser Schicksal wird eine Ueberalterung der Nation mit allen Folgen der erhöhten Sterblichkeit sein. Durch Leibesübungen müßen die schwachen Jahrgänge der Jugend in ihrem Gesundheitswert gesteigert werden. Einwirkung von freier Luft und Sonne ist von besonderer Bedeutung. Pflicht des Staates ist es, die Einführung der Leibesübungen in weite Kreise unserer Bevölkerung zu unterstützen. Die hierfür aufgewandten Mittel machen sich gut bezahlt.

Fingerabdruckverfahren und Blutgruppenbestimmung im Strafvollzug. Die aufgestellten Schemata für die kriminal-biologische Untersuchung verurteilter Rechtsbrecher hält Hellstern noch für erweiterungsbedürftig. So ist er der Meinung, daß das Fingerabdruckverfahren jetzt soweit wissenschaftlich erforscht ist, daß es als sicheres Erkennungsmerkmal bei dem ärztlichen Untersuchungsbefund mit angeführt werden muß.

2. Jahrg., Nr. 41, 12. Oktober 1927.

* Fingerabdruckverfahren und Blutgruppenbestimmung im Strafvollzug. Hellstern.
* Der Wert der Milch in der Volksernährung. Rubner.

Fingerabdruckverfahren und Blutgruppenbestimmung im Strafvollzug. Nach Hellstern ist die Blutgruppenbestimmung wissenschaftlich derartig geklärt und praktisch ausgearbeitet, daß sie jedem kriminalbiologischen Untersuchungsergebnis beizunehmen ist.

Der Wert der Milch in der Volksernährung. Die Milch infolge ihrer vielseitigen Verwendungsmöglichkeit ist ein wichtiges Nahrungsmittel. Ihre Wiedereinführung in die häusliche Küche und als allgemeines Getränk muß mit allen Mitteln gefördert werden.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

Zeitschrift für Medizinalbeamte und Krankenhausärzte.

Jahrg. 40—49, Nr. 19, 1. Oktober 1927.

Tätigkeit des Medizinalbeamten auf dem Gebiete der Gewerbehygiene und Arbeitsmedizin. Hoelsch.
Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und seine Ausführung. Roeschmann.
Zur Frage der Beseitigung der Ansteckung durch Typhusbazillenträger. Wagner.
* Ein Fall von ausgetragener Bauchschwangerschaft. Kramer.

Ein Fall von ausgetragener Bauchschwangerschaft. Kramer faßt sein Gutachten dahin zusammen, daß eine Frau mit einer ausgetragenen mumifizierten Frucht im Leibe beim Fehlen sonstiger krankhafter Zustände nicht als invalide im Sinne des Gesetzes anzusehen ist.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin.

34. Jahrgang, Nr. 8, 1927.

* Verwechslung zwischen Spondylitis tuberculosa und Kümmelscher Krankheit bei der Unfallbegutachtung (Fortsetzung). F. Heiligtag, Hamburg.

Jahresversammlung der Gesellschaft schweizerischer Unfallärzte. Zollinger, Aarau.

Verwechslung zwischen Spondylitis tuberculosa und Kümmelscher Krankheit bei der Unfallbegutachtung. Wenn es möglich wäre, diese beiden Krankheitsbilder scharf von einander diagnostisch zu trennen, so würde man die traumatische Spondylitis von derjenigen, die fast ausschließlich unabhängig von einem Unfall geschieht, unterscheiden können.

1. Kümmel betrachtet den durch das Trauma verursachten Krankheitsprozeß als einen rarefizierenden Prozeß der Wirbelkörper, der mit einem Substanzschwund derselben endet. Verf. spricht sich dagegen aus, gerade die Wirbelsäulendeformität nach erheblichen Verletzungen einer oder mehrerer Wirbel besonders zu nennen und als besonderes Krankheitsbild aufzufassen. Dies geschah bei den posttraumatischen O-förmigen Verbiegungen des Schienbeines (nach Fraktur) oder bei der traumatischen Abplattung des Fußgewölbes nach schlecht geheilter Kalzaneusfraktur auch nicht.

Eine posttraumatische Deformität im Sinne Kümmels kann nach Ansicht H. nur auftreten, wenn ein Trauma von sehr erheblicher Intensität die Wirbelsäule betroffen hat, entweder direkt oder durch Stauung vom Kopf bzw. den Schultern oder vom Becken bzw. den Beinen her. Der Verletzte muß alsbald die Arbeit aufgeben und ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Der Unfall muß sofort angezeigt sein.

2. Ebenso ist für die Anerkennung des Zusammenhanges zwischen Trauma und Tuberkulose die Vorbedingung ein kräftiges, erwiesenes, rechtzeitig angezeigtes und rechtzeitig behandeltes Trauma.

3. H. beschreibt einen Fall, bei dem die „reinen und ausgesprochenen Unfallgutachter" sich in bestimmter Form und — wie die spätere Autopsie zeigte — mit Recht für Wirbelsäulentuberkulose aussprachen, während die Hochschulgutachter eine traumatische Entstehung des Gibbus angenommen haben.

Der Fall bewies, daß selbst bei vorgeschrittener Wirbelsäulentuberkulose ein prävertebraler Abszeß fehlen kann; auch braucht der lange fieberfreie Verlauf nicht dagegen zu sprechen. Die Albelsche Operation könne nie Aufschluß über die Ursache des Gibbus geben. Der positiv ausfallenden Tuberkulininjektion und Ponndorfreaktion ist größere Bedeutung beizumessen.

Aus der Form des Gibbus allein könne man keine absolut sicheren Schlüsse ziehen; der spitzwinklige komme häufiger bei Tuberkulose, der rundliche mehr bei der traumatischen Deformität vor. Wichtig sei für den Gutachter stets den Verletzungsmechanismus genau zu würdigen.

Walter Lustig, Berlin.

Blätter für Volksgesundheitspflege.

27. Jahrg., Heft 10, Oktober 1927.

Emil v. Behring. E. Wernicke-Berlin.
* Immunität und Disposition bei ansteckenden Krankheiten. F. v. Gutfeld-Berlin.
* Die Beschäftigung der Frau bei der Tabakerzeugung. Grete Swoboda-Prag.
* Alte, aber unerfüllte hygienische Forderungen im Schulbetrieb. Otto Seelig-Berlin.

Immunität und Disposition bei ansteckenden Krankheiten. Die Immunität (geschützt sein gegenüber ansteckenden Krankheiten) kann eine natürliche sein, d. h. durch Ueberstehen einer ansteckenden Krankheit, oder eine künstliche, d. h. durch Schutzimpfung z. B. gegen Pocken, Tollwut, Cholera und Typhus. Diese künstlich erzeugte Immunität nennt man aktive Immunität, weil der menschliche Körper bei der Ausbildung dieser Immunität aktiv beteiligt ist, indem er gewisse Schutzstoffe bildet. Außer dieser aktiven Immunität kennen wir noch eine andere Art der Immunisierung, nämlich die sogenannte passive Immunität. (Diphtherie, Starrkrampf.) Bei dieser werden die betreffenden Menschen dadurch gegen Erkrankungen geschützt, daß man schutzkörperhaltiges Blut eines Tieres ihnen einspritzt, ohne daß der zu schützende menschliche Körper selbst eine Arbeit leistet. Diese Schutzstoffe sind zum Teil meßbar durch bestimmte Methoden, die wir im Laboratorium anstellen können. Für die Disposition, d. h. eine eigentümliche Anlage oder Beschaffenheit des menschlichen Körpers, die ihn besonders leicht anfällig macht für ansteckende Krankheiten, besitzen wir dagegen keinerlei Maße. Man kann nur durch genaue und jahrelang fortgesetzte Beobachtung feststellen, ob ein einzelner Mensch für irgendwelche ansteckende Krankheiten eine gewisse Disposition besitzt oder nicht. Verschiedene Einflüsse, wie Hunger, körperliche Anstrengungen, sogen. Erkältungen, starker Alkoholgenuß sind imstande, die Disposition für ansteckende Krankheiten zu erhöhen. Umgekehrt gelingt es häufig, bei Menschen, die eine besondere Disposition für ansteckende Krankheiten aufweisen, durch geeignete Maßnahmen diese Disposition zu vermindern. Hierzu gehören eine zweckmäßige Lebensweise, die sich auf die Wohnung, Kleidung, Nahrung und Körperpflege erstrecken muß, ferner die Vermeidung von körperlicher Ueberanstrengung, die Vermeidung von Alkohol und Tabak usw. Viele Fragen über das Kapitel Immunität und Disposition bei ansteckenden Krankheiten harren noch der Lösung, die von allergrößter Bedeutung für die Volksgesundheit ist.

Die Beschäftigung der Frau bei der Tabakerzeugung. Die spezifische Wirkung der Tabakarbeit auf den weiblichen Organismus kommt zum Ausdruck 1. in der abnorm hohen Säuglingssterblichkeit, deren Ursache noch näher studiert werden muß, wobei besonders auf den Umstand Gewicht zu legen ist, ob wirklich Tabakgifte in die Muttermilch übergehen, 2. in der großen Zahl von Störungen in der Menstruation, Gebärmutter- und Scheidenentzündungen, die oft mit hochgradiger Blutarmut einhergehen, 3. in der hohen Zahl von Früh- und Fehlgeburten in diesen Kreisen, wobei es auch noch einer näheren Untersuchung bedarf, ob tatsächlich durch die Tabakatmosphäre die sexuelle Erregbarkeit gesteigert wird und dadurch eine erhöhte Möglichkeit für die Entstehung der erwähnten Frauenkrankheiten gegeben ist. — Diese Tatsachen sind deshalb von hoher Bedeutung, weil gerade bei der Tabakfabrikation das weibliche Element vorherrscht und weil es vor allem schwächliche Frauen sind, die diesen Beruf aufsuchen. Verf. hat daher auf dem 5. internationalen Tabakgegnerkongreß den Antrag gestellt, daß die Tabakfabrikation in jene Berufe aufgenommen wird, in denen Frauen nur ausnahmsweise beschäftigt werden dürfen, und zwar nur ältere, womöglich verheiratete Frauen. Die Gewerbeinspektorate sollen instruiert werden, daß jugendliche und verheiratete Arbeiterinnen — letztere besonders während der Stillzeit — in der Tabakfabrikation gefährdet sind.

Alte, aber unerfüllte hygienische Forderungen im Schulbetrieb. Die Forderungen der Schulhygiene setzen sich nur langsam durch. Der übelste Ort in schulhygienischer Beziehung ist noch immer der Abort. Die Mängel desselben sind: unzureichende Beleuchtung des Abortes im ganzen und der einzelnen Klosettsitze, unzureichende Spülung, ungenügende Säuberung, Fehlen von Toilettenpapier in brauchbarer und hygienischer Form, keine Waschgelegenheit, ungenügende Zahl der Sitze. Unter solchen Verhältnissen ist es kein Wunder, wenn die Oxyuriasis eine allgemeine Erscheinung im schulpflichtigen Alter ist. — Auch die Sitzgelegenheiten im Klassenzimmer lassen sehr viel zu wünschen übrig. — Nicht nur die große Masse der Lehrenden muß für die Förderung der Schulhygiene gewonnen werden, sondern auch die Kreise der Eltern wie der Verwaltungsbeamten muß für das Verständnis hygienischer Fragen reif gemacht werden. Rudolf Katz, Berlin.

Deutsches Archiv für klin. Medizin.

156., Heft 5/6, September.

Beiträge zur Kenntnis der paroxysmalen Hämoglobinurie. Wenn Kranke mit Hämoglobinurie wiederholt hintereinander Anfälle erleiden, so verschwindet das Komplement in ihrem Blut. Der Hämolyseversuch in vitro ist nur mit Komplementzusatz positiv. Bei noch häufigerer Aufeinanderfolge der Attacken bekommt das Serum antikomplementäre Wirkung. Der Hämolyseversuch fällt auch bei Komplementzusatz negativ aus. Das Autohämolysin ist dann nur nach einem besonderen Verfahren nachzuweisen. Nach längerer Bettruhe im geheizten Zimmer verschwindet die antikomplementäre Wirkung des Serums innerhalb einiger Wochen. Durch Titrierung des Autohämolysins ergeben sich wichtige Aufschlüsse über die Entstehungsweise der Anfälle. Die Kranken, die starkes Hämolysin im Blut haben, bekommen spontane Anfälle von Kältehämoglobinurie. Der Blutzerfall durch die Kälte ist so stark, daß Leber und Milz zum Abbau nicht ausreichen; es kommt daher zur Ausscheidung von Blutfarbstoff durch die Nieren. Bei den Kranken mit schwächerem Lysin kommt es durch Kälte zu einem geringgradigen Zerfall von Erythrozyten, so daß nur rudimentäre Anfälle (Albuminurie nach Kältereiz) sich zeigen. Bei noch schwächerem Autohämolysin wird das an Menge so geringe zerfallene Hämoglobin im Körper völlig verarbeitet; auch die Albuminurie bleibt aus. Durch die antisyphilitische Behandlung wird der Titer des Hämolysins vermindert und sogar das Hämolysin zum Verschwinden gebracht. Die sonst angegebenen Heilungsmethoden (Autoserotherapie, Injektion von Cholesterin, Pepton, Kalzium usw.) erwiesen sich als wirkungslos, indem sie auf die Auslösung von Anfällen durch ein kaltes Fußbad ohne Einfluß blieben. In Japan scheinen unter Syphilitikern mehr Hämolysinträger vorzukommen (20%) als nach den Ergebnissen europäischer oder amerikanischer Autoren zu erwarten ist. Die meisten Hämolysinträger gehören der Blutgruppe IV (O) an.

Paroxysmale Uroerythrinurie. Statt des Hämoglobins kann bei Kranken mit Autohämolysin im Blut Uroerythrin im Harn nach Einwirkung von Kälte entleert werden. Dieser den Harn rosa färbende Stoff ist wahrscheinlich ein Abbauprodukt des Hämoglobins, das neben Urobilin oder allein in größeren Mengen bei der paroxysmalen Hämoglobinurie ausgeschieden wird.

Unterscheidung akuter Pneumonie unter besonderer Berücksichtigung klinischer und bakteriologischer Befunde. Abweichungen vom typischen Krankheitsbild der akuten Lobärpneumonie werden häufig beobachtet und die besondere Konstitution des Kranken oder die Virulenz der Erreger als Ursache des atypischen Verlaufes angesprochen. In einer Reihe von ausführlich geschilderten Krankheitsfällen konnte an Hand der bakteriologischen Untersuchungsmethoden der Nachweis geführt werden, daß atypischen Pneumonien häufig besondere Krankheitserreger zugrunde liegen. Schon der Beginn ist in solchen Fällen bemerkenswert, indem der initiale Schüttelfrost fehlt und die Erkrankung mit typhösen Symptomen einsetzt. Bei den durch hämolytische Strepto- oder Staphylokokken sowie durch Influenzabazillen hervorgerufenen Pneumonien bestand zumeist vorher ein erheblicher Katarrh der oberen Luftwege. Die Entfieberung erfolgt fast nie kritisch. Fast immer sind irgendwelche Komplikationen zu verzeichnen (Pneumonia migrans, Pneumonierezidiv, Lungenabszeß). Trotz dieser vielfachen Komplikationen und des zum Teil erheblich verlängerten Fieberstadiums trat fast immer völlige Genesung ein. Niemals war das Sputum typisch rostfarben. Hämorrhagische Beschaffenheit des Auswurfes wurde bei den durch Paratyphus, Streptoc. hämolyticus oder viridans verursachten Pneumonien mehrfach beobachtet. Die bei der Untersuchung des Auswurfes gefundenen Erreger können nur dann für die vorliegende Lungenerkrankung verantwortlich gemacht werden, wenn sie in deutlicher Ueberzahl vorhanden sind, da in der Mundhöhle und in den oberen Luftwegen stets eine reiche Bakterienflora, sowie pathogene Keime vorhanden sind. Eine aus dem Sputum entnommene Flocke wird ausgiebig in sechs mit steriler, physiologischer Kochsalzlösung gefüllten Schalen abgespült und dann auf eine Blutplatte ausgestrichen. Die Befunde sind häufiger zu kontrollieren. So ist im Verein mit der klinischen Beobachtung durch die bakteriologische Untersuchung häufiger der Nachweis zu liefern, daß im gegebenen Falle keine Pneumokokkeninfektion vorliegt, ein Ergebnis, daß bei der Möglichkeit einer entsprechenden Serumtherapie große praktische Bedeutung besitzt. Biberfeld.

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.

36., Heft 2.

Die Kaverne im Röntgenbild, ihre phthisiogenetische Bedeutung, Diagnostik und Therapie. Infolge der neueren Erkenntnisse über die Pathogenese der Lungentuberkulose haben sich auch die Ansichten über die Bedeutung der Kaverne gewandelt. Wir haben zu unterscheiden zwischen Frühkaverne und Spätkaverne. Die Frühkaverne enststeht aus dem infraklavikulären Infiltrat, das als erster Beginn der Lungenphthise anzusprechen ist und die Entwicklungsreihen der sekundären und tertiären Formen eröffnet. Es entsteht akut, in wenigen Wochen und kann ebenso schnell in toto einschmelzen. Das infraklavikuläre Infiltrat stellt einen starken Virusangriff dar, sei es, daß es sich um eine endogene Metastase oder um einen exogenen Superinfekt oder auch gelegentlich um einen Primärherd handelt. Der Verlauf aber hängt von den Abwehrkräften des Organismus ab. Spontanheilungen sind sicher nachgewiesen. Häufiger allerdings entstehen aus dem erweichenden Infiltrat auf dem Wege der Streuung Tochterherde, es kann sich sehr rasch das verhängnisvolle Bild der lobulär-exsudativen Tbc. entwickeln. In Frühfällen läßt sich durch die Kollapsbehandlung dieser Ausgang verhüten. Der Pneumothorax bietet in diesem Stadium fast sichere Aussicht auf absolute Heilung. Die Diagnose gibt nur die Röntgenaufnahme, denn das infraklavikuläre Infiltrat sowohl wie auch die Frühkaverne bieten auffällig geringe physikalische Erscheinungen, insbesondere fehlen die bekannten Kavernensymptome fast ausnahmslos. Die Spätkaverne ist in ihrer Entstehung nicht so leicht zu verfolgen. Es kann sich um eine Frühkaverne handeln, die persistiert. Häufiger bildet sich die Spätkaverne aber im tertiär-produktiven Idurationsfeld durch Einschmelzung des Konglomerattuberkels samt der zirkumfokalen und interfokalen Reaktionszone. Das Größerwerden der tertiären Kaverne und die Entstehung von Tochterkavernen im infizierten Nachbargewebe ist im Röntgenbilde oft beobachtet worden. Auch die Spätkaverne bringt dem Träger große Gefahren. Die Tochterherde infolge Streuung gehen zwar nicht so leicht an, weil der veränderte Allergiezustand sich der weiteren Ausbreitung entgegenstellt. Jede interkurrente Infektionskrankheit aber kann die Immunität umwerfen und der Spätkaverne die Bösartigkeit der Frühkaverne verleihen. Die zweite Gefahr ist die der Blutung. Diese bewirkt ebenfalls eine Durchbrechung der Immunität mit der Folge der Ausbreitung und Einschmelzung. Das dritte Risiko der offenen Phthise sind die Kehlkopftuberkulose und die Darmtuberkulose. Schließlich kann der Kavernenträger mit der Zeit kachektisch werden und an dieser Kachexie zugrunde gehen, gelegentlich auch an Amyloidosis. Für das Stadium der offenen Phthise ergibt die Statistik nur eine durchschnittliche Lebensdauer von zwei Jahren. Von den klassischen Kavernensymptomen sind die Schallwechselphänome als unzuverläßig zu bezeichnen. Die helle Tympanie, das amphorische Atmen, metallisch klingende Rasselgeräusche und das Kavernenknarren und -quietschen gelten aber nach wie vor. Das Röntgenbild ist meist charakteristisch, besonders wenn ein Sekretspiegel vorhanden ist. Es gibt Fälle, in denen sich selbst größere Kavernen nur durch eine Röntgenaufnahme nach diagnostischem Pneumothorax nachweisen lassen. Die gegebene Therapie der Kaverne ist die Kollapsbehandlung. Zunächst versucht man es mit dem Pneumothorax. Wird der Kollaps hierbei komplett, so schließt sich die Kaverne gewöhnlich und verschwindet schließlich durch Schrumpfung. Auswurf und Bazillen verschwinden, ein Exsudat tritt nicht auf. Wenn aber strang- oder flächenhafte Verwachsungen bestehen, so bleibt die Kaverne ausgespannt und kommt gewöhnlich nicht zur Schrumpfung. In solchen Fällen müssen Verwachsungsstränge kaustisch durchtrennt werden. Für komplizierter Fälle stehen die verschiedenen operativen Methoden — Phrenikusexairese, Thorakoplastik, Oleothorax und Plombierung der Kaverne zur Verfügung. In doppelseitigen Fällen kann bisweilen der doppelseitige Pneumothorax mit Erfolg angewandt werden.

Zur röntgenologischen Differentialdiagnose tuberkulöser und nichttuberkulöser Erkrankungen der Brustorgane in Kindesalter. Verfasser erläutert an Hand einer Reihe von Röntgenbildern die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten bei Lungenerkrankungen im Kindesalter. Die Bilder, die man als charakteristisch ansehen möchte für Tbc., können in ganz ähnlicher Weise auch bei Bronchopneumonie und disseminierten Bronchiektasien gefunden werden. Andrerseits ergeben bestimmte Formen der Tbc. eindeutige Bilder, so die hämatogen generalisierte Tuberkulose und der Primärkomplex. Zerfallshöhlen im infiltrierten Gewebe sind nicht beweisend für Tbc., sondern werden auch bei abszedierenden Pneumonien beobachtet. Dasselbe gilt von den verschiedenen Manifestationen der Pleuraerkrankungen, namentlich auch von der interlobären Pleuritis bzw. Schwarte. Es wird schließlich auf die Fehlerquellen bei der Diagnose einer Hilustuberkulose hingewiesen.

Weiterer Beitrag zur Röntgendiagnose der Bronchuskarzinome. In diagnostisch zweifelhaften Fällen kann es wichtig sein, das Vorhandensein von regionären Drüsenmetastasen nachzuweisen und damit den fraglichen Lungenprozeß als Tumor zu erkennen. Als regionäre Lymphdrüsen kommen in Betracht: Die in der Lunge selbst gelegenen Lymphdrüsen, die Hilusdrüsen, die tracheobronchialen Drüsen. Sodann geht der Lymphstrom in das vordere und hintere Mediastinum. Im vorderen Mediastinum sind von besonderer Wichtigkeit die Drüsenpakete an der Teilungsstelle der rechten Vena cava sup. Mit diesen steht der rechte N. phrenicus in enger Beziehung. Auf der linken Seite entspricht ihnen einen Drüsensystem zwischen Aortenbogen und Vena anonyma sinistra, in dessen engster Nachbarschaft der linke N. recurrens liegt. Im hinteren Mediastinum interessiert besonders der Lymphweg im Verlauf der Speiseröhre. Metastasen in den genannten Drüsensystemen sind eine sehr häufige Folgeerscheinung von Bronchuskarzinomen, sie können sogar den Primärtumor überwiegen. Besonders gilt dies von den mediastinalen Drüsen. Klinisch können sie sich durch Kompression der verschiedensten Organe manifestieren. So kann es zu Stauung im Gebiete der V. cava sup., zu Verengung der Trachea, Lähmung des N. recurrens (bes. links) oder phrenicus (bes. rechts) kommen. Röntgenologisch können sich ganz verschiedenartige Bilder ergeben. Entweder es sind die Metastasen getrennt vom Primärtumor zu sehen und als solche leicht zu erkennen, oder es sind zunächst nur die Metastasen nachweisbar und imponieren als Mediastinaltumor oder schließlich kann nur das Lungenfiltrat sichtbar sein, während auf das Vorhandensein von Metastasen indirekt aus Folgeerscheinungen geschlossen werden kann. Die Diagnose kann gelegentlich durch den Ausfall einer probatorischen Röntgenbestrahlung erleichtert werden.

Zur Röntgenuntersuchung bei akuter Otitis. Die Aufgabe der Röntgenuntersuchung bei akuter Otitis ist in der Hauptsache die Feststellung, ob eine Mastoiditis vorliegt und wie weit der Krankheitsprozeß fortgeschritten ist. Wesentlich hierfür ist eine genaue Topographie sowie die Beachtung der Pneumatisation des Warzenfortsatzes. Normalerweise muß das pneumatische System nach beendetem fünften Lebensjahre den ganzen Warzenfortsatz einnehmen.

e Zellen sind regelmäßig angeordnet, annähernd von gleicher röße, die Zellbälkchen sind zart, die Kortikalis des Warzenfortzes dünn. Pneumatisationshemmungen kommen in verschiedenem rade vor bis zum vollständigen Fehlen von Zellen. Das erste mptom, das im Röntgenbilde auf eine Erkrankung des Mittelohres nweist, ist die Verschattung der Zellen. Das Fehlen einer solchen richt zwar nicht gegen eine Otitis, aber gegen eine Mastoiditis. ne Verschattung beweist noch nicht, daß sich in den Zellen Eiter findet, sie kann auch durch Exsudate oder Schleimhautverdickung rvorgerufen sein. Nicht immer ist das ganze pneumatische System ichzeitig betroffen, oft beginnt die Erkrankung in irgendeinem llkomplex und breitet sich von dort aus. Kommt es in diesem adium zur Ausheilung, so geht die Verschattung allmählich, im üfe von mehreren Wochen, zurück. Heilt der Prozeß nicht aus, so eibt die Verschattung bestehen und nimmt an Dichte zu. Ferner nnen Veränderungen auftreten, die ein Uebergreifen der Entndung auf den Knochen erkennen lassen. Je nach der Ausbreitung s Prozesses ergeben sich verschiedene Röntgenbilder: Die Vernattung kann sich im größten Teil des pneumatischen Systems rückbilden und nur in einem kleinen Teil bestehen bleiben. Hier rden dann die Zellengrenzen unscharf, verwaschen. Es kann auch s ganze Gebiet verschattet bleiben, nur einzelne Zellen werden ffallend hell, ihre Begrenzung wird unregelmäßig, ihre Kortikalis rschwindet. Gehen auch die Zellgrenzen verloren oder werden rwaschen, so liegt eine eitrige Einschmelzung vor. Meist handelt sich dabei um multiple Herde, die gewöhnlich peripher liegen. anderer Typ ist dadurch gekennzeichnet, daß die Verschattung ganzen etwas geringer wird, während sich die Strukturzeichnung mählich fortschreitend vermindert, um schließlich ganz zu vernwinden. Auch kann bei bestehender intensiver Verschattung eine schärfe der Zellengrenzen das Zeichen für eine Mitbeteiligung s Knochens sein. Schließlich deutet eine Arrosion der Bälkchen, durch diese verschmälert werden und ein angefressenes Aussehen alten, ebenfalls auf einen destruktiven Prozeß hin. Große nwierigkeiten bereitet die Beurteilung des Röntgenbefundes, wenn e Pneumatisationshemmung vorliegt. In diesem Fall sind die stehenden Bilder außerordentlich mannigfaltig. Es kommt dann in Hauptsache darauf an, ob noch ein gewisses System in der dung der Hohlräume zu erkennen ist, oder ob andrerseits Reste Zellbälkchen auf eine Destruktion hinweisen. Die autoptische ntrolle der Röntgendiagnose bei Operationen ergab in der Mehrl der Fälle eine gute Uebereinstimmung. Jedoch bleiben einzelne le übrig, in denen der Röntgenbefund in einem gewissen Wideiuch mit dem Operationsbefund stand. Die Röntgendiagnostik der rerkrankungen kann daher als eine wertvolle Stütze der klinischen funde gelten, darf aber nicht überschätzt werden.

Ueber Darmvaginationen. Das typische Bild der Darmgination ist bekanntlich dadurch gekennzeichnet, daß an der nose zwei Randstreifen proximal vordringen. Wenn aber Verschungen bestehen, so ist das Vordringen des Kontrasteinlaufs ürlich unmöglich. Die Diagnose läßt sich bei der Untersuchung Klysma dennoch stellen. Im Gegensatz zu allen anderen Darmnosen bleibt die Spitze des Einlaufs in voller Breite stehen. Die nattenaussparung ist konvex begrenzt. Dasselbe gilt auch von chen Invaginationen, wo nur kurze Strecken des Kolons eintülpt sind. In diesem Falle kann sich auch nach einigen warten das innere Darmstück füllen. so daß ein zentral gelegener natten erscheint. Bei der Untersuchung per os wird das Kranktsbild meist übersehen, doch ist eine Kombination beider Unterhungsmethoden zweckmäßig zwecks Feststellung der ananischen Verhältnisse, insbesondere der Länge der Invagination.

Kirschmann.

Strahlentherapie.

26., Heft 3.

ologische Röntgenstrahlenwirkung, ihre Erforschung mittels der Gewebeexplantationsmethode. Martin Schubert.
e Erythemwirkung verschiedener Strahlenqualitäten auf Grund von Messungen in Röntgeneinheiten mit dem Küstnerschen Eichstandgerät. A. Determann, H. Jacobi, H. Holthusen.
e Röntgenbehandlung der akuten Entzündungen. C. Fried.
eitgedanken und derzeitige technische Prinzipien der am Pariser Radiuminstitut angewandten Curietherapie der Krebse. A. Lacassagne.
e Lichttherapie der Röntgen- und Radiumschädigungen der Haut. Axel Reyn.
eber die Strahlenbehandlung der weiblichen Genitaltuberkulose. E. H. Zweifel.
ntersuchungen über die künstlich vergrößerte Durchlässigkeit der Haut für die kurzwelligen Strahlen des Spektrums und über die Eigenstrahlung der Haut bei Bestrahlung mit ultraviolettem Licht. W. E. Pauli.
e Schwankungen des Serumeiweißgehaltes, ihre Bedeutung und Beeinflussung bei der Lichtbehandlung, insbesondere der der Tuberkulösen. E. Schneider.
eber die Veränderungen der Bluteiweißkörper nach Röntgenbestrahlungen. Alfred Behrens.
Röntgenversuche am Froschherzen. L. Haberland, R. Sandera.
Zur Kenntnis der Röntgensarkome. S. Pförringer.
Zur Uebertragung der Röntgendosis. M. Jona.
Eine Fernladevorrichtung für das Ionometer von Wulf. E. Mühlmann.
Zur Berechnung der Michelson-Marten-Aktinometerwerte. H. Pfleiderer.
Ueber das Absorptionsspektrum des Corodenins im Ultraviolett. P. Niederhoff.
Fünf Jahre Tätigkeit des Moskauer Instituts für Hauttuberkulose. M. M. Bremener.
Ultraviolett und Wärmestrahlen. L. Schall, H. J. Alius.
Zur Geschichte der „Schwachbestrahlung". G. Holzknecht.

Biologische Röntgenstrahlenwirkung, ihre Erforschung mittels der Gewebeexplantationsmethode. Verf. berichtet über ausgedehnte Versuche mittels der Explantationsmethode bei Benutzung von Embryo-Extrakt als Nährmedium. Aus seinen Untersuchungen, deren Besprechung hier zu weit führen würde, zieht Verf. folgende Schlüsse: Die an den Zellen nach Bestrahlung sichtbar werdenden Veränderungen sind keine für Röntgenschädigung spezifischen Erscheinungen. Die Frage, ob Kern oder Protoplasma der Zellen strahlensensibler ist, kann noch nicht mit Sicherheit entschieden werden. Die durch Bestrahlung erwirkte Veränderung in der Permeabilität der Zellenmembranen ist von großem Einfluß für das Auftreten der Strahlenschädigung. Die Röntgenwirkung beeinflußt primär die Zellen selbst. Die Abbauprodukte derselben verändern sekundär das Milieu, welches nun seinerseits im Sinne einer Fortführung der Schädigung auch die nicht von den Strahlen getroffenen Zellen alteriert. Die Anschauung, daß die Allgemeinwirkung der Röntgenstrahlen hauptsächlich auf Zellzerfallsprodukte eiweißartiger Natur zurückzuführen ist, ist vorerst noch am besten begründet.

Die Röntgenbehandlung der akuten Entzündungen. Der Erfolg der Röntgenbehandlung bei akuten Entzündungen ist am eindrucksvollsten bei denjenigen Erkrankungen, bei denen das Allgemeinbefinden beeinträchtigt ist, z. B. Pneumonie, schwere Adnexentzündung, Peritonitis, Sepsis. Meist schon wenige Stunden nach der Bestrahlung, sicher aber nach 24 Stunden, bessert sich der Zustand subjektiv und objektiv. Bei der Pneumonie, speziell bei der postoperativen, fällt das Fieber kritisch oder lytisch ab. Die örtliche Besserung wird einige Tage später erkennbar. Auch bei regionären Entzündungen verschwinden zuerst die subjektiven Erscheinungen, z. B. die Schmerzen. Aber auch der Infektionsherd selbst reagiert wesentlich schneller, als bei den anderen bisher bekannten Methoden. Dabei gibt es zwei Möglichkeiten: Resorption oder beschleunigte Einschmelzung. Im ersteren Falle kommt es zur Heilung ohne jeden chirurgischen Eingriff, in anderen Fällen bedarf es nur eines kleinen Eingriffes, Punktion oder Stichinzision. Selbst bei Eiterung der Adnexe genügt meist ein kleiner vaginaler Einschnitt. Die Wirkung der Röntgenstrahlen ist zunächst eine lokale: Bakteriolyse und gesteigerte Phagozytose. Woher die bakteriolytischen Fermente stammen, ist noch unentschieden. — Neben dieser örtlichen Wirkung ist aber auch eine allgemeine anzunehmen. Beweis dafür sind die Beobachtungen über Beeinflussung von Entzündungen bei Bestrahlung an anderen Stellen sowie die Erhöhung der bakteriziden Eigenschaften des strömenden Blutes, welche zuerst 12 bis 24 Stunden nach der Bestrahlung erkennbar wird, den Höhepunkt nach 24 bis 48 Stunden erreicht und in 6 bis 8 Tagen wieder verschwindet. Hiermit geht der klinische Verlauf genau parallel. Daraus ergibt sich auch, daß bei ungenügendem Erfolg der ersten Bestrahlung nach 8 Tagen eine zweite Bestrahlung am Platze ist. Verf. kann über ein Material von 1500 Fällen berichten, wobei er in 75% aller Fälle einen guten bis sehr guten Erfolg gesehen hat. Ein besonders dankbares Indikationsgebiet sind Gesichtsfurunkel und Gesichtsphlegmone; meist genügt eine Bestrahlung, um das Oedem zum Verschwinden und den Ausgangsherd zu zentraler Einschmelzung zu bringen. Das derbe Infiltrat verkleinert sich zusehends. Lymphangitis, die von einer Wunde ausgeht, verschwindet oft über Nacht, ebenso Lymphangitis bei Panaritium oder Phlegmone. Mit der Lymphangitis verbundene Lymphdrüsenschwellungen gehen bald danach zurück, ohne daß Eiterung eintritt. Bezüglich der günstigen Beeinflussung der Phlegmone sei besonders auf die bekanntlich recht bösartige Mundbodenphlegmone hingewiesen, von der Verf. einen eindrucksvollen Fall mitteilt. Auch bei Sehnenscheidenphlegmonen sind Röntgenstrahlen angezeigt, wenn die Phlegmone vor der Eiterbildung zur Bestrahlung kommt. Andernfalls muß der Eiter, wenn er auch nur in geringer Menge vorhanden ist, entleert werden, und erst dann darf man die Bestrahlung vornehmen. Bemerkenswert ist auch, daß Milzbrandinfektionen durch Röntgenstrahlen geheilt werden konnten. Unter 10 Fällen ist nur einer, eine besonders schwere Infektion mit Gas-Phlegmone, ad excitum gekommen. Bei Weichteilabszessen kann die Bestrahlung zur Resorption führen. Bei größeren Abszessen soll vor der Bestrahlung inzidiert werden, die nachfolgende Röntgenbestrahlung beschleunigt den Heilverlauf wesentlich. Das gilt auch namentlich bei paranephritischen Abszessen. Von der großen Zahl der erfolgreich behandelten

Erkrankungen seien hier noch kurz erwähnt: Resteiterung nach appendizitischen Abszessen (nicht frische Appendizitis!), schlaffe Granulationen und Fisteln nach chirurgischen Eingriffen. Verf. empfiehlt auch prophylaktische Bestrahlung bei Infektionen, beispielsweise bei Uterus-Perforation zur Verhütung der Peritonitis, bei beschmutzten Verletzungen nach Vornahme der nötigen operativen Eingriffe. Ganz besonders eindrucksvoll ist der Erfolg bei der postoperativen Pneumonie, während Pleuritis oder Empyem keine deutliche Reaktion zeigt, wie überhaupt die Eiterungen in starren Höhlen weniger gut reagieren. Von den Zahnentzündungen sind die Paradentosen, Alveolarpyorrhoe, Phlegmonen nach Extraktionen und Kiefer-Periostitis zur Röntgenbehandlung sehr gut geeignet. Von gynäkologischen Erkrankungen reagiert besonders die Parametritis zuverlässig auf Röntgenbestrahlung, auch die schwersten Formen von puerperalen Adnexentzündungen, fieberhafte Aborte sowie gonorrhoische Erkrankungen konnten durch Röntgenbestrahlung zur Heilung gebracht werden, wobei die Dosis so gering ist, daß eineb Amenorrhoe nicht eintritt. Die Behandlung kann in den meisten Fällen ambulant durchgeführt werden.

Leitgedanken und derzeitige technische Prinzipien der am Pariser Radiuminstitut angewandten Curietherapie der Krebse. Die Strahlentherapie des Krebses beruht auf der größeren Strahlenempfindlichkeit der Krebszellen gegenüber dem umgebenden Gewebe. Die mehr oder weniger große Ausdehnung des Tumors, die Verwachsung mit tieferliegenden Geweben, kommen zum Unterschied gegen die chirurgische Behandlung weniger in Betracht. Ein weiterer Vorzug ist das Fehlen einer primären Mortalität und die geringe Zahl der Kontraindikationen. Den Gammastrahlen des Radiums schreibt Verf. eine größere elektive Wirkung zu als den Röntgenstrahlen. Außerdem spricht die Möglichkeit der direkten Applikation und der Anpassung an die speziellen anatomischen Verhältnisse zugunsten des Radiums. Andererseits kommt den Röntgenstrahlen eine größere Tiefendosis zu. Die Entfernung der Strahlenquelle gestattet auch die Behandlung ausgedehnterer Gebiete und die Anwendung von Großfeldern. Seitdem man aber über genügend große Mengen Radium verfügt, kann man auch mit diesem Fernbestrahlungen vornehmen. Für die Anwendung der Strahlenbehandlung ist die Feststellung der Sensibilität eine unumgängliche Voraussetzung. Eine schnelle primäre Reaktion auf Bestrahlung („Strahlenverwundbarkeit") darf nicht gleichgesetzt werden mit „Strahlenheilmöglichkeit". Die Radiosensibilität ist eine Eigenschaft der Zelle, nicht der Gewebe. Bei ein und demselben Individuum werden diejenigen Zellen am meisten betroffen, welche den stärksten Stoffwechsel und die geringste Lebensdauer haben. Die Phase der Kernteilung stellt einen Abschnitt von größerer Radiosensibilität dar. Es ist bis jetzt noch nicht gelungen, aus dem histologischen Bild einen Maßstab für die Strahlenempfindlichkeit zu gewinnen. Weder die Zahl der Mitosen noch die Anordnung des Stromas erlaubt solche Rückschlüsse. Wer müssen uns mit ungefähren Schätzungen begnügen, ob die Sensibilität größer ist als die des umgebenden normalen Gewebes. Ist dies nicht der Fall, so ist nur ausnahmsweise Heilung zu erwarten. Die Statistik lehrt, daß von den Epitheliomen der Haut und der Schleimhäute alle Karzinome, die von geschichtetem Plattenepithel abstammen, gut reagieren. Von den epidermoiden Karzinomen sind die des Hauttyps oft widerstandsfähiger als die vom Schleimhauttyp. Die Basalzellenkrebse heilen im ganzen gut, insbesondere gilt dies von den Tumoren vom Ulcus-rodens-Typus. Bei den Mammakarzinomen läßt sich die Heilbarkeit durch Bestrahlung nicht vorher entscheiden, auch über die bronchopulmonären Karzinome wissen wir nichts Genaues. Die Sensibilität der Magen- und Darmkarzinome ist meistens gering, von den Zylinderepitheliomen sind die Rektum- und Corpus-uteri-Krebse am meisten bekannt, auch deren Radiosensibilität ist schwach. Die Drüsenkarzinome reagieren verschieden. Die beste Heilbarkeit durch Bestrahlung weist das Seminom und bestimmte Varietäten des Ovarialkarzinoms auf. Von den Sarkomen sind am strahlenempfindlichsten die lymphoiden und myeloiden Sarkome, auch die Myxosarkome reagieren günstig, weniger die Fibrosarkome. Chondro- und Osteosarkome gehen nur äußerst langsam zurück. Für die Behandlung mit radioaktiven Substanzen empfiehlt Verf. nur die Ausnutzung der Gammastrahlen. Die Betastrahlen müssen in jedem Falle abgefiltert werden. Bei den interstitiell eingelegten Tuben geschieht dies mit 0,5 bis 1,5 mm Platin. Die Feststellung der für den einzelnen Tumor notwendigen und von diesen absorbierten Strahlendosen ist noch nicht möglich, daher muß man jetzt noch nach dem Prinzip handeln, die stärkste Dosis zu verabfolgen, die mit dem gesunden Gewebe eben vereinbar ist. Nur die besonders radiosensiblen Tumoren machen hier eine Ausnahme. Die Berechnung geschieht am Pariser Radiuminstitut nach der Zahl der während der Bestrahlung zerstörten Millicuries-Emanation. 1,33 mg Radiummetall entspricht 10 Mikrocurie. Es hat sich herausgestellt, daß die Verteilung der Dosis auf eine längere Zeit biologisch wirksamer ist als die kurzfristige Verabfolgung derselben Dosis. Die Verzettelung darf aber nicht übertrieben werde[n], da sonst eine Strahlengewöhnung mancher Krebszellen eintrete[n] kann. Der beste Modus besteht darin, die Dosis kontinuierlich od[er] nur durch kurze Intervalle unterbrochen innerhalb von 4 bis [...] Tagen zu verabfolgen. Bei ausgedehnten Formen, die mehrer[e] Eintrittspforten verlangen, kann diese Zeit auf 3 bis 4 Woch[en] erhöht werden. Von den einzelnen Methoden ist die intrakavitä[re] Verabfolgung auf natürlichem Wege besonders für das Uteru[s]karzinom geeignet. Die Dosis kann hier wegen der relativ[en] Unempfindlichkeit der normalen Gewebe ziemlich groß gewäh[lt] werden. Die gesamte Dosis wird in 6 Herden zu je 10 Millicuri[e] in Uterus und Vagina verabfolgt. Bei den übrigen Lokalisatione[n], z. B. Pharynx und Larynx, empfiehlt Verf. diese Methode ab[er] nicht. Das wirksamste Verfahren ist für viele Fälle die Radiu[m]punktur. Ihre wichtigste Indikation ist das Karzinom der Zung[e], namentlich des vorderen Zungenrückens, des Gaumens und d[er] Wange. Aber auch Rezidive nach Mammakarzinom sind hierf[ür] geeignet. Verf. verwendet Platinnadeln, die am Ende der B[e]strahlung wieder entfernt werden. Für die Radiopunktur wird a[m] häufigsten das Radon (Radiumemanation) benutzt. Wenn die gena[ue] Abgrenzung der Krebsinfiltrate nicht festgestellt werden kann [,] diese Methode nicht angebracht. Man muß sich dann auf d[ie] äußere Anwendung des Radiums beschränken, mit anmodellert[en] Apparaten oder mit Fernherden. Mittels dieser Methoden ka[nn] man auch eine Kreuzfeuertechnik durchführen. Die Fernbestrahlu[ng] wird mit ungeheuer großen Dosen vorgenommen, z. Zt. 4 g Radiu[m]. Je nach Lage der Fälle kann man die einzelnen Methoden mi[t]einander kombinieren.

Ueber die Strahlenbehandlung der weiblichen Genitaltuberkulos[e]. „Die Röntgenbestrahlung der Adnextuberkulose ist nach unser[en] heutigen Kenntnissen der Radikaloperation sowohl durch d[ie] Gefahrlosigkeit als auch durch bessere Resultate überlegen. I[m] akuten Stadium der Genitaltuberkulose ist die Exstirpation d[er] erkrankten Organe überhaupt abzulehnen. Es kommen zu dies[er] Zeit überhaupt nur kleinere Eingriffe, wie Abrasio, Probelaparatom[ie] oder Ablassen von Aszites in Betracht. Die Dosierung bei d[er] Bestrahlung ist so niedrig zu wählen, daß möglichst Ovulation u[nd] Menstruation erhalten bleiben. Außer der Röntgenbestrahlung si[nd] alle anderen, früher üblichen Maßnahmen der konservativen B[e]handlung anzuwenden."

Kirschmann.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 34.

Zur Röntgenuntersuchung der Harnwege. Hohe Einläu[fe] beseitigen die störenden Darmgase besser als andere Vorbereitung[s]methoden (Abführen, flüssige Kost, Pituitrin).

Seromuskuläre Seidennähte als Quelle von Störungen na[ch] Gastroenteroanastomosen. Warnung vor Verwendung von nic[ht] resorbierbarem Nahtmaterial, bei dieser Operation, das auch bei d[er] Lembertnaht vermieden werden soll. Es werden zwei Fälle m[it]geteilt, bei denen Seidennähte zu postoperativen Störungen führte[n].

Ueber lokale Immunitätstherapie nach Besredka bei einig[en] eitrigen Erkrankungen. Bei beginnenden Fällen (meist Staphyl[o]mykosen) nach Anwendung von Verbänden mit Kulturfiltraten rasc[he] Schmerzstillung und baldige Rückbildung der Herde. Bei fo[rt]geschrittenen Fällen trat schnelle Abszedierung ein. Die erreich[te] Immunität ist wenig beständig (häufig bald Rezidive), doch lass[en] sich hartnäckige Furunkulosen durch Kombination mit Eigenbl[ut]behandlung gut beeinflussen. Die feuchten Umschläge, die übrige[ns] einen unangenehmen Geruch haben, machen manchmal Pyoderm[ie] in der Umgebung.

Nr. 36.

Wo sollte eine akute Osteomyelitis nicht inzidiert werden? in jetzt 43jähriger Pat. war als Kind wegen Osteomyelitis acuta ber dem Adduktorenschlitz inzidiert worden, danach 11 Rezidivperationen im alten Narbenbereich. An eine abermals notwendige nzision wegen Abszeßbildung in der Gegend der großen Gefäße chloß sich eine lebensgefährliche Blutung an. Der Femur mußte mputiert werden. Beschreibung des Präparats. Wegen dieser achträglichen Bedrohung der Hauptgefäße im Stadium der Spätezidive hat Verf. in späteren Fällen primär möglichst fern den efäßen inzidiert. Es werden zwei Fälle mitgeteilt, aus denen die orteile des Verfahrens hervorgehen.

Zur Technik der Gefäßnaht, Dehnen des peripheren Arterientumpfes bei zu engem Lumen. Die Vereinigung zweier verschieden veiter Gefäßlumina bietet meist Schwierigkeit. P. kam auf die Idee, as engere Gefäß zu dehnen, und zwar hydraulisch mittels einer ekordspritze. Das Lumen konnte in dem mitgeteilten Falle dadurch eicht ausreichend gedehnt werden.

Endausgang nach periarterieller Sympathikektomie. Verf. weist n Hand eines nicht geheilten Falles von Raynaudscher Gangrän arauf hin, daß die Akten über den Wert der Sympathikektomie och nicht geschlossen sind und fordert zur Bekanntgabe möglichst ller Endausgänge der Operation auf.

Walter Grossmann, Berlin.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 42, 15. Oktober 1927.

Ueber Sekale-Infus, seinen Wirkungswert und seine Verendungsberechtigung. Bekanntlich hat das neue Deutsche Arzneiüch von 1926 von Mutterkornpräparaten neben dem Extract. ecal. cornut. und Extract. Secal. cornut. fluid auch noch das fus. Secal. als offizinell beibehalten. Da diese Verarbeitungsform es Mutterkorns vielfach noch auf Wochenstationen bei allen Vöchnerinnen gebraucht wird in dem Glauben, daß damit die ückbildungsvorgänge der Gebärmutter wirksam unterstützt werden önnten, sah sich Verf. veranlaßt, das Infus. Secale tierexperimentell nd chemisch-biologisch auf seinen Wirkungswert nachzuprüfen. n Tierversuch an Ratten und Hühnern zeigte das Infus eine unontrollierbare schlaferzeugende, narkoseähnliche Wirkung, während e chemisch-biologischen Untersuchungen den Nachweis erbrachten, aß von den therapeutisch wirksamen Substanzen des Mutterkorns ei seiner Verarbeitung als Infus die meisten und wirksamsten lkaloide verloren gehen, während dieselben bei der schonenderen erarbeitung zu Fluid-Extrakt erhalten bleiben. Die Reinheit, onstanz und sichere Dosierbarkeit ist jedoch am besten gewähristet bei Verwendung des reinen Ergotamins, deren Handelsform ls Gynergen allgemein bekannt sein dürfte. Die Verwendungserechtigung eines Sekale-Infuses muß also wegen des geringen herapeutischen Wirkungswertes schon allein aus wirtschaftlichen ründen negiert werden. Sehr zu begrüßen ist, wenn durch die orliegenden gleichgerichteten wissenschaftlichen Arbeiter der große allast unzuverlässiger, in ihrer Wirkungsweise unsicherer Präparate us den Arznei-Büchern und aus dem Handel ausgeschaltet wird, oweit uns zur Isolierung der Träger spezifischer Arznei-Wirkung usreichende, exakt funktionierende chemische und biologische ntersuchungsmethoden zur Verfügung stehen.

Zur Diagnose des Blasensprungs. Die neuerdings von Gold rieder beschriebene Prüfung der Reaktion des Scheidensekrets zur iagnose des Blasensprungs (saure Reaktion: Blase steht; alkalische eaktion: Blase gesprungen) wird bereits seit 4 Jahren an der niversitäts-Frauenklinik Berlin, seit ca. 1½ Jahren an der Staatchen Frauenklinik Dresden vorgenommen und nachgeprüft. Die enannte Methode der Reaktionsprüfung liefert nicht immer ein inwandfreies Resultat. Verf. hatte ca. 3% Versager. Als Ursachen ierfür sieht Verf. folgende Momente: 1. Jede Blutbeimengung tört die Reaktion; 2. in einigen Fällen von Reinheitsgrad II und or allem III kann auch bei einwandfrei stehender Blase die Reaktion alkalisch oder neutral sein; 3. bei geringem Fruchtwasserübergang infolge hohen Blasensprungs kann in den ersten 2 Stunden nach Blasensprung die Reaktion noch vollkommen sauer sein. Sie wird erst im Verlauf einiger Stunden erst neutral, dann alkalisch. In allen zweifelhaften Fällen ist die Wiederholung der Reaktionsprüfung nach 2 Stunden unerläßlich. Ist die Reaktion im Verlauf von 2 Stunden bei beiden Proben einwandfrei sauer, so kann man mit Sicherheit sagen, daß die Fruchtblase noch steht. In dieser Hinsicht ist die Methode von Bedeutung.

Schwab, Hamburg.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

77., September 1927, Heft 2.

Zur Aetiologie des hohen Gradstandes beim grad- und allgemein verengten Becken. Die Fälle von hohem Gradstand, wo bei längsovalem Beckeneingang der längsovale Schädel keinen Widerstand findet, sind leicht verständlich, ebenso, wenn bei rundem Becken ein runder Kopf oder bei normalem Becken ein kleiner Kopf zum Durchtritt kommt. Bei einem platt-rachitischem Becken ist jedoch der hohe Gradstand schwer verständlich. Martius stellte die Theorie auf, daß hier bei plattem Schädeldach der Grund zu finden sei, der die Drehung in den Querstand verhindert. An Hand eines Falles konnte Verf. nachweisen, daß diese Theorie zu Recht besteht. Der kindliche Schädel war in seiner ganzen Ausdehnung vollkommen flach. Indem der Schädel dem zunehmenden Widerstandsgefälle folgte, resultierte aus der Formabwegigkeit des kindlichen Schädels und der Uebereinstimmung mit der Beckeneingangsform zwangsläufig ein hoher Gradstand.

Zur Spontanruptur des Uterus. Die Spontanrupturen, die gar nicht selten vorkommen, sind mit Ausnahme des ersten Monats in allen Schwangerschaftsmonaten beobachtet worden und zwar nur bei Mehrgebärenden. Die Hauptursache liegt in einer alten Sektionsnarbe oder in früheren Perforationen. Auch Veränderungen der Uterusmuskulatur an der Plazentarstelle sind beschrieben worden. Trotz dieser zahlreichen Ursachen gibt es Rupturen, bei denen die Enstehung unklar ist. Verf. schildert drei Fälle, bei denen zweimal Zerreißung in der Eröffnungsperiode und einmal während der Austreibung vorkam. Er erklärt die Ruptur mit einem Defekt in der Uteruswand nach vorausgegangenem Abort. Die Ruptur war nicht zu vermeiden, da in allen Fällen keine Indikation zum Eingriff bestand. Man hätte sonst mit Sektio die Fälle retten können. Diese haben auch forensische Bedeutung, da sie zeigen, daß eine Gebärmutterzerreißung ohne jedes vorherige Symptom auftreten kann.

Ueber inkomplette Uterusrupturen. Die Behandlung der kompletten Uterusruptur mittels Laparatomie ist Allgemeingut der Aerzte geworden, dagegen ist über die Behandlung der inkompletten Ruptur noch keine Einigkeit erzielt, da diese sehr selten beobachtet wird. Verf. sah unter 9054 Geburten nur zwei inkomplette. Eine spontane Entstehung (Hängebauch, Wassersucht usw.) kann nicht bestritten werden, ist jedoch extrem selten, da in den meisten Fällen das Uterinsegment mit dem Peritoneum einreißt. Bei der inkompletten Ruptur fehlt die Schockwirkung zunächst, Blutung nach außen ist jedoch stärker als bei der kompletten. Besteht ein Verdacht auf Ruptur, so muß stets die Probelaparotomie gemacht werden, da bei dem Entbindungsverfahren von unten jeder Riß weiter zu platzen pflegt. Die größte Gefahr ist die Blutung und hier entscheidet nur rasches Handeln über Leben und Tod. Ist das Kind geboren und steht die Blutung, so verfahre man konservativ. Nur wenn ein großes Hämatom besteht, muß man das Peritoneum spalten und die Coagula ausräumen. Die Tamponade von unten ist ein schlechtes Mittel, da sie den Riß nur erweitert. Eine Naht von unten ist meist unmöglich, wenn der Riß über das Scheidengewölbe hinausgeht. Die vaginale Exstirpation des Utrus wird abgelehnt. Der praktische Arzt soll bei Verdacht auf einen Einriß die Frau möglichst rasch in die Klinik bringen und kann allenfalls die Scheide fest tamponieren und durch Druck von oben die Wundstelle komprimieren.

Zur Aetiologie und Klinik der Tubargravidität. In den letzten Jahren hat die Zahl der Tubargravidiäten sicher eine Zunahme erfahren. Daß die Ursache bisher stets vor allem in der Gonorrhoe gesucht wurde, besteht nicht mehr zu recht. Vor allem die ab-

gelaufenen Blinddarmentzündungen, sowie Erkrankungen nach Geburt und Abort dürften für die Aetiologie wichtig sein. Einen geradezu verheerenden Einfluß haben die Intrauterinpessare. Wahrscheinlich müssen aber auch Momente, die in der Tube selbst liegen, in Frage kommen und zwar Bildungsanomalien, die sich in Divertikelbildungen und Faltenverschmelzungen zeigen. Bezüglich der Diagnose ist zu sagen, daß die Einteilung in Tubenruptur und Tubarabort beibehalten werden muß. Bei ersterer steht die innere Blutung im Vordergrund. Die Diagnose ist hier einfacher als beim Tubarabort, zumal die Angaben über das Ausbleiben der Menses oft sehr unsicher sind, wenn die uterine Blutung längere Zeit andauert. Die größten Schwierigkeiten macht die Differentialdiagnose gegenüber entzündlichen Adnexerkrankungen. Die Blutkörperchensenkungsreaktion hat sich hier bisweilen als wertvoll erwiesen. Die Differentialdiagnose zwischen Tubarabort und intrauterinem ist ebenfalls sehr schwierig. Eine genaue Beobachtung der Blutung ist absolut notwendig. Daß die Therapie unbedingt in Operation bestehen muß, ist allgemeine Ansicht. Da der Schock auf einer Bauchfellreizung infolge der Blutung besteht und sich die Herzkraft sofort nach Abklemmen der Tube hebt, ist eine abwartende Therapie zu verwerfen. Die Hauptsache bei der Operation ist Schnelligkeit und zuverlässige Technik. Das ergossene Blut ist dem Körper möglichst wieder zuzuführen und mit Analeptizis die Herzkraft zu heben.

Kosminski, Berlin.

Dermatologische Wochenschrift.

85., Nr. 42, 15. Oktober 1927.

Lymphangiectasia cutis nodularis disseminata. S. A. Glaubersohn.
* Weitere Erfahrungen über die Wirkung intramuskulärer Ichthyolinjektionen bei gonorrhoischen Komplikationen und bei anderen Erkrankungen der Harnwege. Adam Straszyński und Gabriel Nowicki.
* Was wird aus der Prostitution in Deutschland nach dem 1. Oktober 1927? W. Hanauer.

Weitere Erfahrungen über die Wirkung intramuskulärer Ichthyolinjektionen bei gonorrhoischen Komplikationen und bei anderen Erkrankungen der Harnwege. Jeden 2. bis 3. Tag verabfolgte Einspritzungen von 1—3 ccm einer wässerigen 2proz. Ichthyollösung erwiesen sich sehr wirksam bei akuter Posterior, Epididymitis, Prostatitis, akuter und chronischer Zystitis, Zystopyelitis und Pyelonephritis, soweit nicht tiefere pathologisch-anatomische Veränderungen vorlagen. In den meisten Fällen trat schnelle Besserung ein, nachdem andere Behandlungsmethoden versagt hatten; zum mindesten wurden die subjektiven Beschwerden gelindert. Bei der Wirkung kommen wohl mehrere Faktoren in Betracht: die organischen Schwefelverbindungen des Ichthyols wirken wie parenteral angewendete Eiweißkörper, die intramuskulären Einspritzungen wirken auf den Tonus des vegetativen Nervensystems und die endokrinen Drüsen ein (daher das schnelle Nachlassen der subjektiven Symptome und der Miktionsstörungen), schließlich wäre es möglich, daß die im Ichthyol enthaltenen Sulfogruppen im Organismus in antiseptisch wirkende Verbindungen übergehen.

Was wird aus der Prostitution in Deutschland nach dem 1. Oktober 1927? Mit Rücksicht auf die in dem Gesetze zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten enthaltene Neuregelung des Prostitutionswesens wird die historische Entwicklung der Reglementierung, die bisherige und die neue Rechtslage, die Wirkung auf die Prostituierten und die voraussichtlichen Wirkungen auf die Bevölkerung besprochen. Obwohl das Gesetz nicht ausdrücklich von der Aufhebung der Reglementierung spricht, ist die Fassung des § 361, 6 in so eindeutiger Weise geändert, daß ein etwa von einem Lande vorzunehmender Versuch einer Wiedereinführung der Reglementierung ausgeschlossen erscheint. Als ihr Ersatz gelten die §§ 4 und 5, die sich naturgemäß hauptsächlich gegen Prostituierte auswirken werden. Deren bisherige Sonderstellung ist aufgehoben, wovon sie selbst durchaus nicht restlos begeistert sind, da sie sicher fortan mit einer steigenden Konkurrenz rechnen müssen. Sehr zu bedenken ist auch, ob die Prostituierten bei ihrer ganzen Mentalität sich in ausreichender Weise einer auf dem Prinzip der Freiwilligkeit basierenden Behandlung unterziehen werden; schwierig ist auch die Lösung der Frage, wovon die Prostituierte bei ihrer rein auf Geschlechtsverkehr beruhenden Existenz im Falle von Geschlechtskrankheiten leben soll, ohne sich strafbar zu machen. Die Frage, wieweit nach Fortfall der Reglementierung und der Präventivuntersuchungen eine Besserung oder Verschlechterung der allgemeinen moralischen und sanitären Verhältnisse eintreten und ob etwa eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten zu erwarten sein wird, läßt sich z. Z. noch nicht beantworten.

85., Nr. 43, 22. Oktober 1927.

* Ueber ein bisher noch nicht beschriebenes Reizphänomen bei Erythema exsudativum multiforme. Alfred Perutz.
Die Fuchsin-Sublimat-Reaktion nach Takata-Ara. F. Marquardt.
Ein Fall von primärer akuter toxischer Erythrodermie mit histologischer Untersuchung. Houloussi Behdjet.
* Zur kombinierten Malariabehandlung der Frühlues. Hans Ritter.
* Neue Gesichtspunkte bei der Behandlung des akuten und chronischen Ekzems. Lucke.

Ueber ein bisher noch nicht beschriebenes Reizphänomen bei Erythema exsudativum multiforme. Bei Erythema multiforme lassen sich durch Hautreizungen (Ritzen mit Nadeln) Effloreszenzen hervorrufen, die dem Stadium entsprechen, in dem sich die ursprüngliche Dermatose befindet. Die Reaktion ist um so deutlicher, je frischer der Fall ist und je mehr die Reizung in der Nähe des Exanthems ausgeübt wird. Am besten reagiert die Haut der Unterarme, weniger die der Oberarme, die Brusthaut kaum und die Rückenhaut überhaupt nicht. Das Phänomen ist charakteristisch, jedoch nicht für Erythema multiforme spezifisch, da ähnliches auch bei Psoriasis und Lichen ruber vorkommt.

Zur kombinierten Malariabehandlung der Frühlues. Die kombinierte Malariabehandlung hat trotz der anscheinenden Erfolge der bisherigen chronisch-intermittierenden Behandlung ihre Berechtigung, weil man sich nicht mit der früheren Forderung der Erzielung einer dauernd negativen WR begnügen darf, sondern für die Heilung der Syphilis die Sanierung des veränderten Liquors fordern muß. Außerdem geben auch Fälle, in denen trotz energischer Behandlung die WR dauernd positiv bleibt, eine Indikation für die Malariabehandlung ab. Gegenindikationen geben schwere Herzfehler (nicht jedoch luische Aortitiden leichteren Grades), offene Lungentuberkulose, frische Ulzera des Magen-Darmtraktus, Nephritiden ab. Das intravenös überimpfte Blut soll 6—12 Stunden nach Beendigung des letzten Schüttelfrostes des Spenders, also im Intervall, entnommen werden. Nach 10 Anfällen wird Chininurethan 0,5 intravenös oder Solvochin intramuskulär gegeben und die Nochtsche Chininkur angeschlossen; gleichzeitig Nachkur nach Art der Abortivkur bei der primären seronegativen Lues. In allen nachuntersuchten Fällen war der Liquor saniert oder wenigstens wesentlich gebessert, doch ist noch nicht zu sagen, ob den Patienten dadurch eine Garantie gegen spätere Metalues gegeben ist. Jedenfalls erscheint das Verfahren richtiger als abzuwarten, bis Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems auftreten oder auf eine Spontansanierung des Liquors zu rechnen. Eine zunächst nach der Kur noch positive WR spielt keine Rolle. Vom wirtschaftlichen Standpunkt aus erscheint die Malariabehandlung billiger als die chronisch-intermittierende.

Neue Gesichtspunkte bei der Behandlung des akuten und chronischen Ekzems. Die Straußsche Salbe erwies sich in zahlreichen Fällen von sehr guter Wirkung, was zum großen Teil darauf zurückzuführen ist, daß bei ihrer Anwendung die Hautatmung erhalten bleibt. Die Salbe enthält Sauerstoff, echten Perubalsam, Menthol; die Salbengrundlage ist absolut wasser- und säurefrei.

Ernst Levin, Berlin.

Wiener medizinische Wochenschrift.

77., 16. Juli 1927, Nr. 29.

Die für den Arzt und ärztlichen Sachverständigen wichtigen Bestimmungen des Entwurfes eines allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches vom Jahre 1925. Neureiter.
* Abkürzung der normalen Geburt. Ostrčil.
* Typische Fingerverletzungen beim Handball. Mandl.

Abkürzung der normalen Geburt. Die Dauer der normalen Geburt kann durch vorzeitige künstliche Sprengung der Blase bei verstrichenem Zervikalkanal, Muttermundsdilatation und Pituitrininjektionen ohne Schaden für Mutter und Kind abgekürzt werden. Eine Abkürzung der Geburt ist bei dieser Methode nur zu erwarten bei tief eingetretenem Kopf. Diese Methode wird dem Praktiker nicht anempfohlen, mit Erfolg wird sie nur bei richtiger Auswahl der Fälle angewendet.

Typische Fingerverletzungen beim Handballspiel. Die häufigsten Verletzungen beim Handballspiel sind einfache Distorsionen, seltener entstehen Luxationen. Außerdem kommen Frakturen der einzelnen Phalangen vor mit Absprengungen dorsal-, seltener volarwärts. In einzelnen der beobachteten Fälle waren die Frakturen mit subkutanen Sehnenrupturen der Strecker kombiniert. Die Frakturen kamen durch Abscherung derart zustande, daß der traumatische Faktor im Sinne der Extension auf das Fingerglied wirkt.

iagnostisch kann die Unterscheidung einer kleinen Absprengung von ner Distorsion Schwierigkeiten bereiten. Das Röntgenbild muß er zur Hilfe gezogen werden. Bei Distorsionen sollen recht bald ewegungsübungen einsetzen. Luxationen müssen gleich reponiert erden, dann ist die Behandlung wie bei Distorsionen. Fingerakturen mit Dislokationen werden mit Zuppinger'scher Schiene beındelt. Kleine Absprengungen werden zunächst medikomechanisch handelt. Wird der abgesprengte Keil zu einem Bewegungsndernis, so soll er exstirpiert werden. Für die Behandlung der hnenrupturen empfiehlt sich die Durchführung der Naht. Die anführten Verletzungen erscheinen auf den ersten Blick unscheinbar, önnen aber zu langwierigen berufshindernden Störungen führen.

77., 23. Juli 1927, Heft 30.

Die aktive Behandlung der Hämorrhoiden. Es wird eine aktive ethode für die Behandlung der Hämorrhoiden empfohlen, die in ner Anregung der Zirkulation im gestauten Gebiet durch forziertes usatmen mit gleichzeitigen Kontraktionsübungen des Sphincters ani d Perineum besteht.

Acta Medica Scandinavica.

64., Heft 6, 31. August 1927.

Ueber die Herzarbeit während der Ruhe und Muskelanstrengung einem Falle von unkompliziertem totalem Herzblock. Ein Fall n totalem Herzblock, elektrokardiographisch sichergestellt, wird i einem jungen Manne beschrieben, der keinerlei andere Symptome ganischer oder funktioneller Herzstörung aufweist. Wahrscheinlich twickelte sich der Block nach einer in der Kindheit des Patienten erstandenen Infektionskrankheit. Der Patient kann sehr schwere uskelarbeit verrichten und treibt Athletik. Muskelarbeit bewirkt ne Steigerung der Herzschläge, die für die Ventrikel mehr als s doppelte, für die Vorhöfe nahezu das doppelte des Ruhewertes reichen konnte. Die erhöhte Pulszahl der Ventrikel ist durch ehrleistung des idioventrikulären Zentrums und nicht durch Extrastolen bedingt, wie aus den Elektrokardiogrammen einwandfrei rvorgeht. Nach Muskelarbeit verschwindet die Tachykardie der rhöfe und Kammern schnell wieder, etwas schneller für die mmern als für die Vorhöfe. Der Grundumsatz und das Minutenlumen des Herzens in der Ruhe, nach den Methoden von Krogh d Lindhard haben ziemlich normale Werte. Während der Muskelbeit wurde eine feste Beziehung zwischen dem Minutenvolumen s Herzens und dem Sauerstoffverbrauch festgestellt, wobei die tzbarmachung des Sauerstoffes durch das Blut mit dem Gesamtrbrauch an Sauerstoff stieg. Das erhöhte Minutenvolumen des rzens kam durch die erhöhte Pulszahl in weit größerem Ausße zustande als in der Norm; doch war auch in der Ruhe eine höhte Ausnutzung für jeden Pulsschlag zu bemerken, wobei ein ximum von ca. 190 ccm erreicht wurde.

Zum Begriffe „Haemoglobinuria paroxysmalis". Verfasser hebt rvor, daß dem Begriffe Haemoglobinuria paroxysmalis in der eratur von den verschiedenen Verfassern ein sehr variierender nfang gegeben worden ist, was zur Folge hat, daß die genannte zeichnung für einen gewissen Krankheitsfall oder eine gewisse t von Krankheitsfällen angewendet, wenig Aufschluß über ihre tur gibt, dagegen leicht Mißdeutung und Verwechslung veranlaßt. enn man den Ausdruck als klinische Bezeichnung beibehalten will, ıß deshalb sein Umfang möglichst fixiert werden. Er muß als mmelname den eigentlichen „essentiellen", echten Hämoglobinuriermen vorbehalten bleiben, also mit Abtrennung mehr vorüberhender, einmal auftretender Hämoglobinurien, wie sie beispielsweise im Zusammenhang mit größeren inneren Blutungen usw. entstehen; ebenso darf das bei Malaria mitunter vorhandene sogenannte Schwarzwasserfieber nicht als dazu gehörig gerechnet werden. Unter diesen Voraussetzungen kann man den Begriff paroxysmale Hämoglobinurie in vier Hauptgruppen aufteilen:

1. Die Kältehämoglobinurie: wahrscheinlich eine durchweg postluetische, durch ihre serologische Sonderbeschaffenheit resp. durch die kausale Bedeutung des Abkühlungsmomentes für die Entstehung von Blutdestruktion scharf abgrenzbare Affektion. Bei einem großen Teil der hierher gehörenden Fälle, der sogenannten latenten Kältehämoglobinurie, fehlt jedoch das Symptom Hämoglobinurie.

2. Die sogenannte Marschhämoglobinurie. Aetiologie und Pathogene in der Hauptsache unbekannt. Klinisch charakterisiert dadurch, daß die Hämoglobinurieanfälle nur im Zusammenhange mit Muskelarbeit entstehen. Das Harnhämoglobin besteht möglicherweise oder wahrscheinlich aus Muskelhämoglobin.

3. Die paralytische Hämoglobinurie. (Paroxysmale Myoglobinurie.) Bisher in der Literatur nur durch zwei bis drei Fälle vertreten. Aetiologie und Pathogenese nicht aufgeklärt. Diese Form wird durch die Kombination des Hämoglobinuriesymptoms mit einer progressiven Muskelaffektion gekennzeichnet. Auch hier ist es in Frage gestellt worden, ob das Hämoglobin des Urins nicht aus solchem besteht, das aus den Muskeln ausgelöst wird.

4. „Atypische" Fälle paroxysmaler Hämoglobinurie. Ein buntes Gewirr heimatloser Fälle, d. h. solcher, die zu keiner der früheren Gruppen gezählt werden können, und für die keine greifbare Ursache des Auftretens der transitorischen Hämoglobinurien entdeckt werden konnte. Mit vollständiger Gewißheit kann gesagt werden, daß die hierher gezählten Fälle weder eine ätiologische noch pathogenetische oder klinisch einheitliche Gruppe ausmachen.

Verfasser berichtet über einen Fall, der in diese letztgenannte Gruppe eingereiht werden muß. Der Fall zeigt, wie außerordentlich wichtig es ist, die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen dieser „atypischen" Fälle zu lenken, weil sie sonst möglicherweise falsch gedeutet werden und wie bei dem vom Autor beschriebenen Falle unnötige chirurgische Eingriffe (Nephrotomie) veranlassen können. Der Nachweis von Hämoglobinämie während der Hämoglobinurie-Verf. hebt gewisse klinische Aehnlichkeiten zwischen dem hier beschriebenen Falle und zwei früher von Scheel resp. Enneking beschriebenen hervor; nebst anderen Momenten vor allem die hauptsächlich bei Nacht einsetzende und vorsichgehende Hämoglobinausscheidung (Enneking: „Haemoglobinurie paroxysmalis nocturna"), und erwägt die Möglichkeit, daß, von diesen Fällen ausgehend, eine zirkumskript begrenztere Unterabteilung aus der Gruppe „atypische Fälle" herausgehoben werden könnte. Vom diagnostischen Gesichtspunkte kann vielleicht das Verhalten von Interesse sein, daß perorale Zufuhr von körperfremdem Eiweiß bei dem vom Verf. beschriebenen Falle jedesmal, wenn der Versuch gemacht wurde, das Syndrom Hämoglobinämie - Hämoglobinurie hervorrief. Im Gegensatz zu dem, was sonst in der Regel der Fall war, bewirkte man hierdurch ein Auftreten der Hämoglobinurie bei Tage. Vom pathogenetischen Gesichtspunkte würden diese Beobachtungen möglicherweise zu der Annahme berechtigen können daß die transitorisch auftretenden Blutdissolutionen hier durch irgendeine chronische Auto-Intoxikation verursacht war. Die histologische Untersuchung der Nieren zeigte bei diesem Falle Blutfarbstoff in reichlicher Menge im Epithel der Tubuli contorti und der Henleschen Schlingen angehäuft, während die Glomeruli durchgehend davon frei waren; ob hieraus ein Schluß in bezug auf den Modus für die Ausscheidung des Blutfarbstoffs gezogen werden kann, will der Verf. anderen Urteil überlassen; aus den Beobachtungen bei diesem Falle geht aber deutlich hervor, daß die genannten Zellen höchst beträchtliche Mengen Blutfarbstoff enthalten können, ohne daß solcher im Urin vorhanden oder chemisch-spektroskopisch nachweisbar ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

Acta psychiatrica et neurologica.

Vol. II., Fasc. 2, 1927.

Huntingtonsche Chorea mit Endokarditis und Polyarthritis. Mitteilung eines Falles mit Sektionsbericht. Patientin hatte in der Jugend eine Endokarditis und später eine Polyarthritis. Einige andere Familienmitglieder litten an choreatischen Bewegungen. Die histopathologische Untersuchung zeigte eine wahre Huntingtonsche Chorea. Der Fall zeigt, daß neben dem hereditären Momente ein exogener Faktor bei der Entstehung des Leidens im Spiele war.

Kombinierte Sklerose bei perniziöser Anämie mit Polyneuritis. 69 jährige Kranke, welche das Syptomenbild der Greisenparaplegie bot. Die Blutuntersuchung ergab eine typische perniziöse Anämie, die Autopsie Degeneration in den Seitensträngen (daher intra vitam Spasmen und beiderseitiger Babinski), ferner Degeneration in den Hintersträngen (daher Sensibilitätsstörungen). Klinisch bestanden ferner starke Muskelatrophien und ausgesprochene elektrische Entartungsreaktion; beide führt Verf. auf eine Polyneuritis zurück, die mit dem Alter der Pat. oder mit einem bei der Autopsie gefundenen Magenkarzinom in Zusammenhang zu bringen ist; jedenfalls wurden die Vorderhörner als normal befunden. Die Flexionskontrakturen sind wohl Folge der Kombination von Muskelatrophie in den Extensoren und Seitenstrangerkrankung, welch letztere allein bekanntlich Extensionskontraktur verursacht.

Manisch-depressives Irresein mit täglich alternierenden Phasen. In dem mitgeteilten Falle von manisch-depressivem Irresein wechselten die Phasen täglich: an einem Tage Manie, am nächsten Depression. Aehnliche Fälle mit täglichem Wechsel sind beschrieben von Ball, Mac Lulich, Starobinski.

Impfenzephalitis. Unterschied zwischen Impfenzephalitis und Encephalitis lethargica: Die Encephalitis lethargica ist eine akutere, oft stürmisch verlaufende Affektion mit polynukleären Leukozyten in den perivaskulären Infiltrationen und akuten Ganglienzellalterationen. Die Impfenzephalitis ist über das Gehirn viel weiter zerstreut als die Encephalitis lethargica, wir finden bei ihr deshalb Symptome, welche auf eine Pyramidenläsion (Babinskischen Reflex), auf eine Kortexläsion (Krämpfe), auf Veränderungen in der Leptomeniax hindeuten und mikroskopische Alterationen in der grauen und weißen Hirnsubstanz.

Kurt Mendel, Berlin.

Hygiea.

89., Heft 17, 15. September.

Theodor Waldemar Tallqvist †. Erinnerungsworte von Jarg Hagelstann.
Rudolph Magnus. Erinnerungsworte von G. Liljestrand.

Heft 18, 30. September.

Zur Statistik über die postoperative Prognose der malignen Oberkiefertumoren. Fridolf Olaison.
Ein Fall von Meningitis serosa circumscripta traumatica mit röntgenologischen Veränderungen. Eeg-Olofsen.
* Tetanie und Colips-Parathyreoidea-Extrakt. Ernst Sahlgren.

Tetanie und Parathyreoidea-Extrakt. Sahlgren sah gute Erfolge bei spontaner Tetanie von der Anwendung von Colips-Extrakt, der in einem Parathyreoidea-Hormon besteht und den Kalkgehalt erhöht.

S. Kalischer.

Svenska Läkarsällskapets Handlingar.

53., Heft 3, 1927.

* Ueber die Verteilung der Vitalfarbstoffe im Organismus. N. Anitschkow.
* Ueber die Behandlung der akuten Osteomyelitis. Sven Johansson.
* Ueber Lymphogranuloma inguinale und dessen Vorkommen in Stockholm. Sven Hellerström.

Eine Studie über die vorderen peripherischen Synechien bei dem primären Glaukom. T. Thorburn.

Verteilung der Vitalfarbstoffe im Organismus. Die Untersuchungen lehren, daß die Einführung fremdartiger Kolloidsubstanz und Kolloidfarbstoffe ins Blut stets zu einer typischen Verteilung in den Geweben führt; dieselben treten aus der Blutbahn ins Gewebe, speichern sich in der Bindesubstanz und in den Zellen auf und wandern dort, um sich sekundär wieder zu kondensieren und aufzuspeichern, ehe sie ausgeschieden werden. Zweifellos werden nach demselben Prinzip auch andere Kolloidsubstanzen verteilt, welche als Stoffwechselprodukte oder Arzneimittel ins Blut gelangen; es kommt zur Aufspeicherung, falls sie im Ueberschuß sind, kurz zu einer „Kolloidose".

Behandlung der akuten Osteomyelitis. Die septische Osteomyelitis im akuten Stadium soll durch radikale Entfernung des angegriffenen Knochenmarks bestehen, wobei den langen Röhrenknochen, den Metaphysen besonders Aufmerksamkeit geschenkt werden soll, weil hier meist der Primärherd zu suchen ist. Die Weichteile sollen möglichst saturiert werden und statt der Tamponade Spülung mit geeigneten Desinfektionsmitteln, wie Rivanol, in Anwendung kommen. Klinisch gutartige Fälle können nach Aufmeißelung und Saturierung ausheilen. Bei Lokalisation in Zerebrum- und Medulla-Gegend ist ein frühes radikales Eingreifen durchaus nöti Bei kurzen Röhrenknochen, wie z. B. Radius, Ulna, Fibula führt au frühzeitige subperiostale Resektion zum Ziel. Bei sehr jungen Inc viduen kann auch eine einfache Inzision ohne Gefahr angewan werden. Doch muß Aufmeißelung folgen, wenn die Allgemeinersche nungen nicht bald zurückgehen. Antivakzinierung ist von Wert a Unterstützung der operativen Behandlung.

Lymphogranuloma inguinale. 12 Fälle von Lymphogranulon inguinale aus Stockholm werden beschrieben. Diese Krankheit b fällt meist Männer im geschlechtsreifen Alter. Die Drüsen schwell an, die Haut darüber wird rosa oder livide; es kommt bald Pseudofluktuation und zirkumskripter Eiterbildung. Spontane Heilu kann durch Resorption oder Ausstoßung kleinerer Drüsenteile e folgen. Fieber und Allgemeinerscheinungen folgen der Eiterbildun auch hochgradige Lymphopenie und Vermehrung der Monozyt neben Leber- und Milzvergrößerungen. Die Wassermannsche Real tion ist negativ. Nur kommt das Leiden zuweilen zugleich m frischer Lues vor. Sie wird gewöhnlich durch den Geschlechtsve kehr übertragen und fast ausschließlich bei Männern; mitunter si am Anfang am Präputium und des Glans penis ein Primäraffekt u Papeln oder herpesähnliche Bläschen ohne subjektive Beschwerde vorhanden. Auch eine Urethritis lymphogranulomatique ist b schrieben. Auch Hals- und Axillardrüsen können mit erkranken.

S. Kalischer.

Norsk Magazine for Laegevidenskaben.

88. Jahrgang, Nr. 10, Oktober.

Diastasen im Serum und in dem Urin. Chr. K. Schaaning.
* Sind Herdinfektionen ein besonderer ätiologischer Faktor bei den sogenann funktionellen Seelenstörungen? R. Gjessing.
Ileus-Statistik in Akers Krankenhaus. Axel Christensen.
Die von Mausa beschriebenen Pocken. Epidemie in Norwegen im Jahre 12 C. Hafstad.

Herdinfektionen als Faktor in der Aetiologie der funktionelle Psychosen. Sicher gehen viele Menschen mit lokalen Infektion herden in den Zähnen, Tonsillen, Nebenhöhlen der Nase etc. umh und mit fakultativ pathogenen Bakterien mit wechselnder Virulen Diese larvierte oder maskierte chronische Sepsis ist schwer z diagnostizieren. Die ätiologische Wirkung akuter Infektionen a Psychosen (Amentia, akute Demenz etc.) ist bekannt; der Zusamme hang der Psychosen mit latenten, chronischen, septischen Infektion aus Lokalherden ist weniger durchsichtig und erweisbar. Die immun satorische, antitoxische, detoxizierende Kraft des Organismus ve hindert hier oft die allgemeine Ausbreitung der Infektion. Die Tre tiner Schule der Fokal-Infektionisten unter den Psychiatern stel nach Gjessing noch auf unsicheren Füßen. Sicher ist in vielen dies Fälle die „chronische Sepsis" nicht der einzige ursächliche Fakt der Psychose. Die Toxikose kann vielleicht einmal der Agent prov cateur sein. Die Detoxikation des Organismus kommt nur in Fälle in Frage, wo die mikrobielle Intoxikation sicher ätiologisch mit ei Rolle spielt bei dem Ausbruch der Psychose.

S. Kalischer.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 39, 29. September.

* Behandlung des Diabetes mellitus in der Praxis. Einar Rud.
Ein Fall von Tumor cerebelli bei einem Kinde mit eigentümlichem Krankheit verlauf. Axel Friedländer.

Behandlung des Diabetes mellitus in der Praxis. Rud bespricl hier die Hauptzüge der Diabetesbehandlung, wie sie in der Praxi ohne Laboratoriumsforderungen, außer der quantitativen Zucke bestimmung mit qualitativer Azeton- und Diazetbestimmung im Uri vorgenommen werden kann. Dieselbe kann gut vor sich gehen ohn Hilfe der Blutzuckerbestimmung mit und ohne Hilfe der Glukose-Ei nahme. Diese ist nur in unsicheren und zweifelhaften Fällen u bedingt notwendig. Für die Beurteilung des Kohlenhydratstof wechsels genügt die Urin-Untersuchung, aus der auf die Höhe de Blutzuckers geschlossen werden kann. Die Schwelle der Glykosuri d. h. Konzentration im Blute, bei der der Zucker durch die Niere ausgeschieden zu werden beginnt, liegt von 0,160 bis 0,180. Bleib der Urin in 24 Stunden zuckerfrei, so beweist das, daß der Blutzucke in dieser Zeit diese Schwelle nicht erreicht hat. Bei gesunde Menschen nähert sich der Blutzucker nach kohlehydratreichen Mahl zeiten oft dieser Grenze. Dabei kann höchstens eine ganz mäßig Hyperglykämie bestehen, die nicht sehr schädlich sein kann Atypische Fälle, zweifelhafte Fälle, Fälle, die große Insulindose brauchen und die trotzdem nicht aglukosorisch werden, Fälle mi Komplikationen oder Infektionen, mit Koma etc., lege man lieber in Krankenhaus.

S. Kalischer.

Nr. 40, 6. Oktober.

Der transperitoneale, zervikale, retrovesikale Kaiserschnitt. E. Hauch.
Ein Fall von pankreatogener Fettdiarrhoe. E. Hess Thaysen.
Die 4 Blutgruppen des Menschen. Herman Nielsen.
Ein Fall von Infektion mit dem Bacillus abortus infectiosi Bang. Erling S. Madra.
Einige praktische Bemerkungen über die Wahl des Wismutpräparates mit besonderer Berücksichtigung eines neuen dänischen Wismutpräparates: Gea-Bismut. A. Kissmeyer.
* Ein tödlich verlaufener Fall von Basedowscher Krankheit, der durch die Zufuhr von Thyreoidingift entstand. S. A. Holböll.

Tödlicher Morbus Basedowii nach Thyreoidin-Vergiftung. Eine Frau, die 50 Tage lang etwa 400 Hormon-Einheiten Thyreoidin zu sich nahm, um zu entfetten, erkrankte an den Zeichen eines Basedow mit Struma, ohne den Thyreoidin-Gebrauch auszusetzen oder den Gebrauch ärztlich kontrollieren zu lassen. Sie magerte immer mehr ab und starb an Inanition einige Monate, nachdem sie mit dem Thyreoidin-Gebrauch aufgehört hatte.

Nr. 41, 13. Oktober.

* Bismutabszesse. Jens Foged.
Spezifische oder anspezifische Behandlung der Infektionskrankheiten. V. Bie.

Bismutabszesse. Um Bismutabszesse zu verhüten, wähle man die mildesten und schonendsten Bismutpräparate; eine langsame Injektion ist nötig, und die Bismutdepots im Körper müssen kontrolliert werden. Die Desinfektion der Injektionsstelle muß sehr sorgfältig sein; man wende eine dünne und lange Kanüle an, damit der Einstichkanal nicht den Infektionsstoffen zugänglich sei. Der chemische Reiz der Präparate ist mit die Hauptursache der Abszesse; das Trauma, der mechanische Reiz, die bakterielle Infektion kommen in zweiter Reihe. S. Kalischer.

Hospitalstidende.

Nr. 33, 18. August.

Intravenöse Belastungsproben mit 20 g Glykose bei zwei synthalinbehandelten Diabetikern. Stefan Jörgensen.
* Ephedrin; Pharmakologie und therapeutische Anwendung desselben. Knud O. Möller.

Ephedrin. Ephedrin ist ein Phenyl-Propanolmethylamin. Es steht in seiner experimentellen Wirkung dem Adrenalin sehr nahe. Sein Vorzug besteht jedoch darin, daß es sehr haltbar ist, sowohl als Substanz wie in Lösung; es wirkt ferner auch per os, was Adrenalin nicht tut; seine Wirkung ist langdauernder wie die des Adrenalin; mitunter wirkt es jedoch nicht so energisch wie Adrenalin. Die Wirkung per os beginnt erst in 15 bis 30 Minuten. Es wirkt günstig bei Asthma bronchiale, bei akuten Kreislaufstörungen mit Kollaps und Senkung des Blutdrucks, bei Heufieber, Rhinitis; auch als Lokal-Anästhetikum und Mydriatikum findet es Anwendung.

Nr. 34, 25. August.

* Einige Eigentümlichkeiten der Vererbung von Poly- und Syndaktylie bei Menschen. Olaf Thomsen.

Vererbung der Poly- und Syndaktylie. Dieser Symptomenkomplex kommt in verschiedenen Formen vor und beruht auf verschiedene angeborene Genen. Syndaktylie hat oft Polydaktylie zur Begleitung, doch letztere kommt auch allein vor. Syndaktylie allein für sich scheint die geringere Störung zu sein. Die Wirkung der spezifischen Gene ist änderungsfähig. Die Anomalie kann asymmetrisch auftreten und auf beiden Seiten kann so eine Kombination beider Gene entstehen. S. Kalischer.

Nr. 35, 1. September.

Hernia diaphragmatica hiatus oesophagei. E. Samuelsen.
Die zwei verschiedenartigen Wirkungsarten des Lichtbades auf die Rattenrachitis. Eigil Rekling.

Nr. 36, 8. September.

Eine Methode zur Bestimmung der Kationen und ihres osmotischen Druckes im Serum und einige vorläufige Resultate hiermit. Erik Warburg und Knud Winge.
* Nachuntersuchungen von 109 radikaloperierten Mamma-Krebs-Kranken mit besonderer Berücksichtigung des Zusammenhanges mit dem mikroskopischen Befund und der Häufigkeit der Rezidive. E. Dahl-Iversen.

Nachuntersuchung von 109 operierten Brustkrebskranken. 33% der operierten Fälle waren nach dreijähriger Beobachtung als geheilt anzusehen. Wichtig für die Prognose ist die Größe des Tumors. Die Mortalität bei großen Tumoren war 87%, die bei kleinen Tumoren 17%. Die Mortalität bei dem weichen Krebs war 100%, die bei dem einfachen 68%, die bei dem adenomatösen 67% und die bei dem Zirrhus 57%. Bei mikroskopisch positivem Befund in den Axillardrüsen ist die Mortalität 80%, bei freien Axillardrüsen 41%. Metastasen in den Axillardrüsen fanden sich in 65% der Fälle, und zwar waren die supraklavikulären Drüsen in 27% mikroskopisch verändert. Das Freisein der Axillardrüsen beweist nicht das gleiche Verhalten der supraklavikulären Drüsen; daher sollen diese systematisch auch in jedem Falle ausgeräumt werden.

S. Kalischer.

Przeglad Dermatologiczny.

Nr. 2, 1927.

* Kraurosis vulvae. H. Uliński.
* Naevus epithe'iomatosus sebaceus Wolters-Friboes. St. Ostrowski.
* Eigenb'utbehandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten; Sensibilisierung und Desensibilisierung. S. Neumark.
* Melanoneurinoma (?) Cutis. J. Merenlender.
* Syphilis des Auges. W. H. Melanowski.
* Ueber die Herstellung von Moulagen. A. Straszyński.

Kraurosis vulvae. Beschreibung von zwei Fällen mit Angabe der histologischen Befunde.

Naevus epitheliomatosus sebaceus Wolters-Friboes. Verf. beschreibt einen Fall von Naevus epitheliomatosus sebaceus über dem linken Ohr bei einem 33jährigen Manne, dessen eine Schwester analoge Veränderungen seit der Geburt hat. Klinisch sind die Erscheinungen dem Naevus sebaceus von Buschke, Benkmann, Bandler evtl. dem Adenoma circumscriptum von Jean ähnlich; histologisch nähern sie sich mehr dem Naevus epitheliomatosus sebaceus von Wolters und Friboes. In dem angeführten Fall sind folgende Veränderungen charakteristisch: Hypertrophie der Talgdrüsen, Epidermisabzweigungen aus Haarbälgen, Absprengungen des Deckepithels, Infiltration der Papillarschicht und der Drüsen, Erweiterung der Gefäße, reichliche glatte Muskelfasern, Dilatation der Schweißdrüsen und hier und da Haarkeime und unregelmäßig angeordnete Haare in der Phase des Kolbenhaares. Der Prozeß spielt sich also in allen Schichten der Haut ab. Auf Grund der Analyse und des Vergleiches ähnlicher Fälle nimmt Verfasser an, daß die nicht symmetrischen adenomatösen Veränderungen der behaarten Haut eine Gruppe bilden, in der man zwanglos Uebergänge zwischen den einzelnen Formen finden kann. (Naevus sebaceus-Naevus sebaceus epitheliomatosus-Epithelioma adenoides cysticum-Epithelioma glandularum sebacearum.) Verf. macht auf die durch uneinheitliche Nomenklatur hervorgerufene Verwirrung aufmerksam und ist der Ansicht, daß die oben beschriebenen Veränderungen nicht den Naevi sondern den Adenomata zuzurechnen sind. Er schlägt folgende Einteilung vor: I. Adenoma sebaceum 1. circumscriptum, a) verrucosum, b) tuberosum; 2. disseminatum symmetricum. II. Adenoma sebaceum epitheliomatosum a) cysticum, b) tubulosum, c) trichoticum. — III. Adenoepithelioma sebaceum a) basocellulare, b) spinocellulare, c) mixtum (Krompecher).

Eigenblutbehandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten, Sensibilisierung und Desensibilisierung. Nach ausführlichen theoretischen Erörterungen empfiehlt Verfasser die Eigenblutbehandlung als Methode einer unspezifischen Desensibilisierung bei den verschiedensten Erkrankungen wie allen juckenden Dermatosen (Pruritus jeder Art, Urtikaria, Lichen urticatus und Prurigo), ferner bei Furunkulose, Pyodermien und Schweißdrüsenabszessen, Herpes zoster, akuter Dermatitis, Arzneimittelexanthemen (Salvarsandermatitis) und schließlich bei gonorrhoischen Komplikationen, besonders bei chronischer Epididymitis.

Melanoneurinoma (?) Kutis. Beschreibung eines Falles mit Angabe der histologischen Befunde.

Syphilis des Auges. Auf Grund von eigenen und anderweitig beschriebenen Fällen behandelt Verfasser kurz alle am Auge vorkommenden syphilitischen Erscheinungen: der Augenlider, Konjunktiva, der Tränenwege, der Kornea, Sklera, Uvea, der Retina und des Sehnerven sowie Pupillenstörungen und Augenmuskellähmungen. Die diffuse Iridozyklitis und die Neuritis optica sind als frühsyphilitische Erscheinungen anzusehen und lassen sich therapeutisch noch beeinflussen. Die Prognose ist in diesen Fällen gut. Bei kongenitaler Lues kann auch eine herdförmige Iridozyklitis auftreten; sie ist oft schon bei der Geburt vorhanden, und im Jünglingsalter ist der Prozeß bereits zum Abschluß gekommen. Ein therapeutischer Effekt ist in solchen Fällen nicht mehr zu erwarten. Eine frische herdförmige Iridozyklitis im Jünglingsalter ist meist tuberkulöser Natur. Von den spätsyphilitischen Erscheinungen ist die Optikusatrophie bei Tabes als die bösartigste anzusehen; bei ihr ist Salvarsan und Hg kontraindiziert, da beide Mittel das Fortschreiten der Atrophie beschleunigen. Vor Malariabehandlung wird aus demselben Grunde gewarnt. Zu versuchen ist in solchen Fällen

das Bi jodat. Verfasser berichtet über günstige Erfolge in zwei Fällen von tabischer Optikusatrophie. Bei frühsyphilitischen Augenerkrankungen werden Schmierkuren empfohlen.

Ueber die Herstellung von Moulagen. Nach einleitenden historischen Bemerkungen über die Herstellung von Moulagen, wobei die sich hiermit beschäftigenden Fachleute sowie auch wenige Aerzte genannt werden, gibt Verfasser ausführlich Anweisungen über die Herstellung des Gipsabdruckes und des Wachsabgusses, unter Angabe des hierzu erforderlichen Instrumentariums und Materials. Außer den bisher spärlich veröffentlichten Methoden (Photinos, 1907; Mahl, 1907; Veress, 1908; J. Alkiewicz, 1926, die eine leichtere Reproduktion von Hautveränderungen ermöglichen, gibt Verfasser wenig komplizierte eigene Methoden an, z. B. zur Reproduktion von impetiginösen Krusten, Blasenbildungen usw.

Szymański, Warschau.

Le Progres Medical.

Nr. 26, 25. Juni 1927.

* Die Erhaltung des Appetits und Heißhungers beim Krebs. P. Lenoir, R. Liege.

Appetit und Heißhunger beim Krebs. Man kann dem in etwa 85% vorkommenden Symptome der Anorexie nur Wert beimessen, wenn sie von Anfang an intensiv besteht oder wenn ein heftiger und beständiger Schmerz vorausging oder Erbrechen und wenn sie mit Kachexie verbunden ist. Damit kann man auch den Krebs vom Geschwür des Magens unterscheiden. Sie kann bis zum Widerwillen gegen einzelne Speisen gehen. Aber es gibt auch Fälle, bei denen der Appetit erhalten ist und dann ist es ein Charakteristerium bes. des jugendlichen Krebses. In solchen Fällen tritt die Anorexie erst ziemlich spät auf, in den letzten Wochen oder Monaten. Selbst bis in die letzte Zeit kann sich der Appetit erhalten. Auch zeitweise wiederkehrender Appetit kommt vor. Namentlich bei Nervösen, die darin ihren Heilungswillen sehen. Dies alles ganz unabhängig von der Entwicklung des Tumors. Ferner sind auch Fälle beobachtet, bei denen der Heißhunger das erste klinische Zeichen des Magenkrebses war. Aber man kann dies auch beim Ulkus der Aelteren, daß gar nicht so selten ist wie man glaubt, beobachten und das plötzliche Auftreten, die Fortdauer der HCl, der Tod durch Hämatemese, selbst der Tumor gestattet nicht ohne weiteres die Diagnose Krebs. Der Tumor namentlich ist bei ihnen sehr häufig festzustellen, weil sich im Alter gerne eine begrenzte Perigastritis mit Induration und Adhärenzen besonders in der Pyloroduodenalgegend bildet.

Nr. 27, 2. Juli 1927.

Die Ruge-Philippsche Reaktion. Carlos G. Gil.
* Analogien zwischen dem vasokonstriktorischen Prinzip des Ginsters und des Adrenalins. H. Busquet, Ch. Vischniac.

Ginster und Adrenalin. Die Verfasser ziehen aus ihren Versuchen den Schluß, daß man im Pflanzenreich eine Art Adrenalin findet, nicht giftig mit den wesentlichen Eigenschaften des wahren Adrenalins. Allerdings braucht es nicht identisch zu sein mit Adrenalin, sicher ist es aber billiger.

Nr. 28, 9. Juli 1927.

Vergleichender Wert der Tuberkulinreaktion und der Fixationsreaktion bei der Diagnose der latenten Tuberkulose. J. Rieux.
Das Methylantigen und seine Wirkung auf die verschiedenen Manifestationen der Tuberkulose. J. Valtis.

Nr. 29, 16. Juli 1927.

* Die Milz ein motorisches Organ. Leon Binet.
Kollumkrebs. G. Müller.

Die Milz ein motorisches Organ. Außer ihren Funktionen Hämolyse, Pigmentbildung, Fe, ihrer Einwirkung auf den Stoffwechsel, reguliert die Milz den Gehalt des Blutes an roten Blutkörperchen. Dazu muß sie ein kontraktiles und elastisches Reservoir sein. Und zwar ist ihre Kontraktion durch einen nervösen und einen humoralen Faktor bedingt, Splanchnikus und Adrenalin. Ihre Kontraktion findet statt bei Muskelanstrengungen, beim Aderlaß und bei Asphyxie. Jedesmal finden starke Kontraktionen statt, es kommt zu Polyglobulie, die bei Hämorrhagien kurz aber ausgiebig ist, bei der Asphyxie progressiv, stark und allgemein. Ihre Kontraktion kann auch ausgelöst werden durch Adrenalin und Ginsterextrakt.

Nr. 30, 23. Juli 1927.

Die komplementäre Opposition bei Normalen und Hemiplegischen. L. Bard.
Pyrotherapie bei progressiver Paralyse und multipler Sklerose mit streptobazillärem Vakzin. A. Sezary, A. Barbe.
Behandlung des Amöbenabszesses der Leber. E. Bressot.

v. Schnizer.

Informations Sociales.

23., Nr. 3, 18. Juli 1927.

Entwurf des Gesetzes zur Bekämpfung der Tuberkulose (Schweiz).
* Vertrag zwischen den Aerzten und den Körperschaften für Krankheits- und Unfallversicherung (Japan).

Vertrag zwischen den Aerzten und den Körperschaften für Krankheits- und Unfallversicherung in Japan. Das japanische Gesetz betreffend die Krankenversicherung vom Jahre 1922 trat am 1. Juli 1926 in Kraft. Kitashima Taichi veröffentlicht folgende Daten, welche sich auf die medizinische Seite der ganzen Angelegenheit beziehen: Die japanischen Versicherungsgesellschaften umfassen zwei Millionen Versicherter, ungefähr anderthalb Millionen sind vereinigt in dem System lokaler Versicherungsstellen, welche vom Staate unterhalten werden, während eine andere halbe Million in den Betriebskrankenkassen versichert ist. Die staatliche Versicherung schloß mit der Vereinigung japanischer Aerzte, welche die offizielle Vertretung der Aerzte in Japan ist, einen Vertrag ab, laut welchem der Versicherte Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Behandlung bei freier Arztwahl in seinem Arbeits- oder Wohnsprengel, ebenso unentgeltliche Beistellung von Heilbehelfen und Arzneien hat, wobei letztere meistens von den Aerzten selbst dispensiert werden. Die Aerzte verrechnen ihre Leistungen nach dem Punktsystem, nach welchem Prinzip der auf jeden Arzt entfallende Teil des Honorars seitens der Aerztevereinigung, die für jeden Versicherten eine Pauschalsumme erhält, ausbezahlt wird. Die nicht-staatlichen Versicherungen haben ähnliche Verträge mit der Vereinigung der Aerzte abgeschlossen, bloß mit dem Unterschied, daß die Pauschalsumme sich nicht auf den einzelnen Versicherten bezieht, sondern daß eine Punktpauschalierung stattfindet, demnach die ärztlichen Einzelleistungen honoriert werden. Eine dritte Vertragsart stellt ein Kompromiß zwischen den beiden ersten Honorarverrechnungen dar, indem zwar die Einzelleistung nach Punktsystem als Grundsatz gilt, jedoch der Punktwert nach oben und unten begrenzt ist und zwischen einem Maximum von 25 und einem Minimum von 15 Sen, nach Analogie der staatlichen Versicherungsverrechnung, schwankt.

Ashkenasy, Wien.

23., Nr. 5, 1. August 1927.

Ausschaltung unnützer Ueberanstrengung in der Industrie.
Forschungen auf dem Gebiet der Arbeitshygiene und Gewerbemedizin (Italien, Vereinigte Staaten, Frankreich).
Das neue Generalreglement der Arbeitshygiene (Italien).
Die sanitären Bedingungen in der Baumwollindustrie (Großbritannien).
* Das ärztliche Inspektorat der Bergwerke (Großbritannien).
Berufskrankheiten der Glasereiarbeiter (Belgien).
Die Tuberkulose der Grubenarbeiter (Südafrika).
Die Internationale Ständige Kommission für Gewerbekrankheiten.

Das ärztliche Inspektorat der Bergwerke. Die Aufgabe des ärztlichen Inspektors, der dem Staatskommissar für das Bergwerkwesen zugeteilt wird, besteht in der Beratung des Grubeninspektorats in allen Angelegenheiten, welche sich auf die Hygiene der Gruben und Bergwerke bezieht, ferner in der Mitarbeit bei allen Maßnahmen, welche bei der Durchführung bzw. Verbesserung der sanitären Vorschriften zur Anwendung kommen, schließlich in der Kontrolle der betreffenden Unternehmen bezüglich ihrer Anpassung an die Resultate medizinischer Forschung. Eine besondere Aufgabe des ärztlichen Inspektorats besteht in der Bechäftigung mit dem Problem des Nystagmus der Bergarbeiter.

23., Nr. 8, 22. August 1927.

* Die Reform der Sozialversicherung (Oesterreich).
Die Lage der Unfallbeschädigten (Frankreich).

Die Reform der Sozialversicherung. Die Versicherungspflicht erstreckt sich auf alle Angestellte bis zum Höchstgehalt von 400 Schilling monatlich. Zu den Leistungen der Krankenversicherung gehört unter anderem die unentgeltliche zahnärztliche bzw. -technische Behandlung. In den Kreis der Versicherten werden auch die Familienmitglieder, für welche Unterhaltungspflicht besteht, einbezogen. Das Krankengeld wird vom 4. Krankheits- (Arbeitsunfähigkeits-)Tage ausbezahlt. Anspruch auf Bezug desselben besteht für die Dauer von mindestens 30 Wochen, bei einer Versicherungsdauer von einem Jahre für 52 Wochen und bei einer fünfjährigen Versicherungsdauer für 78 Wochen. Der Mutterschaftsbeitrag wird mit 120 Schilling für jedes Kind pauschaliert, außerdem bekommt die Mutter eine tägliche Beihilfe in der Höhe des halben Krankengeldes während der ersten 6 Wochen nach der Entbindung, bzw. während der ersten 12 Wochen, falls sie selbst das Kind stillt.

Ashkenasy, Wien.

La Gynécologie.

26. Jahrg., Juli 1927.

Eitrige Parametritis mit eigenartigem Verlauf. Die echte uerperale Parametritis ist nicht häufig. Meist wird die Infiltration asch resorbiert und nur in seltenen Fällen kommt es zu einer Eiteransammlung oder einem Abszeß. Verf. berichtet über 7 Beobachtungen, ie er im Laufe von 12 Jahren machte. Die Abszeßbildung beginnt ft schon einige Tage nach der Entbindung und zwar mit heftigen chmerzen in der befallenen Seite, noch bevor eine Palpation möglich t. Später zeigt sich eine unbestimmte Infiltration, die aber bisweilen sich sehr rasch zu einem Abszeß entwickeln kann. In der ehrzahl der Fälle dauert es jedoch Wochen oder sogar Monate, ehe ne Fluktation auftritt. Hier handelt es sich meist um eine sehr ngsame Erweichung infolge abgeschwächter Virulenz der Keime, der die Abzeßbildung beginnt in der Tiefe und schreitet sehr langm zur Oberfläche fort. Die Temperaturkurven besagen wenig und nd vielleicht in ihrer Höhe abhängig von der Virulenz und Art der eime. In allen Fällen lag der Herd auf der rechten Seite, wofür erfasser keine richtige Erklärung geben kann. Von Komplikationen urden beobachtet: zweimal Perforation in die Blase, einmal ins ektum, einmal ins Hüftgelenk. Die beiden ersteren sind nicht hwerwiegend, im Gegenteil eher erwünscht, während der Durchruch ins Gelenk eine schwere Komplikation darstellt. Einmal traten ehrfache Thrombosen der Beckenvenen auf. Die Prognose der arametranen Abszesse ist nicht ungünstig, von sieben Fällen starben wei. In einem Fall kam Pat. zu spät zur Behandlung, in dem nderen starb die Kranke trotz mehrfacher Inzisionen 8 Monate nach er Entbindung. In den meisten Fällen führt jedoch richtige und hnelle Behandlung zur Heilung. Diese besteht in Inzisionen, sobald luktuation auftritt, was nach Tagen oder auch Monaten der Fall ein kann. Eine Erklärung hierfür ist schwer, hier spricht wohl die iefe des Abszesses, die Virulenz der Bakterien und die Widerstandshigkeit der Gewebe mit. Die Inzision erfolgt parallel dem oupart'schen Bande oder auch median. Oft sind Gegeninzisionen ötig, entweder nach der Lumbalgegend oder nach der linken Seite i. Vaginale Inzisionen waren nie erforderlich.

Neue Studien über die Natur der Salpingitis nodosa. Die Anchten über die Entstehung der Salpingitis nodosa sind noch sehr eteilt. Die einen führen sie auf Gonorrhoe, die anderen auf Tuberulose zurück. Wieder andere halten sie für eine Neubildung ähnlich en Adenomyomen. Neuerdings hat man seit Beschreibung der Endoetriome auch diese Möglichkeit erwogen. Schließlich nimmt man ne Entwicklungsstörung im Uterushorn als Ursache an. Auf Grund iner sehr genauen Untersuchung eines Falles kommt Verf. zu neuen chlüssen. Es handelte sich um eine doppelseitige Hydrosalpinx mit oppelseitiger Salpingitis nodosa. Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß ie S. n. als eine Hyperplasie der muskulären und epithelialen lemente des Uterushornes sowie des interstitiellen und isthmischen eiles der Tube anzusehen sei und zwar infolge mechanischer rsachen.

Kosminski, Berlin.

Il Policlinico, Sez. prat.

34., Nr. 39, 26. September 1927.

Klinisch-röntgenologischer Beitrag zu dem Symptomenkomplex er Pseudo-Nephrolithiasis. Zu den Krankheitsformen, die klinisch ine Nierensteinkrankheit vortäuschen können, fügt Verf. einen neuen iteressanten Fall, in welchem einzig und allein Röntgenuntersuchung nd Pyelographie Aufschluß geben. Das klinische Bild bei dem 9jährigen Manne sprach durch die Art und das periodische, kolikrtige Auftreten der gegen die Blase zu ausstrahlenden Schmerzen it Störungen der Miktion, den Befund von Leukozyten und Nierenbeckenepithelien im Harn für Nierenstein, das Röntgenbild ergab die iagnose eines Malum Pottii im 12. Brustwirbel mit zwei seitlichen alten Abszessen. Abgesehen von der negativen persönlichen und amilien-Anamnese waren weder Gibbus noch Steifigkeit der Wirbelule, noch Parästhesien oder andere Sensibilitätsstörungen, noch ruckschmerzen der Dornfortsätze vorhanden. Die Art der Schmerznfälle hing sicherlich nicht von einer Reizung der Nervenwurzeln nd der Plexus durch Kompression ab, sondern war wahrscheinlich ie Folge der Kompression der Nierenbecken durch die Kongestionsabszesse, welche hin und wieder zu Verlegung der Harnwege mit ihren Folgen führte. Die Pyelographie gestattete in diesem Falle das Verhältnis der in Form, Größe und Lage normalen Nierenbecken zu den Abszessen festzustellen.

34., Nr. 40, 3. Oktober 1927

Die Histamin-Magenprobe. Aus einer Untersuchung der verschiedensten Magenerkrankungen mit der Histaminprobe kommt Verf. zu dem Schluß, daß diese Probe bei allen Formen von Hypochylie von hohem Werte ist, ja daß sie das einzige Mittel darstellt, allergeringste sekretorische Tätigkeit einer schwer geschädigten Schleimhaut festzustellen. Dagegen ist die Möglichkeit, bei normaler Sekretion oder Hyperchlorhydrie zu diagnostischen Urteilen zu kommen, sehr beschränkt. Gut und rasch unterscheidbar sind mittels der Histaminprobe vor allem die wahren Achylien von der Hypoazidität. Die Gefäßreaktionen (Dilatation der Kapillaren) nehmen bisweilen einen sehr intensiven Grad an. Bei einer gesunden und kräftigen Patientin erlebte Verfasser nach einer Injektion von ½ mg eine Steigerung des Pulses von 100 auf 160 und ein Sinken des Blutdrucks um 2,5 cm mit profusen Schweißen, Dyspnoe und einem Angina pectoris-ähnlichen Anfall. Vorsicht ist also am Platze. Er widerrät Adrenalin mit dem Histamin zu kombinieren. Was den Mechanismus der Histaminwirkung anbetrifft, so kann von einer reinen Vagusreizung keine Rede sein, denn Histamin wirkt auch nach Durchschneidung des Vagus oder nach Atropinwirkung. Histamin ist ein typisches Gefäßgift. Die Erweiterung der Kapillaren ist die Ursache der Sekretion. Eine absolut antagonistische Wirkung hat das Ergotamin (Gefäßverengerung, Erhöhung des arteriellen Drucks, Bradykardie, Herabsetzung der Motilität und Sekretion des Magens).

34., Nr. 41, 10. Oktober 1927.

Subphrenischer Pyopneumothorax. Die rechte Zwerchfellhälfte erreicht im Röntgenbild den 4. Rippenknorpel. Ueber dem Zwerchfell eine von Lungenatelektase herrührende Schattenzone, unter dem Zwerchfell eine große Gasblase, die unten in einen dichten Schatten mit horizontalem, scharf abgegrenztem Niveau übergeht; dieses Niveau ändert sich mit den verschiedenen Körperlagen. Verlagerung des Herzens nach links. Der subphrenische Pyopneumothorax — die Inzision ergab 3 Liter Eiter — hatte sich im Anschluß an eine zwei Wochen zuvor überstandene Appendizitis entwickelt.

Die mediastinale Hernie im Verlaufe des therapeutischen Pneumothorax. Beschreibung von 2 Fällen. Im ersten Fall handelt es sich um eine sehr seltene linksseitige Mediastinalhernie. Zu ihrer Erzeugung genügte einzig und allein die Wirkung des negativen Drucks der dem Pneumothorax entgegengesetzten Seite. Der Fall illustriert die Notwendigkeit andauernder röntgenoskopischer Kontrolle für die Durchführung einer Pneumothoraxbehandlung; denn nicht das leiseste Symptom hatte einen Verdacht auf eine Mediastinalhernie erweckt. Ohne die Röntgenuntersuchung hätte die weitere Pneumothoraxtherapie die nachteiligsten Folgen haben müssen. Es war nicht nötig sofort auf ein vollkommenes Verschwinden der Hernie hinzuarbeiten, von den 550 ccm N kamen 300 ccm zur Entleerung, und es war möglich einen mäßigen Lungenkollaps bei einem intrapleuralen Druck von —3 aufrechtzuerhalten. Im zweiten Falle wurde im Verlaufe einer linksseitigen Pneumothoraxkur im Röntgenbilde eine rechtsseitige Mediastinalhernie an dem schwachen oberen, vorderen Punkt sichtbar, die schlaffe Mediastinalwand hatte schon nachgegeben, als der mittlere Pneumothoraxdruck noch nicht den Wert 0 erreicht hatte. Die Hernie nahm später erheblich an Ausdehnung zu, als ein pleuritischer Prozeß entstand, trotz hohen negativen intrapleuralen Drucks. Eine Pleuritis kann also als Hilfsfaktor in der Pathogenese der Mediastinalhernie betrachtet werden, selbst wenn das Exsudat zu gering ist, um den intrapleuralen Druck zu erhöhen.

Schwierigkeiten der ätiologischen Diagnose des spontanen Pneumothorax. Die häufigste Ursache des spontanen Pneumo ist die Tuberkulose (nach verschiedenen Angaben zwischen 77—90%). Derselbe kommt bei etwa 6% aller Lungentuberkulosen vor. Als

weitere Ursachen können gelten Lungengangrän, Thoraxwunden, nach außen durchgebrochene Empyeme, Bronchiektasien und Lungenabszesse und sehr selten eine Reihe von Krankheiten der benachbarten Organe. Einige wenige Fälle ohne nachweisbare Aetiologie hat man aus Verlegenheit als idiopathische bezeichnet. Verf. berichtet über 2 Fälle, in denen sich Schwierigkeiten für die ätiologische Diagnose ergaben. Im ersten handelt es sich um einen extrem seltenen, doppelseitigen sp. Pneumo, mit dem ans Wunderbare grenzenden Ausgang in Genesung, die wohl nun dadurch möglich wurde, daß der Pneumo wegen alter Adhäsionen nicht vollkommen war, und wegen der geringen Tendenz beider emphysematösen Lungen zum Kollaps. Verf. glaubt alle anderen Ursachen ausschließen und den Pneumo auf eine Ruptur überdehnter Alveolen bei dem emphysematösen Kranken zurückführen zu können. Im zweiten Falle handelte es sich um einen einseitigen, vollkommenen Pneumo, und trotzdem wiederholte eingehendste Untersuchungen aller Art negativ waren, blieb nur der Verdacht einer geringfügigen tuberkulösen Erkrankung übrig, wenn man den Fall nicht in die Kategorie jener idiopathischen Formen einreihen wollte.

Rontal.

The Journal of the American Medical Association.

89., Nr. 11, 10. September 1927.

Karzinomatöse Degeneration von Adenomen des Mastdarms. Adenome sind die häufigsten gutartigen Darmtumoren; sie kommen am häufigsten im Mastdarm vor, sodann in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit in Ileum, Kolon, Ileozoekalklappe und Duodenum. Obwohl ein solitäres Adenom jahrelang bestehen kann, ohne malign zu werden, so lehrt doch eine Reihe von 7 Fällen, die Verf. mitteilt, daß jede dieser Neubildungen als eine präkanzeröse Erkrankung betrachtet werden und daher frühzeitig entfernt werden sollte. Je breiter die Neubildung aufsitzt, desto mehr neigt sie zu maligner Veränderung. Es kann als ziemlich sicher angenommen werden, daß viele Krebse des Rektum und des Sigmoid sich aus solchen Adenomen entwickeln, die zeitig entdeckt werden könnten, wenn man sich mehr der Rekto- und Sigmoidoskopie bedienen würde. Ein zugängliches polypöses Adenom kann gewöhnlich ligiert und abgeschnitten werden; bei einem breitaufsitzenden muß eine Exzision der Basis mit anschließender Kauterisation oder Koagulation erfolgen. Schwieriger liegt die Sache bei solitären Tumoren außer Fingerbereich. Die gestielten lassen sich meist im Operationsrektoskop mit der Schlinge fassen und abschnüren. Bei den breit aufsitzenden ist nach Abschnürung des Tumors elektrische Koagulation oder Radonversenkung ein zu empfehlendes Vorbeugungsmittel für den nicht seltenen Fall, daß bereits maligne Degeneration im Beginn ist. Bei zu hohem Sitz muß man sich Zugang durch das Abdomen verschaffen.

Transfusion bei jungen und älteren Kindern. Die Technik der Vorprüfung zur Blutgruppenbestimmung wird in folgender Weise vorgenommen: Trennung des Serums vom Blut und Bereitung einer Suspension roter Blutkörperchen in Salzlösung. Zwei Tropfen des Spenderserums werden mit 2 Tropfen der Aufschwemmung der Empfänger-Blutkörperchen auf einem Objektträger gemischt; die Mischung wird während der einhalbstündigen Beobachtung zwei- bis dreimal geschüttelt, da hierdurch in einigen wenigen Fällen noch Agglutination erfolgte, die sonst nicht in Erscheinung getreten wäre. Mikroskopische Ablesung nach 30 Minuten. Die Ungersche Methode der Transfusion wurde vorzugsweise geübt, weil Verf. mit ihr am meisten vertraut ist und die Benutzung von unbehandeltem Blut vorzieht. Unter 556 Transfusionen mit 71 Reaktionen folgte nur zweimal der Transfusion Hämolyse; in dem einen Fall ergab nachträgliche erneute Prüfung der Originalblutproben weder Agglutination noch Hämolyse; im zweiten Fall gab es zwischen mütterlichem Serum und den kindlichen Blutzellen keine Agglutination, wohl aber ausgesprochene Hämolyse. Hämolyse kann also ohne gleichzeitige oder vorangehende Agglutination vorkommen. Vor jeder einzigen Transfusion wird die Vorprüfung mit frischen Blutproben erneuert; Blutgruppen ändern sich zwar nicht, wohl aber das Agglutinationsvermögen des Serums. Bei Kranken, die Transfusionen mit unverträglichem Blute erhalten haben, ist eine Blutentziehung von etwa 250 ccm mit erneuter Transfusion der etwa doppelten Menge geeigneten Blutes angezeigt. Die Indikationen für eine Transfusion nehmen mit den weiteren Erfahrungen immer mehr zu. Schwere Toxämie (nach schweren Verbrennungen, Erysipel, akuter Darmintoxikation, toxischer Pneumonie, Septikämie, infektiöser Diarrhöe, CO-Vergiftung) wird durch Transfusionen nach vorangegangener Blutentziehung sehr günstig beeinflußt; der Verlauf sich lange hinziehender Infektionen der Atmungswege wird durch eine oder mehrere Transfusionen sehr abgekürzt; besonders stark unterernährte Kinder mit sekundärer Anämie erfahren eine Besserung und Zunahme des Körpergewichts ohne Aenderung in der Diät. Von den 460 Kindern, die aus verschiedensten Anlässen Transfusionen erhielten, wurden 281 geheilt, 83 gebessert.

Bereitung der Milchsäure-Milchmischungen für Säuglingsernährung. Achtjährige Erfahrungen über die Milchsäure-Milchernährung beweisen die großen Vorzüge derselben. Fünf Mahlzeiten genügten nach dem ersten, vier meistens nach dem dritten Lebensmonat; nur die Mengen derselben Nahrungsmischung werden mit dem Alter gesteigert. Sobald Beinahrung in Form von Zerealien gegeben wurde, wurde die Zuckermenge herabgesetzt und im Alter von 12 oder 14 Monaten ganz fortgelassen. Andere Aenderungen waren weder bei gesunden noch bei kranken Kindern nötig. Verf. hat die bisherigen Schwierigkeiten der Zubereitung überwunden. Er benutzt anstelle der gewöhnlichen Kuhmilch ungesüßte evaporierte Milch, das ist Kuhmilch, die der Hälfte ihres Wassergehaltes beraubt ist, die homogenisiert — daher keine Butterfettbildung — und sterilisiert ist, nicht zu verwechseln mit der gesüßten kondensierten Milch, die zu diesem Zweck nicht brauchbar ist. Ihr Pufferwert ist etwas niedriger als der der Kuhmilch, sie ist billig und leicht zu beschaffen. Eine sehr brauchbare Methode ist die Mischung der evaporierten Milch mit einem gleichen Volumen einer Milchsäure-Zuckermischung nach der Formel: Karos Sirup 90 ccm, Milchsäure (amer. Pharmak.) 5 ccm, Wasser 250 ccm, die sich bei Aufbewahrung am kühlen Ort 1 bis 2 Tage hält. Der Zuckergehalt beträgt also 10%; 30 g der Mischung entsprechen etwa 30 Kalorien. Die ganze Tagesnahrung wird auf einmal zubereitet, die Mischung genügt für die ersten 6 bis 8 Säuglingsmonate. Sie ist besonders wertvoll auf Reisen, in der warmen Jahreszeit und in den Händen unerfahrenen Wartepersonals. Die fettlöslichen Vitamine A und D und das B Vitamin werden durch den Herstellungsprozeß nicht zerstört, wohl aber das Vitamin C. Es ist daher eine Ergänzung durch Orangen- oder Tomatensaft nötig und auch während der Wintermonate ein Teelöffel Lebertran pro Tag erwünscht.

Röntgenbeobachtungen bei Asthma. Eine Asthmadiagnose ist ohne Röntgenuntersuchung von Thorax und Sinus und ohne sorgfältige Untersuchung auf andere Infektionsherde in oberen Luftwegen und im Munde nicht vollständig, denn in der Mehrzahl der Fälle von Bronchialasthma spielt Infektion eine wichtige Rolle. Unter 157 Fällen fanden Verf. in 27% allgemeine peribronchiale Verdickung (verstärkte Schatten der Bronchien in Dicke, Dichtigkeit und Länge mit winkligen Verbiegungen bei normalem Lungenparenchym), in 23% chronische Infektion des Unterlappens, in 18% Tuberkulose, in 12% Verdickung der Lungenwurzel, in 3% Herzverbreiterung, in 1% Emphysem und in 16% konnten röntgenologisch keine Veränderungen entdeckt werden. Chronische Infektion in den Unterlappen stellt sich durch vermehrte Verdickung der Bronchien, größere oder geringere Verlegung ihres Lumens, das Vorhandensein eines Exsudats, häufig durch zahlreiche, kleine Höhlenbildungen und Adhäsionen des Zwerchfells dar. In vielen dieser Fälle handelt es sich um Infektion durch Aspiration. Da die oft erkrankten hinteren Bronchialäste unter dem Niveau der Zwerchfellkuppe liegen, links der Herzschatten die Sichtbarkeit von Details erheblich erschwert, viele dieser Kranken einen tiefen und dickwandigen Thorax mit hochstehendem Zwerchfell und transversalem Herzen haben, so sind stereoskopische Bilder und laterale Aufnahmen zu richtiger Deutung nötig. Bei der Verbreiterung des Lungenwurzelschattens handelt es sich meistens um Drüsenvergrößerung, doch darf man nicht außer acht lassen, daß eine gewisse Verbreiterung auch bei gesunden Menschen vorkommt. Emphysem findet sich oft in den Intervallen zwischen den Anfällen und stets im oder unmittelbar vor dem Anfall. Unter 193 Fremdkörperfällen der Jacksonschen Klinik fanden sich 6 Kinder, bei welchen die Diagnose lange Zeit auf Asthma gestellt war, bis die

ntgenuntersuchung Fremdkörper enthüllte. Infektion der oberen ftwege ist eine häufige Komplikation, und sehr viele Kranke mit ronischem Asthma leiden an chronischer Infektion der Nebennasenhlen. *

Die Antitoxinbehandlung des Erysipels. Bei 15 277 Erysipelfällen r letzten 23 Jahre betrug die Mortalität 10,1%, in 131 seit vorigem hre mit Antitoxin behandelten Fällen 5,3%. Der Wert dieser Zahlen nn natürlich nur gering sein; beweisender ist ein Vergleich mit 7 Fällen, die in der entsprechenden Zeit des vorangegangenen hres ohne Antitoxin mit 11,2% Mortalität behandelt waren. Herllung und Standardisierung des Serums nach dem Verfahren von rkhang werden geschildert. Die Dosierung muß dem einzelnen Fall gepaßt werden; durchschnittlich wurden 25 ccm des ungereinigten titoxins injiziert, die Injektionen im 24 stündigen Intervall bis zur ilung wiederholt, meistens genügten 1 bis 3 Injektionen. Der intranöse Weg für die Einführung ist gefährlich, der intramuskuläre meisten zu empfehlen. Unleugbar bezeichnet die Antitoxinhandlung einen ganz wesentlichen Fortschritt in der Heilung der ysipelatösen Erkrankung; darüber hinaus leistet sie wenig. Weder rleiht sie eine Immunität, noch beeinflußt sie das Erscheinen von mplikationen, dagegen bringt sie wesentliche wirtschaftliche Vorlé für den Kranken, dessen Arbeitsunfähigkeit um über 50% abkürzt wird, und für das Krankenhaus. Gesichtserysipel ist einer nelleren Heilung zugänglich als das von Rumpf und Extremitäten.

Jododerma nach Jodöl. Einige Fälle von akutem Jodismus nach iodol- bzw. Jodumbrin-Untersuchung sind in der Literatur behtet. Verf. bringt den ersten Fall, in welchem etwa 9 Tage nach iodolinjektion in die Bronchien ein Jododerma auftrat. Ohne nntnis von dieser Lungenuntersuchung zu haben, hatte er die Hautkrankung diagnostiziert und Jod in großen Mengen in Harn und eichel nachgewiesen. Eine Röntgenuntersuchung nach 16 Tagen stätigte den Befund von Lipiodol in der Lungenbasis. Ob dasselbe s den Lungen resorbiert oder durch verschluckten Speichel in den gendarmkanal gelangt war, ließ sich nicht feststellen.

89., Nr. 12, 17. September 1927.

Veränderungen tuberkulöser Lungenbilder in Serien-Röntgenoammen. Der Wert der Röntgenuntersuchung der Lungen für eine ihdiagnose der Tuberkulose ist allgemein anerkannt, ihr noch ßerer Wert zur Bestimmung der Prognose und Behandlung noch wenig geschätzt. Durch periodische Röntgenuntersuchungen kann e bessere Auswahl der wirklich für ein Sanatorium geeigneten le getroffen werden. Da viele Fälle selbst ohne jede Behandlung ht über das allererste Stadium fortschreiten, kann auf diese Weise nötige wirtschaftliche Schädigung für die Kranken und die Allneinheit vermieden werden. Bei pathologischen Bildern, die nate, ja Jahre lang sich nicht wesentlich ändern, sollte man die tiv wenig kranken Individuen nicht durch Verzärteln in chronische urastheniker verwandeln. Eine wirkliche tuberkulöse Kaverne ist ts gefährlich, aber eine dickwandige, von fibrösem Lungengewebe gebene, nicht allzusehr zu fürchten. Veränderungen, die in veriedenen Lungenteilen auftreten und wieder verschwinden, sprechen eine geringe Virulenz oder eine hochgradige Widerstandskraft l können als relativ gutartig gelten. Bei sorgfältiger Kontrolle ch periodische Röntgenuntersuchung können viele tuberkulöse ngenkranke in häuslicher Pflege bleiben.

Studien über Staphylokokkenfiltrate. Sterile Bouillonfiltrate von phylococcus aureus-Stämmen, sowohl hämolytische, wie nichtnolytische rufen in Verdünnung von 1 : 250 bis 1 : 2000 nach intraaner Injektion in Dosen von 0,2 ccm innerhalb 24 Stunden eine utreaktion bei einer großen Anzahl von Menschen hervor, in Form er Erythemzone von 2 bis 5 cm mit Schwellung und Schmerztigkeit, die nach 72 Stunden verschwunden ist. Ein Antitoxin rde bei Kaninchen durch intrakutane Injektion von 6 Dosen zu 0,5 ccm des unverdünnten Infiltrats oder durch einmalige intravenöse Injektion von 1 ccm erzeugt. Das Staphylokokkenantitoxin, Kaninchen- und Pferdeserum neutralisierte die Hautreaktion bei empfänglichen Personen.

Studien über die Aetiologie des bronchialen Asthma. Die Untersuchungen betrafen nur das essentielle Bronchialasthma, das mit chronischer Bronchitis oder Entzündung der Nebennasenhöhlen oder beiden Krankheiten kompliziert ist. 77% der untersuchten Kranken gaben nach intrakutaner Injektion mit den Berkefeld-Filtraten (0,1 ccm) ihrer bronchialen oder Sinussekrete positive allergische Reaktionen (meistens Quaddeln und Hyperämie, die in wenigen Minuten entstehen, binnen einer Stunde an Größe zunehmen und dann allmählich abklingen). 28 von 56 Fällen wurden durch Behandlung mit diesen Filtraten geheilt, 18 gebessert, 10 blieben unbeeinflußt. Es wurden 50% der Patienten gegen die Proteine ihrer eigenen Bronchialsekrete sensibilisiert. Die Behandlung mit Filtraten kann nur als eine symptomatische betrachtet werden. Das Hauptziel der Therapie muß die Heilung der Infektion sein. Autogene Bakterienpräparate und lösliche Toxine müssen dazu benutzt werden. Bei gleichzeitiger Verwendung von Sekretfiltraten, löslichen Toxinen und Bakterienpräparaten (abwechselnd jeden vierten Tag) wurden von 68 Fällen 54 geheilt, 18 gebessert und 14 blieben unbeeinflußt. Um die intrakutanen Reaktionen richtig zu deuten, müssen Kontrollproben an gesunden Menschen gemacht werden.

Die Wirkung therapeutischer Maßnahmen bei der Thromboangiitis obliterans Bürger. Unzählige therapeutische Verfahren sind für die Thromboangiitis obliterans vorgeschlagen worden, um nur einige zu nennen: häufig wiederholte subkutane Injektionen von Ringerscher Lösung, von Natriumnitrit, Sympathektomie, Insulin, lumbale Ramisektion, Röntgentiefenbestrahlung der Lendenwirbelsäule, Ligatur der Hauptarterie, Suprarenalektomie, intravenöse Injektionen von Natriumzitrat. Mit großer Vorsicht müssen alle Versuche aufgenommen werden, ein bestimmtes Verfahren für Besserung dieses Leidens in Anspruch zu nehmen, da in der Mehrzahl der Fälle als Richtschnur für die Beurteilung die Beseitigung der Schmerzen benutzt wurde, die auch spontan und plötzlich ohne jede Behandlung aufhören können, und da die Beobachtungszeiten fast durchweg viel zu kurz waren. Das einzige zufriedenstellende Prinzip für die Beurteilung der Wirkung einer Methode ist die Möglichkeit, den Kranken ihre Extremitäten zu erhalten. Ein Material von 258 Kranken und zwar nur solchen, bei denen die Symptome vor dem 45. Lebensjahre begannen, kam zur Untersuchung. 77% von 155 Kranken, die länger als 5 Jahre nach Einsetzen der Symptome lebten, verloren innerhalb dieser Zeit wenigstens eine Extremität durch Amputation. In mehr als vierjähriger Erfahrung mit seiner Behandlungsmethode wiederholter intravenöser Injektionen hypertonischer Salzlösungen kamen nur 12% von 84 Kranken zur Amputation. Inbegriffen sind zahlreiche prognostisch sehr ungünstige, selbst hoffnungslose Fälle. Was auch immer die zugrunde liegende Ursache der Erkrankung sein mag, Tabakgenuß spielt dabei eine sehr wichtige Rolle und zu den wichtigsten Maßnahmen gehört ein Rauchverbot.

Erhaltung der Nebenschilddrüsen. Bei der partiellen Thyreoidektomie werden häufig Nebenschilddrüsen mitentfernt, die der vorderen und besonders der seitlichen Kapsel der Schilddrüse anliegen. Die Folgen sind sehr oft mäßige Ausfallerscheinungen. Wenn die letzteren auch nur vorübergehender Natur sind und meistens vollkommene Wiederherstellung folgt, so ist doch das Nebenschilddrüsengewebe von so großem Werte für die Kranken, daß eine Schonung desselben möglichst versucht werden sollte. Eine methodische Erhaltung der seitlichen Kapsel kann dieses Ziel am ehesten erreichen.

Ein Leber-Cocktail für die an perniziöser Anämie leidenden Kranken. Haut, Venen, alle festen Bestandteile der frischen Kalbsleber werden mit einem scharfen Messer entfernt, die in kaltem Wasser gespülte Leber zweimal durch die Fleischhackmaschine gedreht und auf Eis aufbewahrt. ½ Pfund Leber gibt 4 Eßlöffel fein zerriebene Masse, die mit der 2½ fachen Menge der nach dem folgenden Rezept hergestellten Sauce gemischt und kalt serviert wird: ½ Tasse Heinz's Tomatensauce, ¼ Tasse Zitronensaft, 2 Teelöffel Worcestershiresauce, ½ Teelöffel fein zerhackte kleine Zwiebel, Salz und Pfeffer nach Bedarf. Das Getränk wird gerne genommen.

Rontal.

Archives of Internal Medicine.

40., H. 3, September.

Klinische und bakteriologische Studien an Hand von 2000 Fällen von kruposer Pneumonie. Die verschiedenen Typen von Erregern der Pneumonie besitzen gewisse unterscheidende Merkmale, die eine bakteriologische Untersuchung in jedem Einzelfall ratsam erscheinen lassen. Die Bestimmung, um welchen Pneumokokkentypus es sich im vorliegenden Krankheitsfall handelt, wird am schnellsten im Mäuseversuch durchgeführt (Injektion von Sputum, Rachenspülwasser). Gelegentlich muß der Urin auf Präzipitine untersucht werden. Auf Grund der bakteriologischen Untersuchung von 2000 Fällen ergab sich hinsichtlich der Häufigkeit der einzelnen pathogenen Krankheitserreger folgendes Verhältnis: 96,6% Pneumoc., 3,8% Streptoc. haemolyt., Bacill. pneum. 0,4%, Staphyloc. aureus 0,1%, Influenzabazill. 0,05%. Für die Häufigkeit des Auftretens der verschiedenen Typen von Pneumokokken wurden folgende Zahlen gefunden, die mit den bisher angegebenen im wesentlichen übereinstimmen: Typus I 33,6%, II 19,2%, III 13,4% und IV 33,1%. Die Häufigkeit der einzelnen Typen zeigte große Jahresschwankungen. Während Typus II und IV keine Altersgruppen bevorzugen, ist die Infektion mit Typus I bei Jugendlichen besonders häufig. Typus III hingegen befällt mit Vorliebe Menschen im vorgerückten Lebensalter. Auch in bezug auf die Häufigkeit der Verteilung der einzelnen Pneumokokkentypen auf die Geschlechter sind große Unterschiede vorhanden (Typus I und II bei Männern häufiger, Typus III und IV bei Frauen). Am wenigsten Mischinfektionen zeigt sich bei der durch Typus I hervorgerufenen Pneumonien (18,4%), die meisten beim Typus IV (31,2%). Bei weitem am häufigsten wurde als Mischinfektion der Influenzabazillus zusammen mit Pneumokokken nachgewiesen. Die Kombination mit hämolytischen Streptokokken war die nächsthäufige Mischinfektion. In Grippejahren gelangten die meisten Mischinfektionen zur Beobachtung. Vorausgehende Erkrankungen des Respirationstraktus gingen am häufigsten der Pneumoc.-Typus-III-Infektion (63,3%) unmittelbar voran.

Zwischen dem im Einzelfall nachgewiesenen Erregertypus und Ausdehnung des Erkrankungsherdes, sowie seiner Lokalisation bestehen keine Beziehungen, wenn auch Erkrankungen mehrerer Lungenlappen bei den weniger virulenten Erregergruppen (Typus I und IV) öfters anzutreffen sind als bei den Typen II und III. In einem Viertel aller Fälle von Pneumokokkenpneumonie ließ sich das Kreisen von Erregern im Blut nachweisen. Die Bakteriämie ist bei den virulenteren Typus-II- und -III-Infektionen viel häufiger, besonders beim Typus II waren in 40% positive Blutkulturen zu erzielen. Im klinischen Krankheitsbild waren keine für die Infektion mit bestimmten Typen charakteristische Unterschiede erkennbar. Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug 8,6—9,1 Tage, wobei Typus-III-Infektionen am längsten dauerten. Fast 50% aller Pneumonien zeigten eine kritische Beendigung des Fieberstadiums. Besonders häufig kritisierten Typus-I-Infektionen (56,6%), es folgten Typus II und IV mit 50 und 45%, denen sich Typus III mit 39% Krisen anreihte. Ohne spezifische Behandlung ergaben sich folgende Sterblichkeitsziffern: Typus I 20,7%, II 42%, III 41,6% und IV 29,2%. Die Mortalitätshäufigkeit steigt mit jedem Altersjahrzehnt wesentlich an (unter 20 Jahren 11,1%, über 60 Jahre 52,7%). Von dem Alter scheint im Grunde die Häufigkeit des tödlichen Ausganges bei den Pneumonien abzuhängen. Die niedrige Sterblichkeitsziffer der Typus-I-Infektion ist dadurch bedingt, daß sie vorwiegend jugendliche Individuen befällt, während die hohe Mortalität beim Typus III durch das überwiegende Vorkommen dieser Erregerart in höheren Lebensaltern zu erklären ist. Bei Kranken unter 30 Jahren stellt die Infektion mit dem Typus III keine besonders schwere Erkrankung dar. Prognostisch bedeutungsvoll ist der Nachweis der Bakteriämie (83% Mortalität bei Bakteriämie gegenüber 19% bei Kranken mit negativer Blutkultur). Mit zunehmender Zahl der erkrankten Lungenlappen verschlechterte sich die Prognose für alle 4 Typen außerordentlich (bei Befallensein eines Lungenlappens 20,9%, zweier Lappen 36,3%, dreier Lappen 40,8% und aller Lappen 65% Mortalität). Pneumokokkenkomplikationen zeigten sich beim Typus I doppelt so oft (12,1%) wie bei den drei übrigen Typen. Am häufigsten kam als Komplikation das Empyem (5,1% aller Fälle) zur Beobachtung. Bei Entwicklung während des akuten Stadiums ist das Empyem als
Komplikation viel ernster zu beurteilen als beim Auftreten nach de
Temperaturabfall.

**Spontaner Krankheitsverlauf bei 50 nicht spezifisch behandelte
Fällen von Morbus Basedow.** Zur Behandlung der Kranken wurc
nur folgendes Verfahren angewendet: 6 Wochen Bettruhe i
Hospital bei kalorienreicher Kost (3000 Kal.), Beseitigung etwa vo
handener septischer Herde im Rachen und in den Nasennebenhöhle
regelmäßige Gaben von Luminal als Hypnotikum und Medikati
kleinster Jodmengen. Nach der Entlassung aus dem Krankenhau
wurden 1½ Monate Landaufenthalt durchgeführt, nach deren Abla
die Kranken allmählich ihre regelmäßige Tätigkeit wieder au
nahmen. Nach Möglichkeit wurde versucht, Aufregungen de
Patienten fernzuhalten (Besserung der sozialen Lage, Famil.e
fürsorge). Mit der Jodmedikation wurde gewöhnlich erst na
Ablauf von 6 Wochen begonnen, nachdem bereits wesentlicl
Besserungsanzeichen in den meisten Fällen erkennbar waren. E
rascheres Fortschreiten der Besserung konnte durch dieses Med
kament nicht erzielt werden. Es ist bemerkenswert, daß über d
Hälfte der Kranken innerhalb eines halben Jahres wieder völl
berufsfähig wurden, wobei der Krankheitsstillstand etwa 4½ Jah
lang überwacht werden konnte. Die subjektiven Sympton
(Schwäche, Schlaflosigkeit, Herzklopfen), deren Intensität nicht de
Schwere der Erkrankung zu entsprechen braucht, wie sie a
Grund der Grundumsatzveränderung beurteilt werden muß, — die
subjektiven Erscheinungen gingen zwar in keinem Fall gänzli
zurück. Auch der feinschlägige Tremor, eine gewisse Pulslabilit
und ein gewisser Grad von Schilddrüsenschwellung waren bei de
Mehrzahl der Kranken noch nach Jahren nachzuweisen. Hingeg
sank die Grundumsatzsteigerung innerhalb von 12 Monaten z
Norm ab und hielt sich während der nächsten Jahre — von rasc
vorübergehenden Erhöhungen abgesehen — ständig auf demselbe
Niveau. Nur in einem Fall wurde im 4. Jahr ein nicht sehr au
gesprochenes Rezidiv beobachtet. Parallel der Verminderung de
Gasstoffwechselsteigerung gingen Gewichtszunahmen, meist erhel
lichen Umfanges. In mehreren Fällen wurden Schwangerschaft
und Geburten ohne Störungen und Zwischenfälle überstanden. V
den 19 Patienten, bei denen der spontane Krankheitsverlauf nic
verfolgt werden konnte, starben 6 an dem Grundleiden und
wurden spezifisch (Radiumtherapie) oder operativ behandelt. D
häufige Vorkommen von Krankheitsstillstand — trotz aufreibend
Berufsarbeit in der Großstadt und beim Fehlen „spezifischer" B
handlung — beweist die Notwendigkeit, der Beurteilung von Hei
erfolgen eines therapeutischen Verfahrens beim Morbus Basedo
Kontrollen in genügender Zahl zugrunde zu legen.

**Primärer Lungenkrebs mit besonderer Berücksichtigung d
Häufigkeit, der Diagnose und der Metastasenbildung im Zentra
nervensystem.** In Uebereinstimmung mit den aus den verschiede
sten Ländern Europas vorliegenden Ergebnissen wird auch in de
Vereinigten Staaten eine beträchtliche Zunahme der Lunge
karzinome beobachtet. Diese Zunahme ist nur eine Teilerscheinu
des in den meisten größeren Krebsstatistiken festgestellt
häufigeren Vorkommens der malignen Erkrankungen inner
Organe bei Zurücktreten der von der Körperoberfläche ausgehe
den bösartigen Geschwülste. Aller Wahrscheinlichkeit nach ist d
Krebs heutzutage nicht häufiger als vor einem Jahrhundert. D
Ansteigen der Krebshäufigkeit, insbesondere die Vermehrung d
Lungenkarzinome ist bedingt durch den Ausbau der diagnostisch
Methoden und den Fortschritt der ärztlichen Bildung, durch d
Besserung der sozialen Lage größerer Bevölkerungsschichten, d
ein häufigeres Aufsuchen der Krankenhäuser möglich macht u
endlich durch die allgemeinen Fortschritte auf dem Gebiet d
Hygiene und der prophylaktischen Medizin, die eine beträchtlic
Verlängerung der durchschnittlichen Lebensdauer des Mensch
nach sich ziehen. Die Diagnose des primären Lungenkrebses stüt
sich auf die klinischen Daten (Anamnese, Symptomatologie, phys
kalisch nachweisbare Veränderungen und Krankheitsverlauf) sow
die Ergebnisse der Laboratoriums-Untersuchungsmethoden (ba
teriologische Untersuchung des ausgehusteten Materials, Röntge
untersuchung, Lipiodolinjektion in die Trachea und Bronchoskopi
Im Verhältnis zur Menge des pathologisch veränderten Lunge
gewebes sind die mit physikalischen Methoden erkennbaren Ve
änderungen zumeist auffallend gering und lassen Umfang u
Schwere der vorliegnden Erkrankung nur selten erkennen. Na
der Symptomatologie sind verschiedene Verlaufsarten zu unte
scheiden (Vorwiegen allgemeiner Tumorsymptome, durch Met
stasen verursachte Störungen klinisch im Vordergrund, Erscheinung
eines raumbeengenden Prozesses im Brustinneren, Nachweis ein
Lungeninfiltration u. a. m.). Jedenfalls ist eine sofortige Stellu
der Diagnose nur in Ausnahmefällen möglich. Bei genauer Unte
suchung und längerer Beobachtung sind fast immer Zeichen ein
Lungenaffektion erkennbar, wenn sie auch klinisch gegenüb
Symptomen von seiten ganz anderer Organe zurücktreten. Wichti

. es, daß der primäre Lungenkrebs auffallend häufig zu metaatischer Erkrankung des Skelettsystems führt und daß eben bei r Erkennung von Knochenmetastasen der Primärtumor nicht sschließlich in der Prostata zu suchen ist. Das Vermögen der imären Lungenkrebse, so rasch und ausgiebig Metastasen zu tzen, ist zum Teil durch das rapide Fortschreiten der Erkrankung dem reichlich mit Blut- und Lymphgefäßen verorgten Lungenwebe zu erklären. Andere Faktoren (Zellart, Alter des Kranken, uer der Erkrankung) beeinflussen außerdem Umfang und Art der etastasenbildung. In einem überraschend hohen Prozentsatz mmt es bei den primären Lungenkrebsen zu einer metastatischen krankung des Nervensystems (40—60%), ein Beweis dafür, daß ebszellen — viel häufiger als bisher angenommen wurde — mit m Blutstrom verschleppt werden und nicht nur auf dem Lymphege fortgeschwemmt werden. Das Gehirn enthält — entsprechend r hämatogenen Aussaat — metastatische Knoten in allen seinen ilen, ohne daß ein bestimmter Organabschnitt bevorzugt wird. e häufige Einwanderung von den aus der Lunge stammenden schwulstzellen in das Gehirn — wie sie bei den Krebsen in deren Organen höchst selten vorkommt — wird durch das Fehlen ier Schranke zwischen Lunge und Gehirn ermöglicht. Der llenbolus eines beliebigen anderen Organes muß auf dem Wege m Gehirn das Filter der Lungenkapillaren durchwandern, das wie Sieb alle blutfremden Bestandteile zurückhält. Die Tumoremboli ren zu kleinen Infarkten im Lungengewebe, die späterhin organirt werden, wobei die Geschwulstzellen der Zerstörung anheimlen. Weiterhin stellt das Gehirngewebe chemisch einen günstigen hrboden für die aus der Lunge stammenden Geschwulstzellen r (beide Organe säurehaltig). Außerdem fördert die auszeichnete Blutversorgung des Gehirns das Wachstum metastatisch rschleppter Krebszellen besonders. Klinisch ist die maligne, etastatische Erkrankung des nervösen Zentralorgans von benderem Interesse, weil fast immer die von den Metastasen hergerufenen Störungen das klinische Bild beherrschen und weil h bisweilen die Frage ergibt, ob bei Nachweis einer solchen krankung mit Ueberwiegen der intrakraniellen Symptome ein rsuch angezeigt ist, auf chirurgischem Wege die Hirnläsion zu kämpfen. Biberfeld.

The Boston Medical and Surgical Journal.

Nr. 5, 4. August 1927.

Augenerkrankungen bei Diabetes. Unter 307 Diabetikern von bis 73 zeigten 67% keine Abnormalitäten der Retina; 15% retinale rteriosklerose ohne andere Veränderungen; 5% Retinitis (alle rteriosklerose); 10% Katarakt (davon ⅓ Arteriosklerose). Refraknsstörungen fanden sich bei 22 Kranken. Nur in zwei Fällen hanlte es sich um die punktierte Form der Retinitis. Gewöhnlich ndet man bei retinaler Arteriosklerose und bei Retinitis Hypernsion. Zwischen peripherer und retinaler Sklerose und zwischen ripherer Sklerose und Hypertension bestehen Beziehungen. Die etinitis bei Diabetes ist die der hypertensiven kardiovaskulorenalen rkrankung. Der Diabetes spielt dabei eine geringere Rolle: 207 tten normale Retinae, 91% normalen Blutdruck und 98% normale ierenfunktion. Und doch lag Diabetes vor. Bei 607 Fällen lag r in 4 Fällen Retinitis punctata vor. Es steht also in Frage, ob tarakt und Retinitis ausgesprochene Folge des Diabetes sind.

Endokrine Hypofunktion bei Ohrkrankheiten. Die Dysfunktion r Thyreoidea schafft manches unklare Krankheitsbild. Besserung folgt entweder durch chemische Ausbalancierung der inneren Sekreonen oder durch das Zentralnervensystem. So erklärt sich auch die ypofunktion, die man mehr nach Kummer, Krankheit und ähnlichem eht, als spontan auftretend. Hierbei sind die Zeichen des Hypoyreoidismus im Hintergrunde. Nun haben die inneren Drüsen auf e körperliche und geistige Gesundheit einen mächtigen Einfluß. Das oderne Leben kann, wenn es lange genug einwirkt, eine Imbalanz r Drüsen hervorrufen. Auch die Hinfälligkeit Infektionen gegenber im modernen Leben spielt dabei eine Rolle. Ferner ist die amilienanamnese und die Konstitution dabei zu berücksichtigen. sychisch und physisch findet man Hypothyreoidismus und Senilität Alter oft. Und gerade hier, aber auch bei Kindern sind die tenten Formen der Hypothyreoidie häufiger als man annimmt. Und solchen Fällen ist innere Drüsentherapie angezeigt, aber nur, wenn e länger fortgesetzt wird. Man muß sich dabei klar machen, daß er Tonika nur den Appetit vermehren, aber nur von zweifelhaftem Vert sonst sind. v. Schnizer.

Nr. 6, 11. August 1927.

Diagnose und Behandlung der akuten chirurgischen Läsionen des oberen Abdomens. Wichtig für die Diagnose ist das Einsetzen, der Charakter, die Lokalisation und Ausstrahlung des Schmerzes. Ferner die Lage des Patienten, die Respiration, die Anamnese. Die Lendenmuskulatur ist bei einem retrokökalen Appendix oft empfindlich und spastisch. Auch die rektale Untersuchung wird oft vernachlässigt. Nie darf die Allgemeinuntersuchung vergessen werden: eine akute Tonsillitis ist schon zur Appendektomie bereit gewesen. Bei akuter Appendizitis ist für den Ernst der Lage die Blutuntersuchung wichtig. Wenn der Prozentsatz der Polymorphonukleären 70 oder darunter ist, so kann man einen suppurativen oder gangränösen Prozeß ausschließen, die Operation verschieben. Ueber 80 liegt eine gefährliche Situation vor, die sofortige Behandlung erfordert. Dieser Unterlassung war es in einem Falle zuzuschreiben, daß Typhus für eine Appendizitis gehalten wurde. Die Leukozytosis und die Zunahme des Prozentsatzes der Polynukleären, namentlich bei Extrauterinschwangerschaften der beste Index für die Ausdehnung frischer Blutungen in die Bauchhöhle: rapides Steigen auf 20 000 bis 40 000 und über 90%. Bei zweifelhaften Beckenzuständen stets auf Gonokokken untersuchen. Nie bei akuten Leibschmerzen, solange ein chirurgischer Zustand nicht ausgeschlossen ist. Abführmittel: die vermehrte Peristaltik verbreitet die Infektion und verhindert Verklebungen. Auch Einläufe können Adhäsionen zerreißen und damit die Infektion verbreiten. Bei Perforationen sind sie direkt gefährlich.

Die akute Appendizitis ist vielleicht die häufigste Erkrankung des Abdomens; neuerdings steigt nach manchen Autoren wieder an. Schuld daran sind gewisse Schwierigkeiten in der Diagnose durch falsche Deutung mancher abweichenden Symptome. Die Operation wird meist verzögert, weil die Schmerzen so leicht sind, daß sie die Beschäftigung nicht unterbrechen bis die Perforation da ist. Oder sie kommen in langen Intervallen, und physikalische Zeichen fehlen. Oder der Appendix liegt retrokökal oder im Becken. Oft fehlen Schmerzen, Empfindlichkeit oder Spasmus kurz vor der Peritonitis in perforierten Fällen. Oft wird eine akute Indigestion statt der Appendizitis diagnostiziert. Häufig, namentlich bei Kindern, wird sie auch neben anderen Krankheiten des Ohrs, der Mandeln, des Respirationstraktes und bei Infektionen akuter Art übersehen, weil dabei Bauchschmerzen etwas gewöhnliches sind. Auch können Schmerzen völlig fehlen. Selbst bei gangränösen Fällen können Puls und Temperatur normal sein, Spasmus und Empfindlichkeit fehlen. Pyelitis kommt mehr bei Frauen und Kindern vor; Anamnese: Brennen beim Harnlassen und Fröste; im Urin Eiter. Sie kann neben der Appendizitis bestehen. Steinschmerzen beginnen in der Lende und strahlen in die Blase und in die Schenkel aus, was gelegentlich auch bei akuter Appendizitis vorkommt. Rote Blutkörperchen im Harn, Empfindlichkeit im Verlauf der Ureter. Bei Kindern kann die Differentialdiagnose zwischen Pneumonie und perforiertem Appendix, solange nicht eine akute Peritonitis ausgesprochen ist, recht schwer sein.

Außer Extrauterinschwangerschaft und Ovarialzysten mit gedrehtem Stil kommen noch die seltenen Perforationen des Ileum, Kökum und Sigmoid in Betracht; letztere sind meist tuberkulös oder karzinomatös, tuberkulös oder typhös dagegen die des Ileum. Bei Mesenterialthrombose, die selten und gewöhnlich fatal ist, tritt im Beginn ein heftigster paroxysmaler Schmerz auf, Nausea, Erbrechen, Prostration; auch im Erbrochenen Blut; oft blutige Stühle; abdominale Rigidität und Empfindlichkeit. Ursache Arteriosklerose, Herzklappenerkrankung, Stasis des Portalkreislaufs, Infektion des Appendix und der Beckenorgane. Die Pneumokokkenperitonitis kommt meist bei Mädchen vor nach Lobärpneumonie; hier steht die Toxämie vor den typischen Abdominalsymptomen; die Muskelrigidität braucht nicht ausgesprochen zu sein. v. Schnizer.

Nr. 7, 18. August 1927.

Die obstruierende Prostata. Nicht die Mortalität der Prostatektomien, sondern der obstruierenden Prostata ist zu fürchten. D. h., wenn man die Fälle richtig auswählt, wird man eine geringere Mortalität erzielen. Man darf nicht warten, bis alle die schädigenden Komplikationen da sind: Arteriosklerose, Herzfehler, Nephritis mit Urämie, Diabetes, Zystitis, Pyelitis; man soll nicht zu viel mit

Katheter und Antiseptizis arbeiten. Die prophylaktische Prostatektomie ist das Sicherste und gibt die besten Aussichten. Besonders wichtig ist in Fällen mit Komplikationen die prä- und postoperative Behandlung. Zunächst Drainage der Blase, bis sich ihre Verhältnisse der Norm nähern. Dann die Wahl des Anästhetikums je nach der Komplikation. Sodann die Beseitigung der gewöhnlichen Depression, nach der Operation Irrigationen der Blase zur Erhöhung ihrer Elastizität. Beschreibung drei verschiedener Fälle.

Subfasziale Hämorrhagie des Oberschenkels. Bei Traumen des Oberschenkels kann es auch, wenn die äußeren Schädigungen leicht sind; nicht so selten zu Gefäßzerreißungen kommen mit schweren und fatalen Blutungen, an die die lokalen Erscheinungen nicht denken lassen. Deshalb ist in solchen Fällen Puls und Respiration eingehend zu überwachen. Auch tritt kurze Zeit nachher Schock auf. In solchen Fällen bei Empfindlichkeit und Spannung empfiehlt sich frühzeitiges exploratives Eingehen. v. Schnizer.

Nr. 8, 22. August 1927.

* Chronische Benzolvergiftung. F. T. Hunter und S. S. Hanflig.
Erfolge von periarterieller Sympathektomie bei Zirkulationserkrankungen der Extremitäten. Arthur W. Allen.
* Röntgendiagnose des Appendixabszesses. Max Rilvo.

Benzolvergiftung. An der Hand von 6 Fällen wird ausgeführt, daß die industrielle Vergiftung gewöhnlich durch Einatmung der Dämpfe erfolgt; es kommt zu Destruktion der zirkulierenden Blutkörperchen und Verhinderung der Bildung neuer im Knochenmark und den blutbildenden Geweben. Ersteres ist am meisten geschädigt. Nächste Folge Abnahme der weißen Blutkörperchen, besonders der polynukleären. Auch die Blutplättchen werden weniger und dadurch kommt es zu Blutungen und Purpura. Bei längerer Dauer der Exposition kommt es dann zu einer aplastischen Anämie. Ihr Charakteristikum, die geringe Veränderung in der Form und die Achromie der roten Blutkörperchen ist schon früh ein wichtiges diagnostisches Zeichen. Drei von den Fällen hatten hohe Temperaturen; da die Leukozytenverteidigung brach liegt, so ist die Verhütung von interkurren Infektionen sehr wichtig. Sepsis kann ohne die gewöhnlichen Manifestationen verlaufen. Prognostisch wichtig ist, daß in den fatalen Fällen die Leukozytenzahl unter 1000 fiel. Ueber der 1000 ist die Prognose besser. In keinem Falle war die Milz palbabel (Unterscheidung von der idiopathischen Purpura hämorrhagica und der aleukämischen Leukämie. Selbstverständlich kann aber bei der chronischen Benzolvergiftung eine Milzvergrößerung vorkommen in einem Falle, der hier nicht berichtet, bei einem rheumatischen Herzfehler. Außer Bluttransfusionen kommen Verhütung von Infektionen und Mundreinigung, ultraviolettes Licht in Frage.

Röntgendiagnose des Appendixabszesses. Typische Zeichen: Verlagerung des Zökums, des Colon ascendens und treminalen Ileums je nach Lage und Größe des Abszesses, Fixation des terminalen Ileums und Zökums, Empfindlichkeit über dem Abszeß.

Nr. 9, 1. September 1927.

* Diagnose und Behandlung der akuten und chronischen nichttuberkulösen Lungenläsionen. Frederic T. Lord.
* Radiographische Abnormitäten der Ileocöcalregion. Edward S. Emery und Robert T. Monroe.
Syphilis unter den Negern im Süden. James E. Paulin, Hal M. Davison und R. Hugh Wood.
* Grundstoffwechsel bei chronischer Arthritis. Loring T. Ewaim und Louis M. Spear.

Diagnose und Behandlung der akuten und chronischen nichttuberkulösen Lungenläsionen. Ein nichttuberkulöser suppurativer Prozeß auf der Lunge liegt gewöhnlich bei Husten, faulem purulentem Sputum vor. Explosive Expektoration kommt nur bei 10% der Fälle vor und zeigt eine Ruptur des Lungenabszesses oder Entleerung eines Empyems oder eines subdiaphragmatischen Abszesses durch die Lunge an. Selten liegt ein beträchtliches Intervall zwischen Bildung des Lungenabszesses und dem Auftreten des Hustens und der Expektoration. Inspektion des Expektorierten läßt Aktinomyzes, Tumorreste usw. unterscheiden. Zweckmäßig ist eine stehende und liegende Röntgenaufnahme wegen des Flüssigkeitssiegels. Wichtig ist nun die Bronchialokklusion als Teilerscheinung dieses Prozesses. Die häufigsten Ursachen der Bronchostenose sind Fremdkörper, Bronchialtumor, Granulationsgewebe oder Narben nach einem entzündlichen Prozeß. Die beste Auskunft über einen inhalierten Fremdkörper oder einen Bronchialtumor gibt die Anamnese. Suggestiv ist ferner das Einsetzen der Symptome nach einer Operation, einer Zahnextraktion oder nach Bewußtlosigkeit. Initiale Symptome paroxysmaler Husten, Dyspnoe, Zyanose, Erstickungsgefühl nach einem latenten Intervall und Wiederkehr des Hustens mit allmählich zunehmendem purulentem Sputum. Die initialen Symptome werden aber oft übersehen und vergessen; ihr Fehlen schließt einen Fremdkörper nicht aus. Beim Bronchialtumor ist Husten ohne Expektoration die erste Erscheinung; Expektoration tritt erst später auf, ist zuerst mukös, dann mikopurulent und mit Blutstreifen oder blutig. Ist d[er] affizierte Bronchus groß, so tritt die Dyspnoe früh auf. Schmerz[en] stehen selten im Vordergrund, Fieber besteht in der Hälfte der Fäll[e]. Gewöhnlich findet man bei Fremdkörper, Tumor, Granulationsgewe[be] oder Narben Atelektase, Verlagerung des Herzens nach der affiziert[en] Seite hin und dort verengte Interkostalräume. Typisch ist bei[m] Röntgen der Dreieckschatten mit der Spitze nach dem Hilus hi[n]. Diagnose erleichtert Bronchoskopie und die Anwendung von Lipiod[ol]. Etwa 75% sterben, 15% zeigen dauernde Suppuration und 10[%] heilen völlig. Und zwar unter Ruhe und Drainage durch die Lag[e]. Je geringer die Sepsis und je kleiner die Veränderung ist, um [so] besser sind die Aussichten; aber dies ist trotzdem sehr individue[ll]. Die Behandlung muß lange fortgesetzt werden, die längste Dau[er] betrug 6 Monate. Natürlich liegt in solchen Fällen, wo die chiru[r]gische Behandlung in Hintergrund treten muß, die Gefahr einer Au[s]breitung in entfernte Lungenteile, von Gehirnabszeß, Empyem, Sep[ti]kämie und fataler Hämoptyse nahe. Die chirurgischen Aussichte[n] nehmen mit der Zeit immer mehr ab, jedoch ist die Mortalität, wen[n] rechtzeitig operiert, wesentlich geringer.

Radiographische Anomalien in der Ileozökalregion. Tuberkulo[se] und Karzinom sind die häufigsten Erkrankungen der Ileozökalregio[n]. Röntgenologisch kann man dort Deformität und Reizbarkeit fes[t]stellen. Die klinische Diagnose der intestinalen Tuberkulose beru[ht] auf dem Vorliegen von Tuberkulose sonstwo im Körper, gewöhnlic[h] in den Lungen; die Anamnese ergibt intestinale Störungen, gewöh[n]lich Diarrhoe, Blut und Bazillen im Stuhl, aber beides ist inkonsta[nt] und die Bazillen können auch von verschlucktem Sputum komme[n]. Sie können auch bei tuberkulösen Ulzeris fehlen. Noch schwierige[r] ist die Situation bei ruhender Tuberkulose. Und doch ist die Früh[-]diagnose sehr wichtig. Aufschluß gibt nun das Röntgenbild von de[r] dritten bis zur zehnten Stunde nach einem Bariummahl: allgemein Hypermotilität mit völliger oder nahezu völliger Entleerung de[s] Kolon in 24 Stunden; wenn das Zökum, das Colon aszendens ode[r] die hepatische Flexur kein Barium zurückhält oder Spasmen ode[r] Füllungsdefekte vorliegen; Segmentationen mit und ohne Dilatatio[n], ileale Stase, gastrische Retention sind die während dieser Zeit au[f]fallenden Punkte. Liegt eine Lungentuberkulose vor, so kann ma[n] auf Grund dieses Befundes eine tuberkulöse Ulzeration annehme[n]. Die Verfasser haben nun 21 Fälle der Art nachgeprüft und komme[n] zu dem Schlusse, daß vor der Stellung der Diagnose die Feststellun[g] der Lungentuberkulose wichtig ist. Nun kommen aber auch Fäll[e] vor, bei denen eine Reizbarkeit vorliegt und Tuberkulose aus[-]zuschließen ist. Hier ist ein Reflex verantwortlich zu machen. Ei[n] solcher besteht zwischen der Zökal- und Pylorusregion; Duodenal[-]ulkus und Gallenblasenerkrankung können gelegentlich Schmerze[n] im rechten unteren Quadranten machen. Nicht selten werden des[-]wegen Appendektomien unternommen. Ganz klar sind diese Ver[-]hältnisse noch nicht.

Grundstoffwechsel bei chronischer Arthritis. Bei 39% vo[n] 200 Fällen lag ein abnormer Stoffwechsel vor. Darauf hatte abe[r] anscheinend das Alter, die Dauer und Aktivität der Krankheit keine[n] großen Einfluß. Bei den infektiösen Formen schien die Plusrat[e] vorzuherrschen, bei den atrophischen, besonders den hyper[-]trophischen Formen, die Minusrate. Da manche Fälle mit erhöhte[m] Stoffwechsel aber sehr erratischem und unstabilem Ergebnis au[f] Thyreoidea sich besserten, schließen die Verfasser, daß die An[-]wendung von Thyreoideapräparaten indiziert ist. v. Schnizer.

Buchbesprechungen.

Dr. Carl Haeberlin, Arzt in Bad Nauheim: **Grundlinien de[r] Psychoanalyse.** — 2. durchgesehene und vermehrte Auflage. Verla[g] Gmelin, München. Preis geh. 4,— M. — Das Werk des geschätzte[n] Nauheimer Badearztes liegt bereits in 2. vermehrter Auflage vor, ei[n] Zeichen für die Würdigung, die es gefunden hat. Es liefert in über[-]sichtlicher Darstellung und handlicher Form eine Einführung in di[e] Lehre Freuds, sine ira et studio, was nicht allen gleichartige[n] Werken nachgesagt werden kann. Der Vorzug besteht im wesent[-]lichen darin, daß bei aller Kürze das gesamte ausgedehnte Gebiet der Psychoanalyse ausgezeichnet verständlich gemacht wird und das Buch daher besonders für den Nichtfacharzt, aber auch für den ge[-]bildeten Laien wertvoll macht. Wichtig ist auch der Hinweis und Vergleich mit den Lehren Adlers und Jungs, der ehemaligen Schüler Freuds, über die in Aerzte- und Laienkreisen vielfach Unklarheiten herrschen. Was ein wenig zu kurz kommt, ist der Begriff des Ueber-Ichs oder Ich-Ideals, der als hochwichtiger ethischer Faktor eine größere Rolle spielt, als Verfasser ihm zuerkennt, wenn er es als die Tragik Freuds empfindet, daß er nur den Trieb sehe und nicht die Sehnsucht nach Höchstem. Haber.

Therapeutische Mitteilungen.

(Aus der inneren Abteilung des Hufeland-Hospitals Berlin.
Aerztl. Direktor: Dr. C. Winter.)

Ueber das leicht verträgliche Salizylsäure-Präparat „Agit".

Von
Oberarzt Dr. SYRING, Berlin.

Nachdem bereits mehrfach die gute Wirkung des Präparates Agit der Firma Chem. Fabrik v. Heyden, A.-G., eines Kombinationspräparates von Azetylsalizylsäure mit Calc. salicylat und Calc. lactat hervorgehoben wurde, die als verstärkte Azetylsalizylsäure- in Kombination mit Kalz.-Wirkung beschrieben wird (Bürger, Bachem, Jehle, Sucher), haben wir das Agit zunächst in Fällen von Schnupfen, Katarrhen, grippösen Erkrankungen und schließlich auch bei chronischem Gelenkrheumatismus, wo gewöhnlich lange Zeit hindurch Salizylpräparate gegeben werden müssen, erprobt. Wir haben hierbei auch besonders unser Augenmerk auf die Verträglichkeit des Präparates gerichtet. In den erstgenannten Indikationen bewährte sich Agit in der gleichen Weise wie Azetylin. In den Fällen von Gelenkrheumatismus wurden den Patienten 2 bis 4 Monate lang hintereinander täglich 5—9 Agit-Dragées gegeben. Während dieser Zeit haben sich keinerlei unangenehme Nebenwirkungen eingestellt, insbesondere sind keine Störungen der Magenfunktion aufgetreten, wie dieses sonst bei Salizylpräparaten so häufig vorkommt. Ferner hat sich ergeben, daß die Dosierung nur eine relativ geringe zu sein braucht. Die gereichten 5—9 Dragées wurden anstelle von 2—4 Azetylsalizylsäure-Tabletten gegeben und bewirkten dieselbe Schmerzstillung. Der Salizylgehalt von 3 Agit-Dragées entspricht etwa dem von 0,5 Azetylsalizylsäure.

Das Agit hat also einen besonderen Vorzug nicht allein in der Verstärkung der Salizylwirkung, sondern ermöglicht bei Chronischkranken die Durchführung einer Therapie mit Salizylpräparaten für sehr lange Dauer, ohne den Magen zu schädigen.

Aus dem Hospital Buch der Stadt Berlin (Aerztlicher Direktor: Dr. O. Maas).

Klinische Erfahrungen mit Jodprotasin bei Metalues und Arteriosklerose.

Von
ERNST LEVINGER und CLEMENS EICKHOFF*).

Das von den Tropon-Werken in den Handel gebrachte Jodprotasin stellt ein Milchproteinpräparat mit einem Gehalt von 4% Jod in organischer Form dar. Bachem, der es nach Angabe der Fabrik im Tierversuch prüfte, hat nach subkutaner und intravenöser Injektion von größeren Jodprotasin-Dosen (5 ccm beim Kaninchen von 1400 g) stets nur organisches Jod im Urin nachweisen können.

Wir haben in der letzten Zeit Jodprotasin, unserem Krankenmaterial entsprechend, in der Hauptsache bei zwei Erkrankungsgruppen in Anwendung gebracht: bei metaluetischen Prozessen, insbesondere bei Tabes dorsalis, luetischen Apoplexien und tertiärer Lues, ferner bei Arteriosklerose. Die guten Erfolge veranlassen uns, im folgenden über unsere Erfahrungen zu berichten:

Zunächst einige pharmakologische Bemerkungen:

In die Syphilistherapie wurde Jod in Form von Jodkalium 1836 von dem irischen Arzt Wallace eingeführt und besonders im sekundären und tertiären Stadium angewendet. Durch Untersuchungen von O. Löb, Jacobi und Van den Velden wurde nachgewiesen, daß im erkrankten Gewebe zwei- bis dreimal so viel Jod zurückgehalten wird wie im gesunden. Dadurch erklärt sich vielleicht die günstige Wirkung des Jods auf luetische Prozesse.

Auch bei Arteriosklerose verwendet man mit Vorliebe Jodalkalien und macht die osmotischen Wirkungen bei der Umsetzung des Jodkaliums mit dem Chlornatrium zu Jodnatrium und Chlorkalium für den Erfolg verantwortlich. Müller und Inada erklären die Wirkungsweise so, daß das Jod die Viskosität des Blutes herabsetzt und die Kapillaren infolgedessen besser durchblutet werden.

Französische Forscher sprechen den Jodiden eine besonders gefäßerweiternde Wirkung zu. Es wird auch vermutet, daß das Jod zur Synthese von Jodothyrin benützt wird und daher auf Zirkulation und Stoffwechsel einwirkt. Man sieht also, daß die Wirkungsweise des Jod trotz seiner langen therapeutischen Anwendung in ihrer letzten Ursache auch heute noch nicht mit Sicherheit geklärt ist.

Durch die Kombination des Milchproteinpräparates Protasin mit einer organischen Jodverbindung ist ein neuer Faktor in der Wirkungsweise herbeigeführt worden. Ueber Proteinkörpertherapie ist in den letzten Jahren so viel geschrieben worden, daß an dieser Stelle von einer näheren Erörterung der verschiedenen Theorien Abstand genommen wird. Es sei nur erinnert an die Müllersche Auffassung, die in der erhöhten Durchlässigkeit der Gefäße und vermehrten Transsudation die Wirkung erblickt, an Abderhalden, der von der Steigerung der spezifischen Abwehrfermente spricht, an Weichardt und Schittenhelm, die eine omnizelluläre Leistungssteigerung oder Protoplasma-Aktivierung annehmen, sowie an Gottlieb und Freund, die die erhöhte Reizbarkeit des vegetativen Systems unter Zustandekommen einer Wechselwirkung von Vagus und Sympathikus verantwortlich machen; letztere Theorie vertritt auch G. Klemperer. Glaser erblickt in der Proteinkörper-Wirkung den Ausdruck eines vagotonischen Reflexes.

Hinsichtlich der Wirkungsweise bei Arteriosklerose sei darauf hingewiesen, daß nach Kylin durch parenterale Milchzufuhr erhöhter Blutdruck herabgesetzt werden kann. Mit Bezug auf Hülse's Theorie, daß die Kontraktion der kleinsten Arterien (Präkapillaren) nicht auf Vermehrung des Adrenalins, sondern auf Substanzen im Blute zurückzuführen ist, welche die Gefäßwände dem Adrenalin gegenüber sensibilisieren (Cholesterin nach Westphal), denkt Rusznyak daran, daß durch Proteinkörper diese Sensibilisierung vernichtet oder unschädlich gemacht wird. Bekannt ist auch die günstige Beeinflussung der Migräne, die ebenfalls auf eine vasomotorische Uebererregbarkeit zurückgeführt wird, durch Peptonlösung (Kerpola).

Bei Metalues wandte man schon lange vor der eigentlichen Proteinkörpertherapie Eiweißpräparate an. Vor mehr als 20 Jahren haben schon Donath in Budapest und später auch Fischer bei progressiver Paralyse Natrium nucleinicum verabreicht. Schmidt hat mit Erfolg Natrium nucleinicum zusammen mit spezifischen Mitteln gegeben. In den letzten Jahren hat sich besonders Dreyfus für eine Kombinationstherapie eingesetzt (Reizkörper in Kombination mit spezifischen Mitteln).

Wir haben Jodprotasin bisher in 30 Fällen von metaluetischen Erkrankungen sowie bei arteriosklerotischen Beschwerden in Anwendung gebracht und verabreichten durchschnittlich 20 Injektionen der Originalpackung des Präparates zu 2.5 ccm intramuskulär im Abstand von 2 Tagen. Jede Ampulle des Präparates enthält 0,1 g Jod. Bei einer Reihe vorgeschrittener Fälle von Tabes dorsalis wurden die lancinierenden Schmerzen und gastrischen Krisen bereits nach 4—5 Injektionen wesentlich gebessert, und im Verlaufe der weiteren Behandlung wurden die Patienten so gut wie beschwerdefrei. Es ist zwar geläufig, daß sich die lancinierenden Schmerzen auch durch gewöhnliche Antineuralgica schon häufig beseitigen lassen; jedoch ist diese Schmerzbeseitigung nur eine vorübergehende, während bei unseren Patienten schon über 6 Monate verstrichen sind, ohne daß sich Beschwerden in stärkerem Maße wieder bemerkbar gemacht hätten. Die bestehende Ataxie wurde durch die Behandlung allerdings kaum beeinflußt; ebenso wurde bei luetischen Hemiplegien kein wesentlicher Erfolg erzielt. Bei einer Patientin mit Optikus-Beteiligung trat durch das Präparat keine Verschlechterung ein, wie es bei Malaria-Behandlung bisweilen vorkommt.

Wir wollen nun aus unserem Material einen durch die Behandlung besonders gut beeinflußten Fall herausgreifen. W. P., 77 Jahre alt, leidet häufig an gastrischen Krisen und lanzinierenden Schmerzen. Im Januar 1927 erlitt sie eine Spontanfraktur des Unterschenkels mit starker Dislokation. Nach Reposition und Anlegung eines Stärkeverbandes wurden 20 intramuskuläre Jodprotasin-Injektionen verabreicht. Die anfangs noch sehr häufig auftretenden

*) Einen Teil der zugrundeliegenden Untersuchungen hat auch Frl. Dr. Hülsmann ausgeführt.

lanzinierenden Beschwerden ließen bald nach Beginn der Kur nach und die Fraktur, die bei Tabikern an sich schon schlecht heilt, und besonders im vorgeschrittenen Alter nur sehr geringe Heilungstendenz zeigt, wurde in verhältnismäßig kurzer Zeit (8 Wochen) völlig konsolidiert. Der Fuß ist jetzt ebenso beweglich wie vor der Fraktur. Gastrische Krisen, lanzinierende Schmerzen sind noch nicht wieder aufgetreten, Pat. hat an Gewicht zugenommen.

Auch bei gummösen Prozessen haben sich gute Erfolge gezeigt. Bei einer Patientin mit positiver Wassermannscher Reaktion waren nach 20 Injektionen Jodprotasin die Ulzera fast geschwunden, die Wassermannsche Reaktion aber noch zweifelhaft. Nach weiteren 15 Injektionen waren die Hauterscheinungen vollständig abgeklungen und die Wassermannsche Reaktion im Blute negativ geworden. Auch in einem weiteren Falle von tertiärer Lues trat nach Jodprotasin eine negative Wassermannsche Reaktion ein. Wenn auch zwei Fälle in dieser Hinsicht nichts Sicheres sagen, so erwähnen wir diese doch deshalb, damit bei Nachuntersuchungen darauf geachtet wird, inwieweit durch eine verhältnismäßig geringe Jodmenge unter Beihilfe eines Proteinkörperpräparates eine Blutsanierung zu erzielen ist, und ob evtl. durch Proteinkörper eine Potenzierung der Jodwirkung hervorgerufen werden kann.

Ferner haben wir das Präparat bei Arthritiden auf luetischer Basis angewandt. Hier war die Wirkung besonders auffallend. Ein Patient konnte vor der Behandlung weder gehen noch stehen. Jodkali war in größerer Menge ohne Erfolg gegeben. Nach den ersten 15 Injektionen waren die Schmerzen geschwunden, nach der zweiten Kur eine klinische Heilung eingetreten, und der Patient, der infolge seiner fast völligen Hilflosigkeit früher mürrisch und unzufrieden war, ist wieder lebensfreudig, da er nicht mehr in allem auf fremde Hilfe angewiesen ist.

Die zweite Gruppe, bei der das Präparat verwendet wurde, war die Arteriosklerose, und es trat auch hier nach 15—20 Injektionen eine weitgehende Besserung von Kopfschmerzen und Schwindelgefühl ein. Trotzdem in einer Reihe von Fällen erhöhter Blutdruck (bis zu 200 mm Hg.) und arteriosklerotische Schrumpfniere bestand, wurde das Präparat stets gut vertragen. Der Blutdruck selbst wurde nicht nennenswert beeinflußt. Die Besserung hält auch nach Beendigung der Kur seit einigen Monaten an.

In keinem der Fälle traten während der Behandlung unangenehme Nebenerscheinungen auf, auch wurden niemals krankhafte Bestandteile im Urin gefunden. Temperatursteigerungen wurden nicht beobachtet, das Allgemeinbefinden wurde stets günstig beeinflußt.

Zusammenfassend können wir also sagen: Jodprotasin hat sich bei Tabes dorsalis sehr gut bewährt. Es wirkt besonders günstig auf die lanzinierenden Schmerzen und gastrischen Krisen. Weiter findet das Mittel mit Erfolg Anwendung bei gummösen Prozessen und luetischen Arthritiden, sowie bei arteriosklerotischen Beschwerden. Bei letzteren bessert es Kopfschmerzen und Schwindelgefühl in erheblichem Grade, besonders auch in Fällen, in denen sich andere Jodpräparate als unwirksam erwiesen haben. Hervorzuheben ist die günstige Einwirkung auf das Allgemeinbefinden und das Ausbleiben unangenehmer Nebenwirkungen. Bei der Anwendung hat es den Vorteil der intramuskulären Applikationsmöglichkeit an Stelle der intravenösen.

Benutzte Literatur:

Dreyfus: Spezifische und unspezifische Tabes-Therapie. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1925, Bd. 84.
Hülse: Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin 1924.
G. Klemperer: Berliner Med. Gesellschaft 1926, 16. Juni.
Kauders und Stransky: Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der unspezifischen Reiztherapie auf die periphere Nervenfaser. Klin. Wochenschrift 1926.
Kerpola: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1926.
Kylin: Münchner Mediz. Wochenschrift 1925, 41.
Müller: Wiener Klin. Wochenschrift 1917. Deutsche med. Wochenschrift 1918.
Rusznyak und Korany: Ueber den Wirkungsmechanismen der Proteinkörpertherapie. Klin. Wochenschrift 1927, 28.
Weichardt und Schittenhelm: Deutsche med. Wochenschrift 1920 und 1921. Münchner med. Wochenschrift 1918 und 1920.
Westphal: Zeitschrift für die gesamte experim. Medizin 1925.
Wolff-Eisner: Klinische Wochenschrift 1927, Nr. 12.
Zimmer: Handbuch der experiment. Therapie, Serum- und Chemo-Therapie 1926.
Dreyfus, Hanau, Schmidt: Jahresversammlung Gesellschaft deutscher Nervenärzte in Düsseldorf 1926.

(Aus dem Mommsen-Sanatorium Berlin-Charlottenburg.)

Zur Behandlung der Dysmenorrhoe.

Von
Dr. O. PLÜMECKE, Frauenarzt, Berlin.

Schmerzliche Begleiterscheinungen der Menstruation, die — oft verbunden mit Uebelkeit und Erbrechen — in manchen Fällen sogar Bettruhe erfordern, zwingen viele Frauen in die Sprechstunde des Gynäkologen. Leider ist man nicht immer in der Lage, objektiv die Ursache dieser Beschwerden festzustellen und dadurch einen aussichtsreichen Weg zur Bekämpfung des Leidens zu finden. Es stehen zwar für solche Fälle nervöser Dysmenorrhoe, bei denen kein pathologischer Befund zu erheben ist, eine ganze Reihe von Mitteln zur Verfügung, die aber leider nicht immer den erhofften Erfolg zeitigen. In einem derartigen Falle entschloß ich mich, das ja schon seit Jahren bekannte und früher schon von mir angewandte Amasira der Firma A. Locher, Stuttgart, wieder einmal zu versuchen. Der prompte Erfolg veranlaßte mich, das Mittel in der Klinik einer genauen und umfangreichen Prüfung zu unterziehen. Die genannte Firma stellte mir für diesen Zweck auf meinen Wunsch die erforderliche Versuchsmenge des Präparates in entgegenkommender Weise zur Verfügung. Ich gab das Mittel zunächst nur solchen Patientinnen, bei denen keine pathologischen Veränderungen des Genitale vorlagen, die aber unter heftigsten Schmerzen teils vor, teils während der Periode zu leiden hatten. Von den guten Erfolgen überrascht, ging ich einen Schritt weiter und wandte Amasira auch in den Fällen an, bei denen pathologische Genitalbefunde zu erheben waren, die als Ursache der dysmenorrhoischen Beschwerden angesprochen werden mußten. Auch hier war die Wirkung durchaus zufriedenstellend, so daß ich nunmehr auch einen Versuch bei solchen Patientinnen machte, die wegen Erkrankung des Genitale operiert waren und post operationem über Beschwerden bei der Regel klagten. Bei fast allen diesen Fällen wurden ausgezeichnete Erfolge erzielt.

Folgende Auszüge aus den entsprechenden Krankengeschichten mögen einen Ueberblick über die mit Amasira angestellten Versuche geben und die ausgezeichneten Wirkungen zeigen, die mit dem Präparat erreicht wurden.

1. Frl. L. N. Dauernde Schmerzen während der ganzen Periode, so daß arbeitsunfähig. Nach zweimal zwei Tassen Amasira ließen die Beschwerden am zweiten Tage nach, nach weiteren zwei Tassen fühlte Pat. sich sehr wohl.

2. Fr. Sch., geb. 1892. Wegen Appendizitis operiert, Genitale o. B. Stets große Schmerzen bei der Periode. Zweimal zwei Tassen Amarisa, bedeutende Besserung, nochmals 2 Tassen, keine Schmerzen mehr.

3. Fr. T., geb. 1896. Mastdarmfistel, Genitale o. B., immer sehr heftige Schmerzen, besonders vor Eintritt der Periode. Zwei Tassen abends vor Beginn der Menses, nach Beginn nochmals zwei Tassen; überhaupt keine nennenswerten Beschwerden.

4. Frl. M., geb. 1885. Hämorrhoiden, Genitale o. B. Klagt immer über Verdauungsbeschwerden — nur auf Abführmittel sehr schwerer Stuhl — und heftige Schmerzen bei der Periode. Zweimal zwei Tassen in 2 Stunden, fast keine Beschwerden, schmerzlose gute Verdauung.

5. Frl. K., geb. 1900. Appendizitis, Genitale o. B., mußte während der Menses liegen, sehr starke Schmerzen, schwerer Stuhl nur auf künstliche Mittel. Zwei Tage lang dreimal zwei Tassen. Schmerzen verschwanden ganz, glänzende schmerzlose Verdauung.

6. Fr. H., geb. 1893. Appendizitis, Genitale o. B. Starke krampfhafte Schmerzen zu beiden Seiten des Unterleibs bei Eintritt der Periode. Nach zweimal zwei Tassen Amarisa kaum nennenswertes Stechen in der rechten Seite, am zweiten Tage völlig schmerzfrei. Glänzende Verdauung.

7. Frl. Sch. Hernie, Genitale o. B. Ziehen in den Seiten, heftige Schmerzen im Rücken bei Beginn der Menses. Nach zweimal zwei Tassen ließen die Beschwerden völlig nach.

8. Frl. J., geb. 1904. Ovarialzyste r. Starke Schmerzen, die auf zweimal zwei Tassen Amasira verschwanden. Post operationem wieder heftige Schmerzen bei Beginn der Menses die abermals auf dreimal zwei Tassen verschwanden.

9. Fr. H., geb. 1882. Myoma ut. Vor und nach der Operation starke Schmerzen bei der Periode, verbunden mit „Krampfanfällen". Zweimal zwei Tassen in 1 Stunde, Schmerzen ließen sehr schnell nach, am 2. Tage schon nach 1 Tasse keinerlei Beschwerden mehr.

10. Frl. A., geb. 1908. Ovarialzyste. Vor der Operation starke Dysmenorrhoe, die durch Amarisa erheblich gebessert wurde. Nach der Operation immer noch sehr heftige Schmerzen bei der Periode

verbunden mit Schwindelanfällen, morgens und abends je 2 Tassen, Schwindelgefühl und Schmerzen blieben aus.

Auf Grund dieser Erfahrungen halte ich mich für berechtigt, dieses Mittel den Fachkollegen zu empfehlen nicht nur in Fällen „nervöser" Dysmenorrhoe ohne pathologischen Befund, sondern auch bei krankhaften Veränderungen des Genitale, die als Ursache der menstruellen Beschwerden angesprochen werden müssen. Die Zusammensetzung ist auf jeder Schachtel genau angegeben, ebenso die Gebrauchsanweisung. Von mehreren Patientinnen wurde der Geschmack des Tees als sehr unangenehm empfunden, doch ließ die gute Wirkung auch diesen Uebelstand in den Kauf nehmen.

Die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit Partagon-Stäbchen.

Von

Dr. HANS SCHLÜTER, Berlin.

Es ist zu berücksichtigen, daß in der weiblichen Urethra durch Injektionen keine längere Einwirkung eines Medikamentes möglich ist, da die Injektionsflüssigkeit wegen der Kürze der Harnröhre sehr schnell wieder abfließt. Noch bedeutend ungünstiger liegen natürlich die Verhältnisse bei der Zervix wegen ihrer versteckten Lage im Fundus vaginae. Und gerade die Beseitigung der Erreger aus der Zervix ist mit die Hauptforderung, die man an eine erfolgreiche Go.-Therapie stellen muß, weil alle Erfolge an der Urethra nichts nutzen, so lange noch die Zervix infiziert bleibt, ganz abgesehen von den großen Gefahren, die für Leben und Gesundheit der Frau durch ein Aszendieren des Prozesses entstehen können.

Jede Behandlung wird danach zu trachten haben, die Gonokokken direkt zu vernichten. Für diesen Zweck bedeuten die Partagon-Stäbchen einen großen Fortschritt. Diese auf Anregung von Schärer und Neegard hergestellten Stäbchen unterscheiden sich prinzipiell von den bisher im Gebrauch befindlichen Stäbchen zur Behandlung der Gonorrhoe. Die Partagon-Stäbchen haben die Eigenschaft nach Einführung zu quellen und dadurch die Schleimhaut von innen heraus zu entfalten und zu spannen. Es liegt auf der Hand, daß in dieser Eigenschaft ein großer Vorteil gegenüber den bisherigen Präparaten liegt, weil es auf diese Weise gelingt, gerade die in den Nischen und Falten sitzenden Erreger freizumachen und zu fassen.

Die Stäbchen bestehen aus einer quellbaren Substanz, die kolloidalen Charakter hat und Argentum nitricum in hoher Konzentration enthält. Die Arbeiten von Neegard und Schärer geben näheren Aufschluß über die chemischen Vorgänge nach Einführung der Stäbchen, ich verzichte aus diesem Grunde auf eine Wiederholung an dieser Stelle (Neegard und Schärer, Derm. Zschr. 1925 H. 43). Es bildet sich jedenfalls durch die schnelle Diffusion des NaCl des Gewebes Chlorsilber, das eine Dauerwirkung gewährleistet, ohne daß Reizungen entstehen.

Das Präparat ist gut verträglich. Es entsteht trotz der hohen Ag. NO_3-Konzentration kein Brennen. Reizerscheinungen fehlen vollkommen. Die Stäbchen sind äußerlich mit einer Rillung versehen, wodurch ein Hinausgleiten erschwert wird. Kurze Zeit nach der Einführung beginnen die Stäbchen zu quellen, um sich allmählich in eine breiige Masse zu verwandeln. Durch diese Quellung wird die Schleimhaut von innen heraus ausgedehnt und alle Teile sind dem Präparat zugänglich.

Die praktische Anwendung bereitet keinerlei Schwierigkeiten. Man taucht am besten das Stäbchen vor der Einführung in etwas warmes Wasser, wodurch es schlüpfrig wird. Die Anwendung einer Gleitpaste ist überflüssig. Der Urin muß nach der Einführung natürlich längere Zeit angehalten werden. Bei der Einführung eines Stäbchens in die Zervix ist es natürlich notwendig, einen Tampon vor die Zervix zu legen, weil sonst ein Herausgleiten nicht vermieden werden kann.

Bei komplizierten und chronischen Fällen empfiehlt sich die gleichzeitige Behandlung mit Gono-Yatren. Durch diese Kombinationsbehandlung lassen sich auch in hartnäckigen Fällen sehr gute Resultate erzielen.

Die Zervixgonorrhoe bereitet naturgemäß die größten Schwierigkeiten, und muß man in diesen Fällen mit seinem Urteil sehr vorsichtig sein.

Bei einer Frau von 47 Jahren mit einer chronischen Go. konnten wir eine wesentliche Besserung erzielen. Die Zervix ist seit Wochen gonokokkenfrei. Die Patientin fühlt sich subjektiv wohl. Die Stäbchen waren tadellos bekommen. Die Arbeitsfähigkeit war in keiner Weise beeinträchtigt worden. Es liegt ohne Frage ein Vorzug des Präparates darin, daß berufstätige Patienten ambulant mit den Stäbchen behandlet werden können, ohne ihre Arbeit einstellen zu müssen.

Ein akute Gonorrhoe bei einem 21 jährigen Mädchen konnte nach 20 Tagen zur Heilung gebracht werden. Gonokokken waren bei wiederholten sorgfältigen Provokationen und Nachkontrollen niemals mehr nachzuweisen. Auch in diesem Falle war das Präparat gut bekommen.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß ich bei der Behandlung der weiblichen Urethral- und Zervikal-Gonorrhoe durchweg mit Partagon-Stäbchen recht gute Erfolge gehabt habe. Das Präparat hat sich in akuten und chronischen Fällen bewährt. Die Wirkung in akuten Fällen ist besonders gut. Die chronischen Affektionen bereiten selbstverständlich größere Schwierigkeiten. Auch ist naturgemäß die Behandlung der Zervix wegen ihrer versteckten Lage schwieriger als die Urethra. Bei richtiger Technik ist aber mit dem Präparate in den meisten Fällen viel zu erreichen. Meine Erfahrungen sind bei vorsichtiger Wertung als durchaus günstig zu bezeichnen.

Die Kalkanwendung in der Kinderpraxis.

Von

D. KOCHANOWSKI, prakt. Arzt, Berlin.

Der Kalkstoffwechsel hat von jeher bei der Auffassung der Rachitis eine große Rolle gespielt. Man hat sich lange Zeit mit der Erklärung zufrieden gegeben, daß die Rachitis auf einer ungenügenden Zufuhr von Kalk beruhe und daß man nur Kalk zuführen müsse, um die Rachitis zu beheben. Jedoch haben in neuerer Zeit namhafte Forscher bei vielen Fällen von florider Rachitis auch wieder die Nutzlosigkeit der Kalktherapie erwiesen (Kassowitz, Pommer), so daß bald zwei Arten von Rachitis unterschieden werden konnten, a) eine nicht auf Kalkzufuhr reagierende Form, b) eine durch Kalkarmut entstehende Osteoporose, gut auf Kalkzufuhr reagierend.

Neurath hat in seinen Versuchen über den Kalkgehalt des Blutes gefunden, daß es einen physiologisch aktiven und inaktiven Teil des Blutkalkes gäbe, ohne daß die beiden Formen immer voneinander zu trennen seien, und wenn heute auch die endokrine, pluriglanduläre Genese der Rachitis allgemein anerkannt wird, so wurde durch die Wright'sche Methode der Kalkbestimmung im Blute dennoch festgestellt, daß die Gerinnungszeiten bei Rachitis tarda und Tetanie verzögert sind, ferner, daß eine Beschleunigung der Gerinnungszeit auftritt, wenn man Kalk zuführt. Es ist ferner wahrscheinlich, daß in einem großen Teile der Rachitis tarda und Tetaniefälle eine Verminderung des physiologisch aktiven Teiles des Blutkalks eingetreten ist.

So habe ich in allen Fällen von Rachitis tarda und Tetanie Kalk per os zugeführt. Da der Kalkansatz noch von den Komponenten des Fettgehaltes der Nahrung, des Phosphorsäure-Stoffwechsels, der akzessorischen vegetabilischen Nährstoffe usw. abhängt, habe ich die Lebensweise in der üblichen antirachitischen Diätetik genau festgelegt.

Als eins der wirksamsten Kalkpräparate hat sich mir in neuerer Zeit das „Ucrofal" der Firma Kordia G. m. b. H., Bonn, erwiesen. Das Präparat enthält nach Angabe der Firma 5% aller Kalksalze, die sich nach klinischen Erfahrungen als wirksam erwiesen haben. Außerdem enthält das Präparat Glyzerin als spezifischen, peroralen Reizkörper, ferner Eisen und Lecithin. Ich habe das Präparat in einschlägigen Fällen mehrere Monate hindurch verabfolgt und kam zu folgendem Resultat: Es wird ausnahmslos gut vertragen und als wohlschmeckend gerühmt. Alle Patienten wiesen eine Zunahme des Gewichts und teilweise auch der Körperlänge auf. Bei latenter Tetanie verschwanden die Zeichen der elektrischen und mechanischen Uebererregbarkeit (z. B. Fazialis Reflex) schon nach kurzer Zeit. Bei Rachitis tarda war ein deutlicher Rückgang der sichtbaren Skelettveränderungen nachzuweisen.

Zur Aetiologie und Therapie des Asthma bronchiale.

Von

Dr. med. HANS FUCHS, Berlin.

Unter den von mir beobachteten und behandelten Asthma-Fällen sind fünf dadurch besonders auffallend, daß sie etwas Gemeinsames in der Aetiologie und im Ansprechen auf ein und dasselbe Therapeutikum zeigen. Ich will diese Fälle und ihren Verlauf deshalb im Einzelnen zeigen, um nachher auf die erwähnte Besonderheit näher einzugehen.

I. Frau B., 61 Jahre alt, Mai 26 schwerer Asthma-Anfall, Kupierung durch Adrenalin. — In der Sprechstunde gibt Patientin an, daß sie Anfälle dieser Art seit etwa zwölf Jahren häufiger habe, d. h. durchschnittlich etwa sechs bis acht im Jahre, am häufigsten im Frühjahr und Herbst. Früher wäre sie ganz gesund gewesen. Auf nähere Fragen glaubt sie sich zu erinnern, daß die ersten Anfälle in die Zeit ihrer Wechseljahre gefallen seien. Bisher habe sie gegen diese Krankheit stets bei Anfällen Injektionen bekommen, die ihr nach einiger Zeit geholfen haben. Sie habe auch nach den Anfällen wiederholt verschiedene Mittel eingenommen, aber keinen Erfolg davon gesehen. — Befund: Frau in guten Ernährungszustand, blasse Hautfarbe, über der Lunge vereinzelt leichte Rasselgeräusche. Herz o. B. — Verordnung: Taumagen zwanzig Tage lang dreimal zwei Tabletten, zweimal drei bis vier Tropfen. Suggestive Zusicherung, daß keine Anfälle mehr auftreten werden. — Nach Beendigung dieser Medikation wird Patientin jeden Monat einmal zur Untersuchung bestellt. Der Befund ist jeweils unverändert. Im September wurde vorsorglich zehn Tage lang Taumagen nach vorher genanntem Schema gegeben. Ebenso im Januar. Bis Anfang April wird kein neuer Anfall beobachtet.

II. Fräulein F., 57 Jahre alt, kommt in die Sprechstunde, weil „sie keine Luft bekomme". Seit etwa zehn Jahren habe sie dauernd Pfeifen beim Atmen und sehr oft (ewa wöchentlich einmal) habe sie direkte Erstickungsanfälle, die sie bisher mit Morphium-Tropfen gemildert hat. — Befund: Korpulente Person, Herz nach links leicht vergrößert. Töne rein, Puls voll 72 i. d. M., Blutdruck etwa 140. Ueber dem gesamten Lungengebiet Pfeifen und Giemen. Bei häufigem Husten wird hin und wieder dickes Sekret entleert. Urin o. B. — Verordnung: Taumagen dreimal zwei Tabletten, zweimal drei bis vier Tropfen einen Monat lang. Während dieses Monats hat sich der Husten anfangs vermehrt. Es ist sehr viel Sputum ausgeworfen worden. Keine Erstickungsanfälle. Zum Schluß weniger Hustenreiz. Patientin „bekommt besser Luft". Nach drei Monaten (Grippe-Zeit) kommt Patientin wieder: Es gehe ihr wieder schlechter. Sie habe zwar keine Erstickungsanfälle inzwischen gehabt, fühle sich aber sehr elend. — Befund: Temperatur 38², leichte Angina, vermehrte bronchitische Erscheinungen. — Verordnung: Bettruhe, Antipyretika. Nach drei Tagen Fieberfreiheit. Es wird wieder zwanzig Tage lang Taumagen gegeben. Patientin fühlt sich wesentlich wohler. Bis jetzt (nach weiteren drei Monaten) hält Besserung an.

III. Fräulein M., 53 Jahre, gibt an, immer eine „schwache Lunge" gehabt zu haben, seit acht Jahren schwere Asthma-Anfälle, deren Herannahen sie deutlich fühlt und die sie durch Asthma-Zigaretten gerade noch erträglich zu gestalten vermag. — Befund: Große, zarte Frau, von Beruf Lehrerin, für ihre Figur auffallend tiefer Brustkorb (Faßthorax), Herzgrenze nach rechts erweitert, über den Lungen Schachtelton, Atemgeräusch leise, vereinzelte bronchitische Geräusche. — Verordnung: Taumagen fünfzehn Tage lang dreimal zwei Tabletten, zweimal drei bis vier Tropfen, daneben Kuhn'sche Maske. Auffallende Besserung des subjekvtiven Befindens, objektive Symptome unverändert. Nach zwei Monaten wieder zehn Tage Taumagen-Kur. Nach weiteren drei Monaten ebenso. Bei leidlichem Befinden hat der objektive Befund keine Aenderung gezeigt. Jedoch sind in der jetzt neunmonatlichen Beobachtungszeit keine Anfälle von ausgesprochener Atemnot aufgetreten, so daß unter anderm auch keine Asthma-Zigaretten mehr benötigt wurden.

IV. Frau S., 56 Jahre. Ein Asthma-Anfall, nachts begonnen, am nächsten Morgen noch keine Besserung. Morphium subkutan 0,015 bringt Linderung. Da noch immer Atembeschwerden, wird Amylnitrit zur Einatmung gegeben, wodurch der Anfall vollkommen kupiert wird. Während der Sprechstunde gibt Patientin an, daß sie seit etwa zehn Jahren ganz verschieden häufig derartige Anfälle bekomme, besonders, wenn sie sich, was leicht geschieht, erkältet habe. Die Untersuchung von Herz und Lunge ergibt keinen wesentlichen Befund, Patientin fühlt sich auch, wie meistens in der anfallfreien Zeit, sehr wohl. — Verordnung: Einleitung einer zwanzigtägigen Taumagen-Kur. Wiederholung derselben nach drei Monaten. — Seit über fünf Monaten kein neue Anfall.

V. Frau C., 49 Jahre alt (hat sieben Kinder). Vor zwei Jahre Klimax und erhebliche Störungen des Allgemein-Befindens. Unte anderm häufige Asthma-Anfälle. Seit mehr als einem Jahr habe die Menses vollkommen aufgehört, damit sind auch die meiste unangenehmen Empfindungen wieder fortgeblieben. Jedoch se dieser Zeit insgesamt sechs Asthma-Anfälle. — Befund: Her Lunge, Urin o. B. Gut ernährte Person (die eifrig im Hausha tätig ist). — Verordnung: Einleitung einer Taumagen-Kur. A vierten Tage der Kur erneuter Asthma-Anfall, nachts, von etw einstündiger Dauer, der ohne weitere Maßnahmen vorübe gegangen ist. Fortsetzung der Kur über insgesamt zwanzig Tag — In der Beobachtungszeit von jetzt drei Monaten kein Asthm Anfall.

Die Betrachtung der Fälle ergibt nun zunächst, daß bei alle seien es nun die typischen Fälle von Bronchial-Asthma oder d beiden einzelnen Fälle von chronischer Bronchitis, bezw. Emphyse (Fall II und III), in der Anamnese angeben wird, daß d asthmatischen Beschwerden zum ersten Male etwa zu der Zeit de Klimakteriums aufgetreten sind. Nun lösen ja Krampfzustände d glatten Muskulatur einschl. der Bronchialmuskulatur nicht selten eine Teil der unangenehmen Erscheinungen aus, über die von den Fraue in den Wechseljahren geklagt wird. Aber wie andere bekann Beschwerden dieses Lebensabschnittes schwinden auch diese i allgemeinen bald mit dem völligen Aufhören der Menses. In unsere Fällen sind sie nun aber bestehen geblieben.

Die theoretische Ueberlegung kann der Fortdauer de asthmatischen Beschwerden nach dem Verlauf des Klimakterium zweierlei Ursachen, bezw. Erklärungen geben. Bei dem zweifellose Zusammenhang der zwischen Asthma und innerer Sekretion besteht, muß man daran denken, daß die durch die physiologisch Umbildung der Blutdrüsen hervorgerufenen „Störungen im Gleich gewicht der chemischen oder nervösen Korrelation zwischen de verschiedenen Hormon-Organen"[2]) ungenügenden Ausgleich ge funden haben.

Andrerseits aber muß man auch die von allen Autoren a gebene psychologische Kompenente des Asthmaleidens berück sichtigen und sich das weitere Auftreten des Leidens so erkläre daß die während der Wechseljahre mindestens monate-, ja manchma jahrelang bestandenen Erscheinungen auf dieser Grundlage zurück geblieben sind. Zur Klärung dieser Frage könnte natürlich nur di Beobachtung eines größeren Materiales von Fällen mit gleiche Anamnese führen. Jedenfalls sollte man bei Asthma älterer Fraue jenseits des Klimakteriums nicht versäumen, sich die Dauer de Leidens und die Beschwerden der Uebergangsjahre regelmäßi schildern zu lassen, um festzustellen, ob nicht das erste Mal in diese Zeit Asthma-Anfälle aufgetreten sind. Bejahenden Falles könnt man zunächst vielleicht das Leiden mit geeigneten Mitteln psycho therapeutisch anzugehen versuchen. Kommt man damit nicht vo wärts, so scheint mir aus meinen vorher angeführten Beobachtunge ein sehr geeignetes Mittel das Taumagen (Rosenberg) zu sein.

Dieses Präparat stellt eine spezifisch abgestimmte Jod-Arsen Kombination dar, und zwar wird gleichzeitig Jod in Tabletten (pr Tabl. 0,114 an Alkali gebunden) und Arsen in Tropfen (As — Geha 0,37%) gereicht. Ich habe dieses Taumagen in allen Fällen nach de beigegebenen Vorschrift angewandt, nämlich dreimal täglich währen oder nach den Mahlzeiten (früh, mittags und abends) je zw Tabletten mit etwas Wasser und außerdem noch zweimal täglic und zwar jeweils mindestens drei Stunden nach der Morgen- un Mittagsgabe der Tabletten je drei bis vier Taumagen-Tropfe ebenfalls in etwas Wasser nehmen lassen. Eine solche Kur hab ich zunächst gewöhnlich auf fünfzehn bis dreißig Tage ausgedehn und evtl. nach Monaten ein oder mehrere Male wiederholt.

Zur Verordnung dieses Präparates bin ich in diesen Fällen ge schritten, nachdem ich vorher bei Asthmatikern, auch bei Männern ja einmal auch bei einem Kinde, davon einige Male gute Erfolge ge sehen hatte. In den angeführten fünf Fällen jedenfalls war kein Ver sager dieser Medikation festzustellen. Auch der diesmal allerding milde Uebergang vom Winter zum Frühjahr hat in keinem der jetz bis zu zehn Monate in Beobachtung stehenden Fälle einen schwere Anfall, wie er früher häufiger vorgekommen ist, auftreten lassen.

[1]) H. Curschmann, Ueber die endokrinen Ursachen des Bronchial-Asthma D. A. f. kl. Med. 1920, CXXXII Seite 386.

[2]) Josef Wiesels, Innere Klinik des Klimakteriums in Halban - Seit Biologie und Pathologie des Weibes, Band III.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Bergmann 2732 und 2854
NUMMER 47 BERLIN, DEN 25. NOVEMBER 1927 45. JAHRGANG

Kongreß-Berichte.

Wien, Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie.

13. bis 14. September 1927.

Berichterstatter Prof. **H. Krisch** (Greifswald).

Die Tagung begann mit den beiden Referaten über **„Die Psychologie der Schizophrenie** (Gruhle [Heidelberg] und Bertze [Wien]). Die Aufgabe der Referenten war schwierig, da ja das einzige Sichere, was wir über die Schizophrenie wissen (und auch dieses wird noch nicht ganz allgemein anerkannt), die Tatsache ist, daß es sich um eine organische Psychose handelt. Die Ausführungen haben nur spezialistisch-psychiatrisches Interesse.

In der ausgedehnten Diskussion kamen dann noch die anderen Richtungen der Psychiatrie zu Worte, insbesondere die psychoanalytische mit ihrem Vertreter Schilder, dessen Ausführungen leider den bei dem Psychiater bestehenden Horror vor der Psychoanalyse nur verstärkt haben werden. Die psychologische Richtung in der Psychiatrie vertraten die Tübinger Kant und Storch. Ueber die somatische Seite der Schizophrenie (über die verminderte Durchlässigkeit der Blut-Liquorschranke bei Schizophrenie) sprach Hauptmann (Halle) und der Breslauer Psychiater Fischer, der über den Gasstoffwechsel der Schizophrenen berichtete. — Münzer (Prag) demonstrierte Keimdrüsenveränderungen bei Schizophrenen.

Am Nachmittage wurde das zweite Referat von Schulze (Göttingen), dem meisterhaften Kenner der gerichtlichen Psychiatrie, erstattet, und zwar 1. **über den dem Reichstag vorgelegten Entwurf eines allgemeinen deutschen Strafgesetzbuches vom Standpunkte des Psychiaters** und 2. **über den amtlichen Entwurf eines Strafvollzugsgesetzes vom Standpunkte des Psychiaters.** Bekanntlich lautet der Strafgesetzentwurf für Deutschland und Oesterreich nahezu gleich. Der Referent setzte die Schwierigkeiten des neu einzuführenden Begriffes „verminderte Zurechnungsfähigkeit" auseinander. Insbesondere machte er auf die Schwierigkeiten mit der praktischen Behandlung der unter diesen Paragraphen fallenden Persönlichkeiten aufmerksam, vor allem, da die Heil- und Pflegeanstalten durch Aufnahme dieser asozialen Elemente ihren Charakter als Krankenhäuser gefährden würden. Schwierigkeiten ergäben sich auch bei der Frage, wer über die Unterbringung der vermindert Zurechnungsfähigen beschließen solle. Leider sei die ursprüngliche Absicht, die Entscheidung dem Richter zu überlassen, aufgegeben worden und habe man die Verwaltungsbehörden dafür in Aussicht genommen. Diese Schaffung von zwei Instanzen halte er für sehr unzweckmäßig, da es sich ereignen könne, daß der Richter eine Exkulpierung wegen verminderter Zurechnungsfähigkeit zugestehe, daß aber die Verwaltungsbehörde nachher sich dahin entscheide, daß eine Unterbringung in einer Anstalt nicht nötig sei. Zu begrüßen sei, daß auch die Süchtigen (z. B. Alkoholiker) zwangsmäßig in eine entsprechende Erziehungsanstalt überwiesen werden könnten. Einverstanden müsse man auch damit sein, daß das Wirtshausverbot fallengelassen worden sei, da diese Maßnahme in größeren Städten sowieso nicht durchgeführt werden könne. Der Referent trat auch noch dafür ein, daß in der Strafanstalt Abteilungen unter Leitung eines Psychiaters geschaffen werden müßten.

Nach der Besprechung nahm die Versammlung folgende Resolutionen an: 1. Es ist unbedingt notwendig, daß der Richter wieder das Recht erhält, die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt, in einer Trinkerheilanstalt oder in einer Entziehungsanstalt anzuordnen, wie es die Reichsratsvorlage des Strafgesetzbuches (§ 43, 44) vorsieht. 2. Es ist anzustreben, daß Gefangene, deren psychisches Verhalten als Haftreaktion anzusehen ist, nicht in Irrenanstalten, sondern in geeigneten Abteilungen einer Strafanstalt untergebracht werden.

Die beiden Strafanstaltsdirektoren Krebs und Bleidt wandten sich dagegen, daß man die Gefangenen bezüglich ihrer Erziehbarkeit generell pessimistisch beurteile.

Von den weiteren Vorträgen interessierten besonders diejenigen über die **neuzeitliche Beschäftigungstherapie der Geisteskranken** in den Anstalten, die ja bekanntlich Simon (Gütersloh) in außerordentlich weitgehendem Maße angewandt hat. In seinem Vortrag **„Ueber aktive Therapie und offene Fürsorge"** berichtete Thum (Konstanz) interessante Einzelheiten; er glaubte, daß diese Erfolge zu der Hoffnung berechtigten, daß man den geschlossenen Charakter der Anstalten in Zukunft werde aufgeben können; auch bei den schwerst erregten Kranken habe man mit dieser Behandlung Erfolge. Dieser Vortrag wurde ergänzt durch die Ausführungen von Simon (Gütersloh) und Ilberg (Sonnenstein).

Am Mittwoch wurden zunächst geschäftliche Dinge erledigt. Forster (Greifswald) bemängelte die richterliche Auswahl psychiatrischer Sachverständiger; es sei den Gerichten zu wenig bekannt, daß sowohl Gerichts- als auch Kreisärzte nicht als Fachärzte für Psychiatrie angesehen werden könnten, da sie im allgemeinen nicht die hierfür erforderliche spezialistische Vorbildung hätten. Der Antrag wurde einer Kommission zur Bearbeitung überwiesen. Das dritte Referat von Mönckemöller (Hildesheim) **„Ueber Psychopathenfürsorge"** kann als Ergänzung zu dem von Schultze (Göttingen) aufgefaßt werden, da ja gerade die Psychopathen einen großen Teil der vermindert Zurechnungsfähigen in Zukunft abgeben werden. Der Referent setzte die Schwierigkeiten auseinander, den Begriff Psychopathie zu definieren. (Die Schwierigkeiten rühren daher, daß der Begriff „krank" ein Werturteil bedeutet und daher nicht allgemeingültig definiert werden kann. Die Gesichtspunkte für seine Normierung wechseln je nach den vorliegenden Bedürfnissen, z. B. arbeitet die Psychiatrie auf diesem Gebiete sehr häufig mit dem sozialen „Krankheitsbegriff und unterscheidet sich dadurch von der somatischen Medizin. Ref.) Zustimmung fand der Referent mit dem Hinweise, daß die Oeffentlichkeit noch viel mehr über Wesen und Bedeutung der Psychopathen für das soziale Ganze aufgeklärt werden müsse. Er erkannte besonders das Wirken des „Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen" an. Mit Recht unterstrich er, daß die Psychopathenfürsorge so früh als möglich einsetzen müsse, besonders müsse sich die Pubertätsentwicklung unter dem Schutze einer sachgemäßen Einwirkung vollziehen. Berlin habe bisher am ausgedehntesten sich in der Psychopathenfürsorge betätigt. Eine möglichst enge Zusammenarbeit mit dem Elternhause sei nötig. Die Erkennung der Psychopathie bei Kindern sei schwierig. Die Lehrer müßten mehr als bisher über Wesen und Bedeutung der Psychopathie bei Kindern aufgeklärt werden; dann könnten sie wertvolle Helfer für den Psychiater abgeben. Die freie Fürsorge außerhalb der Anstalten müsse weiter ausgebaut werden. Insbesondere in den Kleinstädten und auf dem Lande sähe es noch schlimm damit aus. Der Schwerpunkt der Psychopathenfürsorge werde auch in Zukunft in der Fürsorgeerziehung liegen. Erfreulicherweise sei zu konstatieren, daß die Fürsorgeerzieher für die psychiatrische Beurteilung ihrer Zöglinge jetzt Verständnis bekommen hätten und die Unterstützung von seiten des Psychiaters dankbar in Anspruch nähmen. Nach dem Jugendwohlfahrtsgesetz sei die ärztliche Mitwirkung hier noch erheblich erleichtert worden. Die größten Schwierigkeiten werde man noch in Zukunft mit der Unterbringung und Behandlung der schweren Psychopathen, der sogenannten „Schwersterziehbaren", haben. Reine Psychopathenanstalten müßten unbedingt einer rein psychiatrischen Leitung unterstehen, aber man müsse dann auch von dem Psychiater verlangen, daß er sich mit den Grundsätzen der Pädagogik (und der Kinderpsychologie. Ref.) praktisch vertraut macht. Es mangele noch an Beobachtungsstationen, in denen das Psychopathenmaterial gesichtet und für die einzelnen Anstalten in geeigneter Weise ausgesucht werden könne. Mit Recht wies er auch

darauf hin, daß die Prognose der Unerziehbarkeit sehr schwer zu stellen sei und man sich hierbei oft täusche, da man erfahren habe, daß nach Abschluß der Pubertät in manchen Fällen eine Beruhigung eintrete. Das schwierigste Problem sei die Unterbringung der Schwersterziehbaren. Für die Irrenanstalten seien sie ein sehr gefährliches Material, da sie in einer solchen Anstalt geradezu revolutionierend wirken können. Sicher sei bis jetzt nur, daß für ihre Behandlung nur der Psychiater in Frage komme. Für sie müßten besondere Abteilungen geschaffen werden, da man ohne eine gewisse Straffheit in der Disziplin bei ihnen nicht auskomme. Das Jugendgerichtsgesetz habe für die forensische Behandlung der jugendlichen Psychopathen einen bemerkenswerten Fortschritt gebracht insofern, als der Jugendliche nach § 3 nicht mehr strafbar sei, wenn er mangels geistiger und sittlicher Reife nicht imstande war, das Ungesetzliche seiner Tat einzusehen oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestmmen. Die Gefängnisstrafe dürfe man nicht von allen Jugendlichen und nicht prinzipiell fernhalten. Die unterschiedslose Durchführung der Bewährungsfrist habe bei ihnen gleichfalls ihre schweren Schattenseiten; es sei falsch, die Ursache des sozialen Versagens lediglich in den ungünstigen Milieuverhältnissen zu suchen. Viele Psychopathen könnten nun einmal allzu große Milde nicht vertragen. Damit solle nicht ausgeschlossen werden, daß man zunächst es immer mit der Erziehung versuchen müsse. Für die gemindert Zurechnungsfähigen werde man zum mindesten Sonderabteilungen schaffen müssen, obgleich es seine Schwierigkeiten haben werde, mit einer großen Anzahl solcher asozialen Elemente, wenn sie konzentriert seien, fertig zu werden. Auch nur wenige Fälle werden für die Unterbringung in einer ländlichen Kolonie oder für ein Urbarmachungskommando geeignet sein. Der Schutzaufsicht werden unlösbare Aufgaben gestellt. Die Psychiatrie könne die Verantwortung für die hemmungslosen asozialen Elemente in dieser Form nicht übernehmen. Die Behandlung der Vagabundage werde auch in Zukunft pessimistisch beurteilt werden müssen. Dasselbe gelte für die Behandlung der Prostitution. Zu bedauern sei, daß die Organisationen privater Natur, die sich mit der Fürsorge dieser Elemente befaßten, zu wenig über deren Psychopathologie aufgeklärt seien. Statt der freien Fürsorge werde man doch wieder auf Arbeitshäuser und Bewahrungsanstalten zurückkommen müssen. Wenn das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten diejenigen Prostituierten unter Strafe stelle, die fahrlässig solche verbreiteten, so müsse man dazu sagen, daß die meisten von diesen Persönlichkeiten Psychopathen seien, denen man damit eine Verantwortung aufbürde, die sie meist nicht zu tragen vermöchten. Die Gewohnheitsverbrecher, die nach dem neuen Entwurf in den Verwahrungsanstalten untergebracht werden sollen, enthielten eine Menge von Psychopathen; man dürfe bei ihrer Behandlung die Interessen der Allgemeinheit nicht aus dem Auge lassen. Das Arbeitshaus bleibe anscheinend erhalten; man müsse verlangen, daß sein ganzes System und sein Personal sich ändern und mehr als bisher psychiatrische Gesichtspunkte in sich aufnehmen müsse. Man könne erwarten, daß die kommende Bewahrungsanstalt für die erwachsenen Psychopathen das werden werde, was die Fürsorgeerziehung für die Jugendlichen sei. Bei der Aufnahme müsse man vorsichtig sein, da es sich um einen Eingriff von großer Tragweite handele. Man müsse zunächst festgestellt haben, daß mit den bisherigen Methoden eine soziale Gesundung nicht habe herbeigeführt werden können. Auch hier werde wieder weitgehend der Psychiater herangezogen werden müssen. Mönckemöller wies dann noch auf die Schwierigkeiten der Entmündigung von Psychopathen hin. Der Begriff der Geisteskrankheit und Geistesschwäche des § 6 BGB. werde immer noch nicht nur von Juristen, sondern auch von Aerzten falsch interpretiert. Diese Ausdrücke bedeuteten keine psychiatrische Diagnose, sondern nur den höheren oder niederen Grad der Schutzbedürftigkeit. Die Forderung der Entmündigung der Psychopathen für das Bewahrungsverfahren sei aufgegeben worden. Im Notfalle reiche hier der bisherige § 6 BGB. aus. Eine psychiatrische Aufklärung und Beeinflussung der Entmündigungsrichter (und Strafrichter. Ref.) müsse angestrebt werden; sei unter diesen Voraussetzungen die Unterbringung in einer Bewahrungsanstalt erfolgt, dann müsse man sich darüber klar sein, daß diese von langer Dauer sein werde, eventuell sogar lebenslänglicher Natur. Ein schwieriges Problem sei dabei, dem asozialen Psychopathen einen Antrieb zu erhalten, damit er sich nicht gehen lasse und resigniere. Die Behandlung müsse individualisierend sein. Der Behandlung dürfe nicht der Charakter der Strafe anhaften. Andererseits müßte der Asoziale aber auch wissen, daß im Notfalle Strafen verhängt werden können. Den Mittelpunkt der ganzen Behandlung werde die Erziehung zur Arbeit bilden. Schwierigkeiten werde es auch noch mit der Heranziehung eines geeigneten Personals geben. Der Psychiater werde jetzt den Nachweis liefern müssen, daß die erwachsenen Psychopathen von ihm auch praktisch am besten behandelt werden könnten.

Von den folgenden Vorträgen interessierte Wagner-Jauregg, der 3 **Paralytiker** demonstrierte, die 10 Jahre lang nach der **Malariabehandlung** gesund und sozial leistungsfähig geblieben seien. Er wies noch auf die Wichtigkeit der Untersuchung d[...] Liquors hin, die gerade erst in den späteren Stadien die angestrebt[...] negativen Ergebnisse habe. Ergänzt wurden seine Ausführung[...] durch seinen Mitarbeiter Gerstmann, der die **Heilerfolge** [...] frischen Fällen auf 81%, bei älteren auf 30% bezifferte und [...] Recht darauf hinwies, daß der praktische Arzt dazu angeleitet werd[...] müsse, rechtzeitig die Paralyseverdächtigen dem Nervenarzt zuz[...] führen, denn die frühzeitige Behandlung biete ja gerade die best[...] Aussichten.

Zum **Metaluesproblem** sprachen dann noch Boströ[...] (München), Georgi (Breslau), Pönitz (Halle) (Enzephalograp[...] bei Paralytikern), Kauders (Wien).

Weicksel berichtete über **Neosaprovitan.**

Besonderes Aufsehen erregte Hartmann (Graz) mit sei[...] Demonstration von Präparaten, die von Kranken mit **Syringomye[...] und Melancholie** herrührten. Sie stammten aus dem Blute dies[...] Kranken und wurden als Plasmodien tierischer Natur in Uebere[...] stimmung mit Zoologen angesprochen. Die Untersuchungen werd[...] fortgesetzt, und es soll über sie auf dem nächsten Psychiatertag b[...] richtet werden.

Hervorzuheben sind Chotzen (Breslau), der unsere klinisch[...] Kenntnisse über die **Pellagra** in Deutschland bereicherte. Lan[...] (München) wies darauf hin, wie bedeutsam die Untersuchung v[...] **eineiigen Zwillingen** für die Psychiatrie sei (auch für die Konsti[...] tionsforschung, da man hier am ehesten den Einfluß konstellativ[...] Faktoren beurteilen könnte. Ref.). Wilson (Hamburg) sprach üb[...] das **histologische Bild der mit Malaria behandelten Paralysen.**

Die nächste Jahresversammlung soll am 24. bis 25. IV. 1928 [...] Kissingen stattfinden.

Wien, Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte.

15. bis 17. September 1927.

Berichterstatter Prof. **H. Krisch** (Greifswald).

Im unmittelbaren Anschluß an die Tagung der Psychiater fa[...] die diesjährige Neurologentagung statt.

Da ihre prinzipielle Verknüpfung mit der des Deutschen Verei[...] für Psychiatrie nicht empfehlenswert erschien, wurde angestrebt, d[...] Vereinigungen zwar von Zeit zu Zeit an demselben Ort und [...] gleicher Zeit stattfinden zu lassen, aber nicht generell. Für d[...] nächste Jahr wurde als Versammlungsort Hamburg gewählt. A[...] Referatthemata wurden in Aussicht genommen: Das vegetativ[...] Nervensystem. Referenten: Bräucker (Hambur[...] E. Schilf (Berlin), E. P. Pick (Wien), Frank (Breslau). D[...] zweite Referat soll „die somatische Symptomatolog[...] der Organneurosen" behandeln. Referent: H. Cursc[...]mann (Rostock). Es werden nur solche Vorträge angenomme[...] welche zu dem Thema des vegetativen Nervensystems gehöre[...] Ferner ist sehr zu begrüßen, daß eine Reform des Kongresses i[...] sofern stattfand, als fortan die Referenten ihr Referat in Hauptthes[...] festlegen und diese etwa 14 Tage vor der Jahresversammlung d[...] Mitgliedern zugänglich gemacht werden sollen. K. Goldstei[...] (Frankfurt a. M.) wurde in den Vorstand gewählt. Die Zahl der M[...]glieder beträgt bisher 692.

Zu Beginn der Versammlung erfolgten die üblichen Begrüßung[...]ansprachen, die sich so lange ausdehnten, daß erst am späten Vo[...]mittag in die Tagesordnung eingetreten werden konnte. Als erst[...] Referent berichtete Wallenberg (Danzig) über: **„Das sensib[...] System"**, und zwar vom Standpunkte des Anatomen. Dann folg[...] der Würzburger Physiologe v. Frey: **„Die Gliederung des Tas[...]sinns".** Ferner v. Weizsäcker (Heidelberg) über die: **„Path[...]physiologie der Sensibilität"**, und schließlich Schwab (Bresla[...] über: **„Die Topik der Sensibilitätsstörungen bei Läsionen der se[...]siblen Leitungsbahnen und Zentren".** Sämtliche Referate bracht[...] so viele Einzelheiten, daß sie sich zu einer kürzeren Wiedergab[...] nicht eignen. In der Diskussion brachte O. Pötzl (Prag) inte[...]essante Ergänzungen, indem er über einen von ihm beobachtete[...] Fall von symptomatischer Epilepsie berichtete, bei dem sensorisc[...] Anfälle in dem rechten Arm begannen, auf den linken Arm übe[...]sprangen und von dort auf das rechte Bein. Die Anfälle waren v[...] tonischer Versteifung gefolgt. Er setzte diese Anfälle in Analogie [...] den Erscheinungen, die Dusser de Barenne mit Strychnin b[...] Tieren beobachtet hatte. Ebenso wie bei den Karnivoren und Aff[...] die Sensibilität nicht ausschließlich eine gekreuzte ist und vor alle[...] ein frontal gelegenes Gebiet enthält, so hat er auch hier die Anfäl[...] als ein Analogon zu den Sensibilitätsstörungen aufgefaßt, die b[...] Tieren gleichzeitig in der gekreuzten Hinterpfote und in der gleic[...]seitigen Vorderpfote auftreten — ein Ausdruck der funktionellen Zu[...]sammengehörigkeit dieser beiden Extremitäten bei dem Laufen d[...]

Tiere. — Pette (Hamburg) berichtete über zwei Patienten, bei denen im Anschluß an die Halsganglioexstirpation wegen asthmatischer Beschwerden Trigeminusneuralgien aufgetreten waren. Im ganzen ständen ihm 5 Fälle dieser Art zur Verfügung. Nach Exstirpation des unteren Halsganglions sahen sie bei Patienten eigenartige Mißempfindungen in der gleichseitigen Schulter und im Arm: ein Gefühl der Schwere und des Ziehens nach unten. Hinzu kamen ferner objektive Sensibilitätsstörungen. In einem Falle breitete sich die Hypästhesie über die ganze Körperhälfte aus. Er wies in der Zusammenfassung darauf hin, daß der Schmerz in engster Beziehung zu dem vegetativen System stehe und jede einzelne Qualität sensibler Erregung ebenfalls dem Einfluß des Sympathikus unterstellt sei. Der Ganglionzellgehalt im peripherischen System verleihe jedem Körperabschnitt eine gewisse Selbständigkeit in der Verarbeitung von lokalen Reizen. Bei einem Patienten mit Störungen nach Art einer Phantomhand nach Handquetschung wurde das untere Hals- und das obere Brustganglion auf derselben Seite exstirpiert. Der Erfolg war ein sehr guter. Der Patient verlor seine Störungen vollkommen. — v. Economo (Wien) brachte anatomische Beiträge zur Anatomie der Sensibilität. Er demonstrierte einen neuen Rindentypus, dem er den Namen Staubrinde-Koniokortex gegeben hat, da die Zellen außerordentlich klein und in sehr großer Zahl vorhanden seien, so daß die Rinde wie bestäubt aussehe. Diese Rindenart finde man an 5 Stellen, und zwar haben die Untersuchungen ergeben, daß es sich um die Stellen handele, die bisher auch zu den Sinnesempfindungen in Beziehung gesetzt worden sind. Es sei also mehr als wahrscheinlich, daß wir im Koniokortex den anatomischen Ausdruck für die zerebrale Repräsentation der 5 Sinnesorgane sehen können dürfen. Er betonte auch die wechselnde Größe des Koniokortex, was man so auffassen könne, daß dadurch die individuellen Verschiedenheiten der Sensibilität zu erklären wären. — Minkowski (Zürich) wies darauf hin, daß die anatomische Auffassung, wie sie Wallenberg vorgetragen habe, und die physiologisch-psychologische, wie sie aus dem Referat v. Weizsäckers hervorgehe, sich gegenseitig ergänzen müsse.

Von den folgenden Vorträgen hatte allgemeineres Interesse der von Riese (Frankfurt a. M.) „Ueber die sogenannte Phantomhand der Amputierten". Im Anschluß an die Arbeiten von Katz erörterte er die Frage, wie es komme, daß diejenigen, die eine Hand z. B. durch Operation verloren haben, über diese trotzdem noch als psychologisches Erlebnis berichten können. Die Finger der Phantomhand wurden so gut wie immer als stark gekrümmt erlebt. Ihre Stellung ließ sich in einer Reihe von Fällen als die letzte Stellung erkennen, welche das verlorene Glied unmittelbar vor dem Verust inne gehabt habe. In einem Fall wurde nicht die ganze Hand, sondern nur Teile derselben erlebt, bevorzugt wurde dabei die Radialseite der Hand, ganz nach Art gewisser kortikaler Sensibilitätsstörungen. Ein anderer erlebte nur die Finger mit Ausnahme der Fingerspitzen. Das Phantomglied könne unter Umständen aktive und Wartenberg zusammen, daß ein Beweis für die sensible Leitung in den vorderen Wurzeln zum Teil nicht mit Sicherheit erbracht werden könne.

Ein allgemein interessierender Vortrag war ferner der von Minor (Moskau): „Ueber ein neues Verfahren zu der klinischen Untersuchung der Schweißabsonderung". Er bediente sich zur Untersuchung einer Flüssigkeit, die aus Jod, Rizinus und Spiritus zusammengesetzt war. Mit derselben wurde der ganze Körper des zu Untersuchenden eingepinselt, wodurch seine Haut einen leichten geblichen Ton gewinnt. Dann wandte er die üblichen schweißtreibenden Mittel an. Habe die Schweißsekreition begonnen, so erschienen ganz kleine schwarze Punkte, die sich allmählich vergrößerten und der Haut endlich eine ausgesprochene Negerfarbe gäben. Die Feststellung der am meisten schwitzenden Bezirke sei deshalb einfach, weil der Schluß berechtigt sei, daß diejenigen Hautfelder am meisten schwitzten, bei denen sich die Schweißproduktion am ehesten zeige. Die so gewonnenen Schweißbilder könne man photographieren. Nach der Untersuchung werde die Haut wieder mit Wasser leicht gereinigt. Er demonstrierte dann die normalen Schweißfelder. Mit dieser Methode konnte er auch bei organischen Nervenfällen in mehr als 50% Abweichungen von der Norm feststellen.

Es berichtete ferner der inzwischen verstorbene P. Petrén (Lund) „Ueber meningeale Blutungen, und Bouman (Utrecht) über „Enzephalitis nach Kuhpockenimpfung", von der angenommen wurde, daß sie nach dem anatomischen Bild keine Beziehungen zu der Encephalitis lethargica habe. Der ausgedehnten Besprechung folgte ein Vortrag von W. Jacobi (Stadtroda) „Ueber Enzephalographische Studien". Jacobi hatte die Frage untersucht, warum bei wiederholter Enzephalographie stets gewisse Unterschiede in der Luftfüllung aufträten. Verschiedene Diskussionsredner erklärten die Tatsache, daß bei der zweiten Luftfüllung die Bilder schlechter ausfielen dadurch, daß eine sterile Meningitis durch die erste Lufteinblasung auftrete, die zu meningealen Verklebungen führe. I. Schuster (Budapest) wies darauf hin, daß 60 ccm Koffein die Aufsaugung der Luft außerordentlich beschleunige, in 4 Tagen sei die eingeblasene Luft verschwunden. Schüller (Wien) und Foerster (Breslau) erklärten die Bilder von Jacobi dahin, daß bei dem von ihm untersuchten Material von Katatonischen offenbar eine Hirnatrophie vorliege. Foerster berichtete, daß er von der Enzephalographie bei Kopfverletzten Nachteile in mehreren hundert Fällen nicht gesehen habe. Dazu müsse bei ihnen die Liquordruckmessung und die Liquorresorptionsprüfung kommen. Wartenberg (Freiburg) bestätigte die Angaben von Jacobi, daß die Luft noch mehrere Tage später in den Ventrikeln nachweisbar sei. Anscheinend setze die Resorption in den ersten Stunden sehr stark ein, um dann sehr langsam vor sich zu gehen. Er wies besonders darauf hin, daß es ihm gelungen sei, durch Einführung von Luft mittels Lumbalpunktion den unteren Blindsack der Dura darzustellen. Die Aufnahme müsse mit erhöhtem Becken gemacht werden.

Nonne (Hamburg): „Kritische Bemerkungen zur Jodipindiagnostik bei Rückenmarkserkrankungen". Er habe erfahren, daß ziemlich häufig nach der Jodölinjektion die spinalen Symptome sich verstärkten. Er weise besonders darauf hin, daß bei der Jodipinmethode eine Kompression des Rückenmarkes durch meningeale Verwachsungen vorgetäuscht werden könne. In einem Fall sei das Jodipin sogar in das Innere des Rückenmarkes eingedrungen. Er habe sich die Ueberzeugung gebildet, daß diese Methode nur als Ultimum refugium, und nur, wenn wirklich nötig, angewendet werden solle. In der lebhaften Besprechung kam man im allgemeinen zu der Ansicht, daß die Methode nicht zu entbehren sei und in verschiedenen Fällen die einzig mögliche Verdeutlichung ergebe. Im allgemeinen wurden auch von allen Seiten die Schwierigkeiten der Beurteilung hervorgehoben. — Schaltenbrand (Hamburg) meinte auf Grund amerikanischer Erfahrungen, daß die Luft am stärksten reizend wirke, Lipojodol viel weniger. Putnam habe einige neue Oele hergestellt, die weniger reizend wirken.

Wartenberg (Freiburg) demonstrierte das von ihm entdeckte „Pyramidenbahnzeichen an der Hand". Es besteht darin, daß ein Einschlagen des Daumens in die Handinnenfläche stattfindet, wenn man bei einem Patienten mit Pyramidenbahnläsion am Arm das Handgelenk umfaßt und ihn nun auffordert, mit den Endgliedern der Finger gegen den Widerstand des Untersuchers zu ziehen. Dabei tritt entweder gleich oder nach einiger Zeit ein Hineinwandern des Daumens in die Hand auf, d. h. entsprechend der alten Funktion als Greif- und Klammerorgan sei die Anlage zu Mitbewegungen des Daumens beim Normalen kortikal gehemmt. Illustriert wurde der Vortrag durch sehr prägnante Bilder. — F. H. Lewy (Berlin) berichtete über „Reizversuche zur zentralen Pupilleninnervation". Seine Untersuchungen bestätigten und ergänzten Karplus' und Kreidls Ergebnisse und realisierten die Vermutungen von Lewy über die Zusammenhänge von Corpus Luysi und Pupilleninnervation. In der Besprechung machte Foerster darauf aufmerksam, daß auch der Sympathikus des Menschen durch den faradischen Strom erregbar sei. — Fischer und Pötzl (Prag) berichteten über „Physiologische Untersuchungen nach Resektion der rechten Kleinhirnhemisphäre am Menschen". Bei dem betreffenden Patienten wurde beobachtet: eine Kopfneigung nach links, leichte Kopfdrehung im selben Sinn und leichte opisthotonische Rückbeugung des Kopfes, spontane Abweichreaktion der Arme nach links, Sakkadierung und Tremor bei Kopfdrehungen nach links, wenn der Stamm verhindert wurde, sich mitzudrehen, Asymmetrie in der Gegenrollung der Augen bei Neigung des Stammes und festgehaltenem Kopf. Die vestibulären Reflexe waren beiderseits normal. Abkühlung der Haut über der Seite der erhaltenen Kleinhirnhemisphäre löste eine Abweichungspassive Bewegungen ausführen. Er faßte die ganze Erscheinung als Ausdruck der in der Natur weit verbreiteten Anpassungsvorgänge auf. Das Individuum vermöge dem objektiven Defekt in seinem subjektiven Erleben nicht Rechnung zu tragen. Die Anpassung an neue Situationen werde besonders dann erschwert, wenn die Situationsänderung mit großer Plötzlichkeit eintrete. In der Diskussion verwies Pötzl (Prag) darauf, daß die Sprachreste der Aphasischen der letzten sprachlichen Situation vor dem Insult entsprächen. Dies zeige, daß der plötzliche Verlust von Lauteinwirkungen und der plötzliche Verlust eines Gliedes analoge Erscheinungen im Bewußtsein setze. — Pinéas (Berlin) faßte die Phantomhand als das Gegenteil von Anpassung auf. Bei den Amputierten falle auf, daß ihnen das Phantomglied mit viel größerer Eindringlichkeit als das erhalten gebliebene Glied gegeben sei, es dränge sich dem Patienten förmlich auf. Er machte dafür Reizzustände im Amputationsstumpf, im wesentlichen aber psychologische Momente verantwortlich. — Pette (Hamburg) wies darauf hin, daß wesentlich für das Auftreten der Phantomhand der akute Verlust der Hand sei. Die dabei auftretenden vasomotorischen Störungen und ihre Beeinflussungsmöglichkeit durch Sympathektomie bewiesen, daß wir

es hier mit organisch faßbaren Störungen zu tun hätten. — Schwab (Breslau) trat ebenfalls für die organische Natur der Phantomhandempfindung ein und berief sich auf die Erfahrungen, die an der Foersterschen Klinik mit Resektion hinterer bzw. vorderer Wurzeln gemacht worden seien. Man müsse demnach annehmen, daß ein Reizzustand in den peripherischen Nerven die Grundlage der Phantomhand sei, der zerebral dann irgendwie verarbeitet werde.

Wartenberg (Freiburg) berichtete über: „Die sensible Leitung in den vorderen Wurzeln auf Grund klinischer Beobachtungen". Er hat beobachtet, daß nach Resektion der hinteren Wurzeln eine gewisse Druckempfindlichkeit der tiefen Teile erhalten bleibe. Für diesen Sensibilitätsrest nimmt er die Leitung durch die vorderen Wurzeln in Anspruch. Der Charakter dieses Restes bringe ihn der sympathischen Sensibilität sehr nahe und lasse die Druckempfindlichkeit der tiefen Gewebe als eine sympathisch bedingte Gefäßdruckempfindlichkeit erscheinen. Während er in zwei Fällen beobachtete, daß nach Resektion der vorderen und hinteren Wurzeln auch diese Restsensibilität der Gewebe aufhörte, sah er bei zwei anderen, wo die Zervikalwurzeln (sowohl die vorderen wie die hinteren) reseziert worden waren, trotzdem Druckgefühl und Druckschmerz erhalten bleiben. Er erklärte sich das so, daß hier ein auf den gelähmten Muskel ausgeübter Druck sich auf die vom Fizialis bzw. Akzessorius innervierten Muskeln fortgepflanzt habe. Da nun alle sogenannten motorischen Hirnnerven auch zentripetal leiten könnten, so müsse man annehmen, daß das auch hierbei der Fall gewesen sei. Zusammenfassend könne man sagen, nach Hinterwurzeldurchschneidung gehe mit großer Wahrscheinlichkeit eine gewisse geringe Quote der Druckempfindung der subkutanen Gewebe durch die vorderen Wurzeln bzw. durch die Hirnnerven, und zwar sei sie sowohl individuell als auch örtlich und zeitlich verschieden. Dieser Vortrag löste eine rege Diskussion aus. — Rieger (Hamburg-Eppendorf) berichtet über experimentelle Versuche bei 12 Hunden, die gar keinen Anhaltspunkt dafür lieferten, daß Oberflächen- oder Tiefensensibilität über die vorderen Wurzeln gehe. — Foerster (Breslau) nahm den entgegengesetzten Standpunkt ein und bekämpfte, daß man aus diesen Experimenten diese Schlüsse ziehen könne. Er berief sich auf eigene Untersuchungen beim Menschen, wo man sowohl von der hinteren wie von der vorderen ersten Sakralwurzel hätte Aktionsströme ableiten können, wenn ein kräftiger Reiz an der Fußsohle ausgelöst wurde. Versuche zeigten ihm, daß der von den Rezeptoren der Fußsohle aufgenommene Reiz eine afferente Erregungswelle sowohl in der hinteren wie in der vorderen Wurzel hervorrufe. — Rieder (Hamburg) nahm dagegen Stellung und wies darauf hin, wie schwierig es sei, aus klinischen Beobachtungen diese Schlüsse zu ziehen, da die Tatsache der vollständigen Durchtrennung der Wurzeln bisher laut der vorhandenen Literatur noch nicht einwandfrei feststände. Meyer habe darauf hingewiesen, daß es keinen autoptisch geklärten Fall gäbe, bei dem nach exakter ausgedehnter Hinterwurzeldurchschneidung noch Sensibilität bestanden hätte. Die Physiologen v. Frey und Rein wiesen noch darauf hin, daß bei der Beurteilung der Aktionsströme man sehr vorsichtig sein müsse. Demgegenüber betonte Foerster nochmals, daß in dem Gebiete des Halsmarkes und des Brustmarkes die restlose Durchtrennung aller hinteren Wurzeln keine Schwierigkeiten bereite, daß die Biopsie genau so zuverlässig sei wie die Autopsie und daß er in den Fällen, auf die er sich berufe, bestimmt ganze Arbeit geleitet habe. Aus seinen künstlichen Beobachtungen und seinen operativen Beobachtungen müsse man eben den Schluß ziehen, daß man mit den hinteren Wurzeln nicht auskomme und die vorderen Wurzeln heranziehen müsse. Er selbst gestehe natürlich zu, daß beim Menschen die Vorderwurzel nur eine sensible Hilfsbahn darstellte, so daß man bei einer Vorderwurzeldurchschneidung niemals mit unseren bisherigen Untersuchungsmethoden irgendwelche greifbaren Sensibilitätsdefekte werde feststellen können. Auch müsse man hier die individuelle Verschiedenheit berücksichtigen. Diese entspreche den individuellen Differenzen, die wir auch sonst im Bereiche der Sensibilitätsstörungen beim Menschen sehen könnten. Mit der Uebertragung von experimentellen Ergebnissen, die beim Hunde gewonnen seien, auf den Menschen müsse man sehr vorsichtig sein. Nach Hinterwurzeldurchschneidung bestehe auch beim Menschen zunächst immer totale Anästhesie des betreffenden Gliedes und erst nach Wochen kehre die Sensibilität partiell wieder. Für die Leitungsfähigkeit der vorderen Wurzeln könne man noch anführen, daß die Reizung des zentralen Stumpfes einer durchschnittenen vorderen Wurzel beim Menschen Schmerz erzeuge. Aber auch dieser Reizeffekt sei individuell sehr verschieden. In seinem Schlußwort faßte reaktion der Arme nach rechts aus: Erwärmung derselben Stelle mit der Solluxlampe verstärkte die spontane Abweichreaktion nach links. — Pette (Hamburg): „Tierexperimentelle Untersuchungen zum Problem der Aktivierung infektiöser Erkrankungen des Zentralnervensystems". Er gab seine Ergebnisse in folgender Formulierung, daß Immunisationsvorgänge bis dahin saprophytäre Keime sensibilisieren können, so daß eine neue und sehr verhängnisvolle Infektion im Körper se[lbst] entstehen könne. — Curschmann (Rostock): „Stoffwechs[el]diagnostik neurotischer Zustände"; er wies auf [die] überragende Bedeutung der Grundumsatzbestimmung bei den ve[ge]tativ komplizierten Neurosen hin. — Schuster und Tater[ka] (Berlin), Niessl v. Mayendorf (Leipzig) berichteten ü[ber] Seelenblindheit. — Gamper (Innsbruck) nahm zu der Fr[age] der Polioencephalitis haemorrhagica der chron[i]schen Alkoholiker Stellung. Diese alte Bezeichnung hielt [er] für unzutreffend. Lokalisatorisch nahm er den Korsakow für [den] Hirnstamm in Anspruch. — Ueber einen interessanten Fall von E[pi]lepsie berichtet Hermann (Prag): „Zur Pathologie d[er] temporo-parietalen Krampfanfälle". Es wurde e[ine] Rumpfdrehung nach rechts und eine Erhebung des linken Armes [in] Streckstellung beobachtet. Der Patient kam in eine sitzende Stell[ung] mit halber Rechtsdrehung. — Hirsch (Prag) erörterte „Die P[a]thologie der Schlafzentren". Daran anschließend referie[rte] Spiegel (Wien) „Ueber experimentelle Verletzu[n]gen des zentralen Höhengraus im Mittel- u[nd] Zwischenhirn". Er wies darauf hin, daß bei Verletzungen [der] Thalamie durch mehrere Wochen hindurch Schlafsucht beobach[tet] wurde. Die zahlreichen Vorträge dieser Tagung bewiesen, daß [die] Neurologie schrittweise und durch exakte und genaueste Detailarb[eit] Fortschritte macht.

Laufende medizinische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 40, 7. Oktober.

Kampf gegen das Ulcus serpens. Die Entstehung des Ulc[us] serpens corneae nach Verletzungen ist mit Sicherheit zu vermeide[n], wenn bei jeder noch so geringfügigen Verletzung des Auges ei[ne] 1% Optochin. hydrochl. Salbe in den Konjunktivalsack eingestrich[en] wird. Unter 800 so vorbehandelten Fällen von frischer Auge[n]verletzung wurde niemals ein Ulcus serpens beobachtet, obwohl b[ei] einer ganzen Anzahl von Kranken Pneumokokken im Konjunktiva[l]ausstrich nachgewiesen werden konnten. Unter dem Schutz d[es] Optochins, das genügt, die im Konjunktivalsack vorhandenen Pneum[o]kokken zu vernichten, heilt die Hornhautverletzung ab, bev[or] virulente Keime in das Hornhautparenchym eindringen könne[n]. Während der Beobachtungszeit wurden 160 Fälle von Ulcus serpe[ns] nach Verletzungen behandelt, die entweder gar nicht oder ander[s]artig vorbehandelt waren. Da das Optochin. hydrochl. als 1% Sal[be] völlig unschädlich ist, kann die systematische Durchführung d[er] Prophylaxe nicht eindringlich genug empfohlen werden.

Infektion mit dem Bact. abort. Boum (Bang). Während bish[er] allgemein angenommen wurde, daß das ein seuchenhaftes Verwerfe[n] der Rinder hervorrufende Bact. Bang mit menschlichen Erkrankunge[n] nicht in Beziehung zu setzen ist, werden vier Fälle von einwan[d]freier Infektionen des Menschen mitgeteilt. In diesen in Bayern be[o]bachteten Fällen handelt es sich um Berufsinfektionen von Tier[]ärzten im Anschluß an die Ausräumung von Nachgeburten, wob[ei] eine Verletzung der Haut die Eintrittspforte für die sich entwickelnd[e] Allgemeininfektion abgeben mag. Unter unbestimmten, subjektive[n] Beschwerden (Mattigkeit, Frösteln, Schwere der Glieder) setzt di[e] Erkrankung schleichend ein. Wesentlich ist die Temperaturkurv[e], die — ohne Therapie — in Remissionen von mehreren Wochen ve[r]läuft. Fieberanfälle von mehreren Tagen und Wochen wechseln m[it] Perioden der Fieberfreiheit ab, die eine Heilung vortäuschen. Di[e]

späteren Anfälle können an Heftigkeit die vorangegangenen übertreffen. In schweren Fällen bedingen häufige Schüttelfröste und langanhaltende starke Steigerungen der Körpertemperatur (Kontinua von 39°) bedenkliche Störungen des Allgemeinzustandes. Die Pulskurve verläuft im Gegensatz zur Temperaturkurve ziemlich flach, so daß auch bei Temperaturen von 40° die Pulsfrequenz von 100 nicht überschritten wird. Der septische Charakter der Erkrankung verrät sich in dem gelegentlichen Auftreten von Metastasen (Orchitis mit entzündlicher Hydrozele). Das Blutbild läßt eine Leukopenie mit relativer Lymphozytose erkennen. Die Abgrenzung von anderen Erkrankungen begegnet großen Schwierigkeiten. Nach der Puls- und der Fieberkurve sowie nach dem Blutbild liegt die Annahme einer typhösen resp. paratyphösen Infektion am nächsten, gegen die jedoch das negative Ergebnis der bakteriologischen und serologischen Blutuntersuchung zu verwerten ist. Den Beweis für die Art der Erkrankung bringt die Blutuntersuchung auf Agglutination und Komplementbindung, sobald erst Beruf und Anamnese (Abnahme einer Nachgeburt) den Verdacht auf eine Bact. abort. Infektion erweckt haben. Die Agglutination erreicht in der 2. und 3. Woche ihren Höhepunkt und bleibt noch 2 bis 3 Monate nach Verschwinden der Parasiten positiv. Als positiv ist ein Agglutinationstiter von 1:100 anzusehen. Trotz vorhandener Infektion kann jedoch das Agglutinationsvermögen fehlen. Prognostisch ist mit einem günstigen Verlauf der Erkrankung zumeist zu rechnen. Freilich fordern die lange Dauer sowie der Ablauf in Remissionen zu einer gewissen Reserve bei der Vorhersage auf.

Interessant sind die Beziehungen der Infektion mit dem Bangschen Erreger zum Maltafieber. Kulturell kann ein Unterschied zwischen dem Bact. Bang und dem Micrococcus melitensis nicht nachgewiesen werden. Die nahe Verwandtschaft beider Erkrankungen erhellt aus der Tatsache, daß das Serum der durch Bact. Bang Erkrankten beider Stämme gleich stark agglutiniert, wenn auch an Maltafieber Leidende stärker den Microc. Brucei agglutinieren. Erreger, Blutreaktion, Blutbild sowie der langwierige Fieberverlauf mit Remissionen besitzen auffällige Aehnlichkeiten, die einen stärkeren Zusammenhang als zwischen Typhus und Paratyphus erschließen lassen. Doch müssen beide Erkrankungen als selbständige Krankheitsbilder betrachtet werden (Symptome des Maltafiebers durch Parästhesien, Gelenk- und Gliederschmerzen vielgestaltigere, ernstere Prognose beim Maltafieber, Ziegenmilch in erster Linie für die Verbreitung des Maltakokkus verantwortlich). Therapeutisch ist für die Infektion mit dem Bangschen Erreger die Injektion von Silberpräparaten und von Trypaflavin zu empfehlen. Bei der Behandlung leichterer Rezidive ist eine Mischung aus Jod, Menthol, Kampher-, Eukalyptus- und Rizinusöl (Supersan) von Nutzen. In zwei Fällen bewährte sich die Vakzinetherapie (Mischvakzine Bac. Bang und Bac. melitens).

Anwendung der Hypophysenextrakte, insbesondere des Pituglandol in der Geburtshilfe. Zur Einleitung der Geburt und bei Bekämpfung der primären Wehenschwäche in der Eröffnungsperiode ist die fraktionierte Dosierung des Pituglandol über einen längeren Zeitraum (0,25 ccm jede Viertelstunde intramuskulär, kombiniert mit Gaben von Chinin und Rizinus). Vor der Geburt des Kindes darf nur das einfache Präparat, niemals intravenös, verabfolgt werden. Bei atonischen Nachblutungen und in der Nachgeburtsperiode kann das einfache Präparat — 0,5 bis 1,0 ccm — intravenös, unter Umständen wiederholt in halbstündigen Abständen, jedoch nur in Kombination mit intramuskulären Gaben von Sekale dargereicht werden. Pituglandol stark darf nur intramuskulär injiziert werden. Die falsche Anwendung des verstärkten Hypophysenpräparates bedingt vor der Geburt die Gefahr des intrauterinen Fruchttodes durch Dauerkontraktionen und kann bei intravenöser Injektion nach der Geburt lebensgefährliche atonische Nachblutungen hervorrufen.

Heft 41, 14. Oktober.

Amöbenhepatitis. Die Erkennung einer durch Dysenterieamöben hervorgerufenen Lebererkrankung ist einfach, wenn ein bis an die Leberoberfläche reichender Abszeß entstanden ist und eine mit Fluktuation einhergehende schmerzhafte Schwellung nachzuweisen ist. Ein Hinweis auf die Aetiologie ist ohne weiteres gegeben, wenn der Kranke in den Tropen gewesen ist und eine von charakteristischen Symptomen begleitete Ruhr überstanden hat. Die operative Behandlung führt gewöhnlich zu einem prompten Heilerfolg. Gleichzeitig ist stets eine Emetinkur durchzuführen, da außer dem durch Inzision entleerten Abszeß noch andere Herde in der Leber vorhanden sein können. Häufig jedoch ist das Krankheitsbild völlig uncharakteristisch. Symptome einer schweren septischen Allgemeininfektion mit Schüttelfrösten, intermittierendem Fieber und rasch zunehmender Kachexie stehen klinisch im Vordergrund. Oft sind örtliche Symptome vorhanden (Lebervergrößerung mit Druckschmerzhaftigkeit, in die rechte Schulter ausstrahlende Schmerzen, Bauchdeckenspannung und perihepatitisches Reiben bei ärztlicher Bauchfellreizung, quälender Hustenreiz bei Uebergang auf die Pleura). Doch können alle diese Lokalerscheinungen fehlen oder nur angedeutet sein. Die Anamnese läßt häufig im Stich. Erst nach langem Befragen werden Durchfälle angegeben, die während des Tropenaufenthaltes für 2—3 Tage aufgetreten sind, und die ohne therapeutische Maßnahmen verschwanden. Freilich muß ein längerer Aufenthalt in Gegenden, wo die Amöbenruhr häufig vorkommt (China, Indien, Südafrika, Mittel- und Südamerika), die Aufmerksamkeit besonders auf diese Erkrankung lenken. Der Nachweis von Amöben im Stuhl gelingt bei diesen Kranken, bei denen die Ruhr seit Jahren gewöhnlich abgeheilt ist, selbst unter Anwendung von Provokationsverfahren (Karlsbader Salz) nur in Ausnahmefällen. Bei Kranken, die früher einmal in den Tropen waren, muß man daher an eine Amöbenhepatitis denken, sobald sich — selbst Jahre nach dem Tropenaufenthalt — ein septisches Krankheitsbild entwickelt und eine Emetinbehandlung einleiten (0,7 g des salzsauren Emetins in Dosen von 0,1 g jeden 2. Tag intravenös injizieren, Wiederholung der Kur nach 5 bis 6 Wochen, zugleich Yatren purissim. dreimal täglich 1 bis 3 Pillen per os einige Wochen lang mit Einschieben einer achttägigen Pause nach jeder Woche). Schon nach 2 bis 3 Einspritzungen stellt sich ein überraschender Erfolg ein (Aufhören der Schüttelfröste, Absinken der Leukozytenzahl, Schwinden der Kachexie mit Besserung des Allgemeinbefindens. Besonders in jenen ganz unklaren Krankheitszuständen, bei denen es in unregelmäßigen Abständen zu mehr oder minder anhaltenden Temperatursteigerungen mit und ohne Schüttelfrost kommt, die von selbst rasch abklingen, ist eine Emetinkur, die nie schaden kann, unbedingt vorzunehmen, sofern nur durch den vorhergehenden Tropenaufenthalt die Möglichkeit der Amöbeninfektion gegeben ist. In solchen Fällen wird gewöhnlich eine Malaria angenommen, wenn auch der Nachweis der Plasmodien nicht gelingt (Irreführung durch den Fiebertypus, durch das laut Anamnese überstandene Wechselfieber, während von Ruhr nichts berichtet wird). Infolge der mit der chronischen Infektion vergesellschafteten Abmagerung wird auf ein malignes Neoplasma gefahndet und die Aufmerksamkeit infolge der Appetitlosigkeit und des Druckgefühls nach Nahrungsaufnahme auf den Magen gerichtet, zumal bei der chronischen Amöbenruhr die Salzsäuresekretion oft vermindert ist oder fehlt. Die Möglichkeit, fast stets durch Einleitung einer Emetinkur eine rasche Heilung zu erzielen, macht die Erkennung dieser Leberkomplikationen so wichtig, wenn auch in unseren Breiten die erworbenen Dysenterieerkrankungen zu den größten Seltenheiten gehören. Pathologisch-anatomisch liegt diesen Krankheitserscheinungen eine entzündliche Infiltration des Lebergewebes zugrunde, die durch die Einwanderung und Ansiedlung der Amöben entstanden ist. Doch können auch ausgesprochene Abszesse vorhanden sein, die unter Emetin zum Teil resorbiert und durch Bindegewebe ersetzt werden oder deren Inhalt eingedickt wird und verkalkt.

Fehlerquellen der Gastroenterostomie. Die Mißerfolge nach der Gastroenterostomie, die zeitweise in völliger Verkennung ihres Wertes als Ulkusoperation der Wahl angesprochen wurde, die Mißerfolge dieser Methode sind zu einem Teil bedingt durch Komplikationen mit nachweisbaren pathologisch-anatomischen Veränderungen, zum andern durch Folgezustände, die sich trotz guter Funktion der Anastomose aus nicht völlig geklärten Ursachen entwickeln, wobei der Aenderung des physiologischen Ablaufes der Magenentleerung die wesentlichste Bedeutung zuerkannt werden muß. An erster Stelle der organischen Komplikationen steht die Geschwürsbildung, das Ulcus pepticum jejuni, das mit Regelmäßigkeit am Gastroenterostomiering oder an der gegenüberliegenden Jejunalpartie lokalisiert ist im Einwirkungsbereich des meist hyperaziden Magensaftes. Besonders gefährlich erweist sich das Zurücklassen des pyloro-antralen Magenteils, der für die übermäßige Sekretion verantwortlich zu machen ist. Der Sturzentleerung des Magens durch die Gastroenterostomie folgt eine Leersekretion, so daß freie Säure in großen Mengen auf die Anastomose einwirken kann, zumal

wenn eine Neutralisation des abfließenden Magensaftes durch die alkalischen Pankreas- und Gallensekrete ausbleibt. Das Ulcus pepticum schreitet zumeist fort und gibt häufig den Anlaß zu Blutungen, zur Perforation in die Bauchhöhle oder in das Querkolon. Schwerwiegende Nachteile ergeben sich bei der Gastroenterostomie daraus, daß der geschwürtragende Magenteil zurückbleibt und trotz jahrelangen Bestehens der abnormen Magenentleerung das Ulkus nicht in Heilung überzugehen braucht, ja daß sogar neue Ulzera im Magen sich bilden können. Die Gefahren der Ulkuskrankheit werden mit völliger Sicherheit durch dieses Operationsverfahren nicht behoben (Gefahr der Blutung, der Perforation und der malignen Entartung). Weitere Komplikationen der Gastroenterostomie stellen die Passagestörungen dar (Circulus vitiosus durch Wahl der passenden Schlinge oder Hinzufügung der Braunschen Anastomose zumeist vermeidbar, Ileus durch Einklemmung des Darmes im Mesokolonschlitz oder hinter der zuführenden Schlinge, Invaginationsileus am abführenden Darmschenkel unterhalb der Anastomose, Verschlußileus durch nachträgliche Schrumpfung der Anastomosenstelle, Einwirkung perigastritischer Verklebungen). Die peritonealen Adhäsionsbildungen spielen als Grundlage der Beschwerden nach Gastroenterostomie eine große Rolle; jedoch verbirgt sich häufig hinter diesen Verwachsungen ein Ulkus im Mageninnern. Unter den Folgezuständen der zweiten Gruppe kommt den funktionellen Darmstörungen die größte Bedeutung zu. Diese funktionellen Dyspepsien mit Durchfällen von Fäulnis- oder Gärungscharakter, bisweilen mit chronisch entzündlichem Einschlag können schon während der Rekonvaleszenz sich einstellen oder als Spätkomplikationen den Operationserfolg in Frage stellen. Denn nur zu oft werden die von diesen Störungen Betroffenen zu chronischen Darmkrüppeln, die nur eine dauernde Schonungskost vertragen können. Die Ursache dieser Folgeerscheinungen ist in den ungünstigen Verhältnissen zu suchen, die durch die Operation für die Ingesta im Magen und im oberen Dünndarm geschaffen wurden und denen sich der Darm vieler Kranken nicht anpassen kann. Die Austeilung der aufgenommenen Speisen erfolgt unter ungeregelten mechanischen Bedingungen, ohne die notwendige chemische Vorarbeit, da der neue Magenausgang nicht so physiologisch gesteuert wird wie der Pylorus (überstürzte Entleerung, Abkürzung der Pepsin-Salzsäureverdauung, Ueberladung des Darmes mit unvorbereiteten Brocken, Aenderung der Bakterienflora, abnorme Zersetzungen in tieferen Darmabschnitten). Auch die in das Duodenum gelangenden Säfte der Leber und des Pankreas nehmen Anteil an dieser gewaltsamen Aenderung physiologischer Verhältnisse (starker Gallenrückfluß, Fortfall sekretionsanregender Reflexe durch Umgehung des Duodenalweges, schlechte Durchmischung der Speisen beim Fehlen der rhythmischen Schubentleerung). So entstehen die Beschwerden vieler Kranken, die sich in Druckgefühl in der Magengegend, Uebelkeit, abnormer Gasbildung und Durchfällen, besonders nach Diätfehlern äußern. Ab und zu wird infolge starker Beschwerden, die an ein Ulcus pepticum denken lassen, ein Laparotomie erneut ausgeführt, ohne daß eine organische Veränderung aufzufinden ist („Gastroenterostomiekrankheit").

Diese zahlreichen Fehlerquellen beweisen, daß die Gastroenterostomie durchaus kein gleichgültiger Eingriff ist. Die Erfolge sind einzig von der Stellung der richtigen Indikation abhängig. Die narbige Pylorusstenose bleibt ihr eigentliches Anwendungsgebiet, weil der neue Ausgang lebensrettend wirkt. Bei den übrigen ulzerösen Magenprozessen ist die Indikation streng dem Einzelfall anzupassen, und der Eingriff nur nach Abwägen aller Gesichtspunkte in den Fällen auszuführen, wo neurotische und spastische Zustände nachzuweisen sind. Ohne sicheren pathologischen Befund darf sie niemals ausgeführt werden, eher ist die Bauchhöhle ohne Anlegung der Gastroenterostomie wieder zu schließen.

Beiträge zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Schilddrüsen und Pankreas. Entgegen der allgemeinen Ansicht, daß Thyreoidea und Pankreas im menschlichen Organismus einander im entgegengesetzten Sinne beeinflussen — wie sie auf Grund vieler Tierexperimente entstand —, beweist die Prüfung der Insulinempfindlichkeit bei Fällen von Morbus Basedow und Hyperthyreoidismus sowie bei Myxödem vor und nach Schilddrüsenfütterung, daß die Hormone beider Drüsen im gleichen Sinne wirksam sind und einander in ihrer Beeinflussung des Blutzuckerspiegels verstärken.

Bewertung der Typhusschutzimpfung. Die Typhuserkrankungen der 1914—1918 wehrpflichtigen Männer sind kurz nach dem Kriege im Vergleich mit gleichaltrigen Frauen auffallend seltener gewesen. Es besteht jedoch einige Wahrscheinlichkeit dafür, daß die vermehrte Durchseuchung der Truppen im Kriege für die Aenderung der Alters- und Geschlechtsverteilung in der Typhusmorbidität der Nachkriegszeit und nicht die Schutzimpfung verantwortlich ist. Die Beurteilung von Epidemien in größerem Abstand vom Kriege ist notwendig, um den Wert der Typhusschutzimpfung beurteilen zu können. Im Gegensatz zur Durchseuchung wird sich die Einwirkung der Impfung nur kürzere Zeit bemerkbar machen, und wie vor dem Kriege müßte die Erkrankungshäufigkeit bei Männern größer sein.

Nr. 42, 21. Oktober.

Pathogenese und Therapie der Stauungspapille. Die Stauungspapille wird durch Wirkung mechanischer Momente hervorgerufen, indem durch die Steigerung des intrakraniellen Druckes Liquor cerebri in die Lymphräume hineingepreßt wird, die die Zentralgefäß des Sehnerven umgeben, und so in die Sehnervensubstanz selbs gelangt. Als besondere Form der Neuritis des Nervus opticus ist si nicht aufzufassen, da primär keine Entzündung vorhanden ist. Durch Schädigung der Optikusfasern führt jede länger dauernde Stauungspapille zur Verschlechterung des Sehvermögens und schließlich zu Erblindung. Es ist daher unbedingt notwendig, bei Nachlassen de Sehkraft sofort die Stauungspapille selbst zu behandeln, ohne mi allgemeiner und medikamentöser Behandlung (Schmierkuren!) kostbare Zeit zu versäumen. Wo eine Beseitigung des zur Drucksteigerung führenden Grundleiden unmöglich ist, soll zuerst die wenig gefährliche und oft sehr wirksame Lumbalpunktion, eventuell i häufigerer Wiederholung, vorgenommen werden. Erst beim Versage dieses Eingriffes kann zur Drainage der Cisterna magna, zum Balkenstich oder zur wesentlich gefährlicheren Trepanation geraten werden. Freilich hält der Erfolg aller dieser Maßnahmen höchst selten übe zwei Jahre an. (Obliteration der Abflußwege.)

Ist Jodmangel Ursache des endemischen Kropfes? Die zugunsten der bereits vor 70 Jahren aufgestellten Jodmangeltheorie des Kropfes ins Feld geführten Argumente können keineswegs überzeugen und lassen sich zum Teil ohne weiteres widerlegen. Die günstige therapeutische Wirkung des Jods und die Erfolge der prophylaktischen Jodzufuhr berechtigen nicht dazu, in dem Jodmangel die Ursache des Kropfes zu sehen, genau so wenig wie aus der heilenden Wirkung des Eisens bei der Chlorose eine zu geringe Eisenzufuhr mit der Nahrung als Ursache der Anämie zu erschließen ist. Die als Stütze der Jodmangeltherapie verwertete Anschauung, daß Strumen im allgemeinen jodärmer sind als nicht vergrößerte Drüsen und daß der Durchschnittsjodgehalt nicht vergrößerter Schilddrüsen um so geringer sei, je weiter von der Meeresküste entfernt die Träger leben, diese Anschauung ist auf Grund eingehender Untersuchungen gänzlich abzulehnen. Trotz verminderten Jodgehaltes der Umwelt vermag die Schilddrüse größere Jodmengen in sich aufzunehmen, wie im allgemeinen der Gehalt von Gewebsbestandteilen nur bedingt vom Angebot abhängt, da der Organismus bei knapper Zufuhr sehr haushälterisch mit den lebensnotwendigen Stoffen umgeht (NaCl, Stickstoff). Viel berechtigter erscheint die Annahme, daß die Jodarmut bei den parenchymatösen Strumen nicht eine Folge exogenen Jodmangels ist, sondern darauf zurückzuführen ist, daß die Aufnahmefähigkeit für Jod in dem durch Erkrankung geschädigten Gewebe herabgesetzt ist. Der Gesamtjodgehalt des Kropfes kann dabei den einer nicht vergrößerten Drüse übersteigen und der Jodgehalt allein ergibt keine Aufschlüsse über das Jodbindungsvermögen. Der Jodgehalt ist abhängig von der anatomischen Struktur. Wenn die Drüse fähig ist, Jod zu binden, so geschieht es auch bei vermindertem Angebot in der Umwelt. Fehlt dieses Bindungsvermögen, so wird auch trotz reichlichem Jodangebotes kein Jod gespeichert. Da Jod fast ausschließlich an Kolloid gebunden ist, so gibt der Jodgehalt nur das Verhältnis von Kolloidbildung zum Kolloidverbrauch an. Wenn die Bildung den Verbrauch übertrifft, so wächst der Jodgehalt, und er nimmt ab mit der Steigerung der Kolloidabfuhr. Daher besagt die Bestimmung der Gesamtjodmenge nichts über die Tätigkeit der Schilddrüse als solche (Basedowschilddrüse oft sehr jodarm!). Das Primäre der Kropfbildung ist eine Schädigung des Schilddrüsenepithels, die als Folge eine mangelhafte Jodaufnahme nach sich zieht. Die Annahme, daß Kropfendemien an das Binnenland (vorwiegend an gebirgige Gegenden) gebunden sind und daß bei längerem Aufenthalt an der jodreichen Meeresküste Rückbildung der Struma eintritt, er-

scheint nicht ausreichend durch Beweise gestützt. Endemien sind im Flachland und am Meere vielfach beobachtet (Rheinebene, Holland, Seinemündung). Die Jodmangeltheorie ist nicht gut mit der Tatsache zu vereinbaren, daß innerhalb einer Kropfendemie nicht alle Menschen mehr oder minder gleichmäßig befallen werden, sondern daß das Uebel in manchen Dorfteilen und Häusergruppen gehäuft sich zeigt. Gegenüber den bisher angeführten negativen Momenten kann die Beobachtung einer zahlenmäßig festgestellten indirekten Relation zwischen Kropfhäufigkeit und Höhe des Jodgehaltes von Boden, Wasser, Luft und Bodenprodukten nicht als ausschlaggebendes Beweismittel verwertet werden. Wahrscheinlich hat eine reichlichere Gegenwart von Jod in der Umwelt die gleiche Wirkung wie die künstlichen zugeführten minimalen Jodmengen. Die Jodprophylaxe ist nur als ein empirisch begründetes Handeln anzusehen. Das Jod wirkt einer Noxe entgegen, deren Wesen unbekannt ist.

Ist die Jodmangeltheorie des Kropfes richtig? Für das Gebiet der Weichselmündung kann die Jodmangeltheorie nicht gelten. Obwohl diese Gegend sehr jodreich ist und die Bewohner in einem Jodüberfluß leben, kommen viele Kröpfe vor. Nach dem Kriege ist eine Kropfzunahme festgestellt worden, ohne daß eine Aenderung des Jodgehaltes der Nahrung erkennbar ist. Nur in Ausnahmefällen gelingt es, durch Jodgaben den Kropf zum Verschwinden zu bringen. Jedenfalls wirkt das Jod nicht als Spezifikum.

Kritik der Asthmaoperationen. Sowohl der Vagus als auch der Sympathikus enthalten bronchokonstriktorische und bronchodilatatorische Fasern, so daß der Versuch, schweres Asthma durch operative Entfernung des Halssympathikus zu behandeln, nicht völlig der anatomischen Grundlage entbehrt. Doch besitzt der Vagus größere Bedeutung für die konstriktorische Innervation der Bronchialmuskulatur. Verschiedentlich sind daher Asthmatiker mit Vagusdurchschneidung behandelt worden, z. T. mit Erfolg. Auch die Unterbrechung der Vagus- und Sympathikusfasern an ihrer Vereinigungsstelle an der Hinterfläche des Hauptbronchus ist mehrfach mit guten Ergebnissen ausgeführt worden. Allen diesen operativen Eingriffen liegt die bisher unbewiesene Annahme zugrunde, daß der echte asthmatische Anfall durch Erregung des Vago-Sympathikus zustande kommt, eine Annahme, die durch den im Tierexperiment bei Reizung dieser Nerven hervorzurufenden Bronchialkrampf entstanden ist. Wahrscheinlich genügen schon Störungen im Bereich der in der Lunge automatisch tätigen Ganglienzellen ohne jede Vermittlung des Vagus oder Sympathikus, um beim Menschen Anfälle auszulösen. Wenn das Asthma auf diesem Wege durch humorale Reize (körpereigene oder von außen eindringende Gifte), erzeugt wird, so muß eine Operation an den großen Lungennerven zwecklos sein. Die so vielfältigen Auslösungsbedingungen und die auf ganz verschiedenen Wegen erzielten Behandlungserfolge (Milz- oder Lungenbestrahlung, Diathermie, Einspritzungen der verschiedensten Stoffe) weisen darauf hin, daß bei einer wirksamen Therapie dieses Leidens die Suggestion von ausschlaggebender Bedeutung ist. Es gibt Asthmakranke, bei denen alle Heilmittel der inneren Medizin und der Psychotherapie versagen. Bei diesen kann bisweilen der starke suggestive Einfluß oder die psychophysische Wirkung chirurgischer Maßnahmen noch Erfolge zeitigen. Eine möglichst ungefährliche Operation erscheint unter diesen Gesichtspunkten zweckmäßiger als die großen und oft folgenschweren Eingriffe an den Lebensnerven, bei denen völlige Versager zudem vorkommen. So wurden bei Asthmatikern verschiedene Eingriffe ausgeführt, die das vegetative Nervensystem kaum berührten und die doch von Erfolg begleitet waren (Thorakoplastik, Rippenresektion mit Durchschneidung von Interkostalnerven, Strumektomie). Biberfeld.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 42., 15. Oktober 1927.

Das Herz bei Fettleibigkeit. Der Verfasser zeigt, wie außerordentlich schwierig die Diagnose der Herzinsuffizienz bei Fettleibigen ist. Er weist an Hand vieler eindrucksvoller Röntgenskizzen nach, daß man die Diagnose kaum nach allgemeinen Symptomen des Kreislaufes oder nach dem bloßen äußeren Herzbefund mittels Perkussion und Auskultation stellen kann. Eine große Sicherheit des Urteils ist aber doch zu erreichen, wenn die Erscheinungen am allgemeinen Kreislauf mit dem physikalischen und röntgenologischen Befund am Herzen zusammengefaßt und mit der nötigen Kritik gewertet werden, wenn auch der Gesamtbefund ausreichend gewürdigt wird. Der Verfasser gibt besondere Hinweise auf die Bedeutung der Hypertonie und die der eventuellen thyreotoxischen Komponente. Die therapeutischen Ratschläge des Verfassers sind äußerst beherzigenswert, eignen sich aber nicht zu einem kurzen Referat. Es sei nur noch der Hinweis erwähnt, daß bei ernsteren neuropathischen Störungen jede Entfettungskur unterlassen werden muß, besonders bei Cyklothymie, da eine Abfettung leicht von einer Depression gefolgt wird. Diese Mahnung ist deshalb besonders wichtig, da gerade diese Kranken in ihren manischen oder submanischen Phasen den stark akzentuierten Wunsch haben, energisch entfettet zu werden.

Gibt es ein die Fettresorption förderndes inneres Sekret des Pankreas? Die Frage, ob es ein die Nährstoffresorption förderndes inneres Sekret der Bauchspeicheldrüse gibt, wird in der neuesten Literatur als unentschieden hingestellt. Es wird deshalb der Einfluß des Insulins auf die Nährstoffresorption geprüft a) bei pankreaserkrankten Menschen mit schweren Resorptionsstörungen, b) bei pankreaslosen Hunden. Es zeigt sich, daß Insulinmengen, die die pathologische Kohlehydratstörung beseitigen, keinerlei Einfluß auf die Nährstoffresorptionsstörung haben. Unterbindung sämtlicher Ausführungsgänge des Pankreas führt zu den gleichen schweren Resorptionsstörungen wie Pankreasexstirpation. Es wird daraus geschlossen, daß es ein die Nährstoffresorption förderndes inneres Sekret des Pankreas nicht gibt.

Gasstoffwechselveränderungen bei Schizophrenen. Die Schizophrenie geht immer mit einer Veränderung des Stoffwechsels einher, und zwar der spezifisch dynamischen Eiweißwirkung (sp. d. E.) oder des Grundumsatzes (G. U.) oder beider. Diese Veränderungen sind nicht spezifisch für die Schizophrenie. Im Anfangsstadium der Schizophrenie liegt nach den bisherigen Untersuchungen eine Erniedrigung der sp. d. E. bei normalen G. U. vor. Erst im Verlauf der Krankheit senkt sich der G. U. Abgeklungene Schizophrene zeigten eine Erniedrigung des G. U. oder der sp. d. E. oder beider Werte, wenn sie entweder noch psychische Abweichungen oder starken Fettansatz oder beides aufwiesen. Bei solchen abgeklungenen Schizophrenen, die keines dieser Symptome zeigen, konnte bisher keine Veränderung im Stoffwechsel nachgewiesen werden. Ob diese Parallelität durchgängig ist, läßt sich noch nicht entscheiden. Depressive zeigen keine Veränderungen des Stoffwechsels, weder des G. U. noch in der sp. d. E. Es läßt sich daher mit Hilfe der Gaswechseluntersuchung die Differentialdiagnose zwischen beiden Erkrankungen stellen.

Chemische Untersuchungen im arteriellen, kapillären und venösen Blut. Der Verfasser kommt zu dem bedeutsamen Schluß, daß man nicht ohne weiteres berechtigt ist, die für Stoffwechselbeobachtungen nötigen Untersuchungen nur an einem Blutsystem durchzuführen. Der Schluß vom Teil auf das Ganze ist nur für Reststickstoff und Harnstoff erlaubt. Der Zuckergehalt weist fast regelmäßig größere Differenzen auf. Der Kochsalzspiegel zeigt ziemlich bedeutende Abweichungen in den drei Systemen. Es erscheint daher notwendig, bei Angabe von Werten bei chemischen Blutuntersuchungen auch die Art des verwandten Blutes bekanntzugeben.

Entstehungs- und Ausheilungsbedingungen der Retinitis nephritica. Die Grundbedingungen für die Entstehung der Retinitis nephritica ist der Hochdruck: sein pathologisch-physiologisches Substrat am Auge scheint die Enge der Retinalarterien zu sein. Gleichzeitige Anämie dürfte noch fördernd wirken. Ist die Erythrozytensenkung wesentlich beschleunigt, so ist damit eine anscheinend gleichfalls konstante Bedingung zur Entstehung der Retinitis gegeben, die aber nur bei Hochdruck zur Auswirkung kommt. Das Ausfallen von Fibrinniederschlägen dürfte durch venöse Stase bei gleichzeitiger Hyperinose bedingt sein. Besteht Hypercholesterinämie, so lagern sich — bei bereits vorhandener Netzhauterkrankung — oft Cholesterinester ab.

Traubenzucker als Hormon der Insulinsekretion? Die Behauptungen von Grafe und Meythaler, daß der Blutzucker an sich den Inselapparat zu gesteigerter Tätigkeit veranlaßt, wird auf Grund von Experimenten als unbewiesen erachtet. Die von den genannten Autoren in Pankreasarterie injizierte Lösung führt nicht infolge ihres Zuckergehaltes, sondern lediglich durch ihre hohe osmotische Konzentration zur Hypoglykämie.

Nr. 43, 22. Oktober 1927.

Gehirnantikörper bei Syphilis. Die Untersuchungen mit menschlichen Gehirnlipoiden bestätigten weiterhin, daß bei der menschlichen Syphilis organspezifische Antikörper interferieren. Ihr Nachweis ist u. a. Adsorptionsversuchen möglich, über die noch berichtet wird. Diese Tatsache wird außer durch statistische Feststellungen auch durch Tierversuche, bei denen der Nachweis der organspezifischen Antikörperbildung außer mit Gehirn- auch mit verschiedenen anderen Organextrakten gelang, unterstützt. Mit den von den Verfassern angegebenen vorläufigen Gehirnrindenextrakten gelingt die Anstellung einer Flockungsreaktion im Sinne von Sachs und Georgi (Blutschrankmethode) nicht in ausreichendem Umfange. Bewährt hat sich hingegen eine einstündige Bebrütung bei 37° und folgendem 23stündigem Eisschrankaufenthalt. Der hier beschriebene Weg der Organdifferenzierung erscheint zunächst u. a. durch Paralleluntersuchungen in Blut und Liquor geeignet, die Klärung des Metasyphilisproblems zu fördern.

Die Einheitsdosimetrie der Röntgenstrahlen im praktischen Gebrauch. Eine Dosismessung in der Strahlentherapie, welche die Bestimmung aller wissenswerten Daten über die applizierte Strahlung (Dosismessung, Qualitätsmessung, Rückstreuungskorrektur und Dosenverteilung im Körper) in sich schließt, ist in zuverlässiger Weise mit 2 Meßreihen zu gewinnen, von denen die erste in der Messung der Intensität der Strahlung hinter dem benutzten Grundfilter besteht, die zweite in der Bestimmung der Schichtdicke des Zusatzfilters in Kupfer, hinter dem die Intensität der Strahlung auf die Hälfte herabsinkt. Mit dem Küstnerschen Eichstandgerät kann die Dosis zuverlässig auf einige Prozent bestimmt werden. Für die Berechnung der Oberflächendosis ist nur die Rückstreuung zu berücksichtigen. Die Erythembildung gleicher Mengen auf die Oberfläche wirkender R-Einheiten ist bei allen, in der Tiefentherapie verwendeten Strahlengemischen die gleiche. Durch die Größe der HWS in Kupfer in Verbindung mit einem bestimmten Grundfilter ist die Spannung und der Grad der Inhomogenität der ausgemessenen Strahlung bestimmt. Es wird eine Kurvenschar mitgeteilt, mit welcher beide Werte auf Grund der ionometrisch gemessenen HWS festgestellt werden können.

Zur Lokalisation des Wärmezentrums und des Zuckerzentrums beim Menschen. Verfasser nimmt an, daß beim Menschen im Zwischenhirn an einer analogen Stelle, wie bei den Versuchstieren, ein Zentrum für die Wärmeregulation und den Zuckerstoffwechsel vorhanden ist.

Poliklinische Erfahrungen über die Behandlung des Diabetes mellitus mit Synthalin. Die Urinmenge wurde in keinem Falle durch die Synthalinbehandlung beeinflußt; Gewichtszunahme konnte durch die Synthalinbehandlung nicht erzielt werden. Die Azidose wurde nur in einem Fall, in dem wirklich eine stärkere Azetonausscheidung bestand, günstig beeinflußt; in allen anderen Fällen traten eher unter der Synthalinbehandlung — hervorgerufen wohl durch den Hungerzustand bei völliger Appetitlosigkeit, Erbrechen und Durchfällen — Azetonkörper im Harn auf. In mittelschweren bis schweren Fällen gelang es nicht, das Insulin durch Synthalin auch nur teilweise zu ersetzen; im Gegenteil trat während der Synthalinbehandlung eine Verschlechterung der Gesamtstoffwechsellage bei den schweren Fällen ein. Chirurgische Komplikationen wurden in dem einen einschlägigen Falle nicht beeinflußt. Eine Meinung über das K.H.-Aequivalent abzugeben ist Verfasser angesichts der Spärlichkeit der wirklich positiven Erfolge nicht imstande. Die Verträglichkeit endlich war in über der Hälfte der Fälle schlecht. Von Cholaktol sah Verfasser in dem einen Falle, in dem er es anwandte, keinen Nutzen. Am gesichertsten scheinen Verfasser die Gegenanzeigen gegen eine Synthalinbehandlung, nämlich zum Koma neigende schwerere Fälle und darüber hinaus auch mittelschwere Fälle mit nur geringer Neigung zur Azidose. In allen Fällen komme man durch die Diätbehandlung und im schweren Fall mit Insulin weiter als mit Synthalin, ohne die niemals voraus zu sehenden Nebenwirkungen in Kauf nehmen zu müssen. Bei der Beurteilung der Wirkung des Synthalin bei leichteren Fällen vergesse man nicht, wie viele überraschende und weitgehende Besserungen bei sogenannten verwilderten Diabetikern eintreten können unter einer überhaupt irgendwie geregelten Kost; und ferner, daß hier überhaupt nur lange Beobachtungen etwas wirklich Beweisendes für oder wider erkennen lassen.

Entstehen und Vergehen der lokalisierten Schädelerweichungen beim Neugeborenen. Die lokalisierten, am häufigsten in den Scheitelbeinen, und namentlich in deren medialen Randpartien auftretenden Knochenerweichungen beim Neugeborenen (sog. Kuppenweichschädel Wielands) finden sich nur bei Kindern, bei denen Schädellagen bestanden haben; ihre Entstehung und spezielle Anordnung im Einzelfalle ist von mechanischen Bedingungen, den die Verknöcherung störenden Druckwirkungen abhängig (Druckerweichungen). Die Zeichen eines lokalisierten Druckweichschädels sind aber nie bei sonst guten Ossifikationsverhältnissen zu finden, sondern stets nur an Neugeborenenschädeln, die auch sonst sowohl klinisch wie mikroskopisch-anatomisch Zeichen einer allgemein verzögerten und unvollkommenen Verknöcherung besonders an ihren Nahträndern aufweisen, zumeist auch allgemein unterentwickelten Feten angehören. Es ist also ein deutlicher Grad von allgemeinem Weichschädel unbedingte Vorbedingung für die Ausbildung der lokalisierten Druckerweichungen. Nach der Geburt, also nach dem Wegfall der Druckwirkungen, wird die Verknöcherung der lokalisierten Defekte in Kürze, meist in wenigen Wochen, nachgeholt, welcher Vorgang mit reichlicher Retention von Kalziumsalzen verbunden ist.

Beitrag zur Spezifität der Lymphogranuloma-inguinale-Reaktion. Die vom Verfasser im Jahre 1925 angegebene Lymphogranuloma-inguinale Reaktion gestattet eine diagnostische Abgrenzung der Krankheit ebenso wie gegenüber anderen Lymphdrüsenaffektionen auch dem Ulcus-molle-Bubo gegenüber. Voraussetzung ist dabei, daß man mit einem aus sicheren Fällen stammenden fremden Antigen und nicht mit Eigeneiter arbeitet. Eine analoge Reaktion, wie sie mit L. i.-Antigen bei L. i.-Kranken zustandekommt, kann man auch mit einem Antigen aus Ulcus-molle-Bubo an Ulcus-molle-Bubo-Kranken erzielen. Auch diese Reaktion scheint spezifisch zu sein. Ob sie konstant ist, müßte noch näher geprüft werden. Durch Verwendung eines Antigens aus Eigeneiter ist daher eine Differenzierung zwischen Lymphogranulomatosis inguinalis und Ulcus-molle-Bubo nicht möglich. Für die Identität von Lymphogranulomatosis inguinalis und klimatischen Bubonen spricht unter anderem die Tatsache, daß ein abgeheilter Fall der letzteren Art mit einem einheimischen L. i.-Antigen eine positive Hautreaktion gegeben hat. Die durch eine Lymphogranulomatosis inguinals erworbene Hautallergie kann jahrzehntelangen Bestand haben.

Insulinhypoglykämie und Ionenwirkung im Säuglingsalter. Die Hypoglykämie im Insulin-Wasserversuch des Säuglings wird durch perorale Zufuhr von physiologischer NaCl-Lösung unter Auftreten hypoglykämischer Symptome deutlich verstärkt. Bei Zufuhr wässeriger $CaCl_2$-Lösung tritt ebenfalls eine Verstärkung der Hypoglykämie ein, sie ist jedoch geringer als bei Kochsalzzufuhr und nur ausnahmsweise mit hypoglykämischen Reaktionen verbunden.

Nr. 44, 29. Oktober 1927.

Die Bildungsstätten des Gallenfarbstoffes. Die außerordentlich orgfältige und instruktive Untersuchungsreihe der Verf. ist nicht um kurzen Referate geeignet. Man kann jedoch zusammenfassend agen, daß die Leber gegenüber den übrigen Gewebssystemen des örpers als ein Organ von maßgebender bilirubinbildender Kraft ufzufassen ist. Sie muß, wie auch Fischler zeigte, stets Bilirubin ilden, während der extrahepatische Gewebsapparat dies nur unter anz besonderen Bedingungen in stärkerem Maße vollbringen kann. teressant sind die Rückschlüsse aus den untersuchten experimenllen Ikterusformen auf die Topik der Gallenfarbstoffbildung bei den ämolytischen Ikterusformen des Menschen. Die Zerstörung der rythrozyten erfolgt in der Regel nicht durch echte Hämolyse in er Blutbahn. Nur für den Ikterus bei der paroxysmalen Hämoobinurie, bei der Morchelvergiftung, beim Schwarzwasserfieber, eim Gasbrand können daher die Ergebnisse beim Hämoglobinterus des Säugetieres Geltung beanspruchen. Dagegen geht der lutuntergang beim klassischen hämolytischen Ikterus, bei der rniziösen Anämie, bei den splenomegalischen Anämien auf einen echanismus des Blutunterganges zurück, der in vieler Hinsicht dem s Toluylendiamin- und Phenylhydrazinikterus näherstehen dürfte. ier aber besteht das Primat der Leber bei der Gallenfarbstoffldung. Die Verf. betonen erneut, daß die Versuchsergebnisse, die e bedeutungsvolle Rolle der Leber bei der Gallenfarbstoffbildung ich beim Säugetier von neuem zu stützen geeignet sind, nur für die eber als makroskopischen Organbegriff Geltung haben, und daß gesichts der Doppelstruktur der Leber, angesichts der innigen urchflechtung von Parenchymzellen und Kupferschen Sternzellen ne topische Beweisführung kaum noch enger geführt werden kann. olange die Kenntnisse vom Mechanismus des normalen und pathogischen Blutunterganges so tiefe Lücken aufweisen, wird das oblem der Gallenfarbstoffbildung nur in Teilvorgängen, aber nicht schöpfend geklärt werden können.

Die gruppenspezifische Differenzierung der menschlichen Organe. e Organe von Personen, welche der I. = O-Gruppe angehören d in deren Erythrozyten beide Agglutinogene fehlen, enthalten enfalls weder das Agglutinogen A, noch das Agglutinogen B. e Organe von Personen der II. = A-Gruppe enthalten, ebenso wie e entsprechenden Erythrozyten, das Agglutinogen A. Die Organe n Personen der III. = B-Gruppe enthalten, ebenso wie die dazuhörigen Erythrozyten, das Agglutinogen B. Die Organe von rsonen der IV. = AB-Gruppe enthalten, ebenso wie die Erythrorten, zwei Agglutinogene, A und B. Die fixierten Zellen des enschlichen Organismus besitzen eine derjenigen der Erythrozyten entische gruppenspezifische biochemische Differenzierung.

Ueber die Glyzerinbouillon Höchst. Die Glyzerinbouillon bildet nen wesentlichen Bestandteil des Tuberkulins. Die Versuche und eobachtungen der Verf. zeigen, daß ihre Reaktivität sehr großen hwankungen — vom Tuberkulincharakter bis zu nahezu völliger wirksamkeit — unterworfen sein kann. Die Faktoren, die die irkungsstärke der Glyzerinbouillon bedingen, sind offenbar sehr mplizierter Natur. Welchen von ihnen der Vorrang gebührt, nnte nicht mit Sicherheit ermittelt werden. Für die gröbere berkulindiagnostik und Tuberkulintherapie scheinen die Untersuchungen der Verf. ohne Belang zu sein. Bei feineren Tuberkulinudien dürften sie hingegen in mehrfacher Richtung Berücksichtigung rdienen.

Ueber periodische Aenderungen der Zirkulationsgeschwindigkeit. ch tierexperimentellen Beobachtungen können Veränderungen der utzusammensetzung, die durch eine periodische Atemtätigkeit rvorgerufen werden, periodische Schwankungen der Zirkulationsschwindigkeit auslösen, mit einer Steigerung des Minutenvolumens gen Ende der Hypopnoe und einer Abnahme gegen Ende der yperpnoe. Die Veränderungen des Schlagvolumens waren gleichnnig, wie die des Minutenvolumens, aber verhältnismäßig größer folge eines entsprechenden Wechsels der Schlagfrequenz.

Die Beeinflussung des Blutzuckerspiegels durch Unterbindung r Ausführungsgänge der Bauchspeicheldrüse beim Hund. Nachdem die Verf. das von Mansfeld beschriebene Phänomen bei einem Hunde bestätigen konnten, sprachen sie sich bereits in einer früheren Mitteilung gegen die praktische Uebertragung des Tierexperimentes auf den diabetischen Menschen aus, da es vielleicht ein anderes ist, ob ein normales Hundepankreas oder ein bereits diabetisches menschliches Pankreas unterbunden wird. Die Autoren haben daher zur Beantwortung dieser Frage den Versuch gemacht, im Tierexperiment ähnliche Bedingungen zu schaffen, wie sie beim Menschen gegeben sind, und bemühten sich, Hunde durch partielle Pankreasexstirpation und darauffolgende Kohlehydratüberernährung diabetisch zu machen, um an diesen Tieren hinterher den Ausführungsgang zu unterbinden. Wäre in diesem Falle der Diabetes verringert oder zum Verschwinden gebracht worden, so wäre dies ein direkter Beweis für die Wirksamkeit der Pankreasunterbindung gewesen und man hätte das Recht gehabt, bei initialen Fällen von Diabetes mellitus den Eingriff auch am Menschen zu wagen. Infolge der außerordentlich schwierigen Technik bei den Tierexperimenten haben die Verf. nach großen Opfern an Versuchstieren die Versuche wieder aufgeben müssen, glauben aber die Frage, ob die Pankreasunterbindung beim normalen Tier zu einer Mehrproduktion von Insulin führt, durch die Versuche von Herxheimer beantwortet zu wissen. Sie glauben nicht an die jedesmalige Reproduzierbarkeit des Mansfeld-Phänomens. Auch in der menschlichen Pathologie findet sich ganz selten einmal ein Fall von Hyperinsulinämie, doch handelt es sich dabei wohl um pathologische Zustände infolge von einem heterotopischen Vorkommen von Inselgewebe (etwa in der Leber) und nicht, wie im Mansfeldschen Versuch um eine hypothetische Hypertrophie von Inseln durch einen vorausgegangenen Eingriff im normalen Organismus. Nach Besprechung der Operationsmöglichkeiten und der Unsicherheit, die Gefahr der Mitligatur der Arterie zu vermeiden, kommen die Verf. zu dem Schluß, daß eine Uebertragung der Tierversuche auf den Menschen noch nicht empfohlen werden kann, solange die prinzipielle Frage über die Reproduzierbarkeit und Dauerhaftigkeit des Phänomens nicht einwandfrei gelöst ist.

Uebererregbarkeit des Nerv-Muskel-Systems und Schwangerschaftsazidose. Es wurde der Nachweis erbracht, daß in der Schwangerschaft tatsächlich innigere Beziehungen zwischen der Ionenverschiebung (Schwangerschaftsazidose) einerseits und der mechanischen und der galvanischen Uebererregbarkeit andererseits bestehen. Im Rahmen dieser Feststellungen erscheint auch die Uebererregbarkeit des Uterusmuskels besonders am Ende der Schwangerschaft, verständlicher. Denn man findet am Ende der Gravidität bei stärkster relativer Uebererregbarkeit des peripheren Nervensystems die stärkste Sensibilisierung des Uterusmuskels.

Ueber die Entstehung des Schmerzes beim Magen- und Duodenalgeschwür. Einwandfreie Fälle von Magen- oder Duodenalgeschwüren bei absoluter Achylie (histamin-negative) sind bisher noch nicht berichtet worden. Wenn solch ein Fall gefunden wird, sollte man die Schmerzen sehr vorsichtig studieren, um festzustellen, ob sie auf das Geschwür zurückzuführen sind. Entleerung des Magens während der Geschwürschmerzen zeigt gewöhnlich ziemlich hohe Salzsäurewerte. Die Einführung der Salzsäurelösungen von genügender Quantität und Konzentration in den Magen zur rechten Zeit ruft die Geschwürschmerzen hervor, welche man durch Entleerung des Magens oder durch Neutralisation der Salzsäure mit Alkali zum Verschwinden bringen kann. Verf. betont, daß es ihm wiederholt mit ganz normalen Konzentrationen der Salzsäure gelungen ist, die Schmerzen hervorzurufen. Es gibt gewöhnlich keine Verbindung zwischen den Schmerzen und dem Tonus, Motilität oder Spasmus des Magens oder des Duodenums. Die Schmerzen sind wahrscheinlich durch die entzündliche Reaktion des Geschwürs und direkte Salzsäurereizung bedingt, aber gelegentlich kann die Peristaltik eine Nebenrolle spielen. In einigen Fällen von Magenkrebs sind die Schmerzen durch dieselben Faktoren hervorgerufen.

Die Arbeitsfähigkeit und die Arbeitstherapie bei den Neurosen. Die Neurose wirkt im allgemeinen beeinträchtigend auf die Arbeitsfähigkeit sowohl durch ihre bewegungsstörenden Symptome und durch Ausschaltung von Sinnesgebieten als auch durch Schmerzen und schließlich durch die Gefühle der Angst und Schwäche. Ein übersteigertes Angst- und Schuldgefühl kann zuweilen auch leistungssteigernd wirken, wenn es sich nicht in fruchtlosen Zwangshandlungen erschöpft. Die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch die Neurose ist je nach der Tiefe und Echtheit des zugrundeliegenden Konfliktes zu beurteilen; sie ist grundsätzlich vorübergehend. Arbeit wirkt im allgemeinen auf eine Neurose bessernd durch Erregung von Gefühlen der Zuversicht, der Sicherheit und des Selbstvertrauens und durch Gewöhnung, Uebung und Disziplinierung. Ferner wirkt die Arbeitstherapie oft ablenkend, unmittelbar ableitend aber insoweit, als die Arbeit schöpferische Tätigkeit ist; die mit ihr verbundene Schaffenslust ist ein Ausgleich für neurotische Triebversagungen und somit echte Heilung.

Neue Herzhormonbefunde. Die Versuche des Verf. ergaben, daß das Herzhormon im Gegensatz zur Akzeleranzsubstanz und zum Adrenalin selbst durch sehr starke Einwirkungen von Fluoreszenzlicht nicht zerstört wird.

Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 43, 21. Oktober 1927.

Arnold Hirsch, Berlin.

Die Medizinische Welt.

Nr. 34, 24. September 1927.

Einfluß der Außentemperatur auf Immunität und Anaphylaxie. Die Versuche von Friedberger haben gezeigt, daß Tiere, in kalter Luft gehalten, in gleicher Weise vorbehandelt wie Kontrolltiere, in warmer Luft gehalten, keine Anaphylaxie-Erscheinungen darbieten. Selbst wenn sie später in warme Umgebung gebracht wurden, trat keine Ueberempfindlichkeit ein. Die Bedeutung dieses Friedbergerschen Befundes liegt in der Entdeckung der Ursache für die guten Erfolge bei der Behandlung Lungenkranker in Heilstätten mittels Freiluftkur, die sich besonders im Winter in günstigster Weise auswirkt. Verfasser nimmt an, daß das Friedbergersche Phänomen nicht eine Immunitätserscheinung ist, sondern vielmehr zustande kommt, weil das Antigen bei den in der Kälte gehaltenen Tieren garnicht resorbiert wird wegen der peripheren Gefäßkontraktion, wie sie ja durch die Kälte bedingt wird, vielmehr schnell mit dem Urin ausgeschieden wird, so daß es garnicht zum Zerfall des Antigens resp. zur Bildung der Anaphylaxie erzeugenden Stoffe kommen kann. Das tuberkulöse Fieber verschwindet somit in der Kälte, weil die Eiweißkörper resp. die Endotoxine der absterbenden Tuberkelbazillen nicht als Anaphylaktogene endogen wirken, sondern wegen der kalten Außentemperatur rasch mit dem Urin eliminiert werden.

Die endometroide Geschwulstbildung. Ein spezifisch gynäkologisches Krankheitsbild. Für das vom Verfasser als endometroide Geschwulstbildung bezeichnete Krankheitsbild findet man in der Literatur die verschiedensten Namen: Adenomyosis uteri, Adenomyositis, Adenofibrosis, Adenomyometritis, Endometriom, heterotope Endometriosis, Fibroadenomatosis sero-epithelialis u. a. Die Erkrankung besteht darin, daß bei Frauen im geschlechtsreifen Alter abseits vom Cavum uteri Wucherungen vom Bau der Uterusschleimhaut auftreten, welche sich an dem Menstruationszyklus beteiligen, ihren Sitz an verschiedenen Organen des Unterleibes haben können und in fortgeschritteneren Fällen expansiv und infiltrativ wachsen und dadurch eine gewisse Aehnlichkeit mit den spezifischen Blastomen gewinnen. Die ersten Anfangsstadien der Erkrankung zeigen nur eine kleine Zyste oder wenige Drüsenschläuche und können deshalb noch keine Aehnlichkeit mit einer Schleimhaut besitzen. Von allen Organen, die von der endometroiden Geschwulstbildung befallen werden, ist am stärksten der Uterus beteiligt, dessen Innen- und Außenfläche ergriffen werden kann, dann folgen die Tuben, die Ovarien, die Ligamente, die Excavatiorecto-uterina, der Darm (Rektum und Dünndarm), die vordere Bauchwand, die Blase, die Inguinalgegend und die Scheide evtl. Vulva. Auch im Parametrium sind die gleichen Bildungen nachgewiesen worden. Die Geschwulst beteiligt sich schon im allerersten Beginn an der Menstruation (Schwellung und Blutung). Histologisch äußert sich dies durch Auftreten von hämatogenen Pigment zwischen den Stromazellen des zytogenen Gewebes. Es kommt so zu periodischer „Tumor"-Bildung mit spontaner und Druckschmerzhaftigkeit. Falls der Tumor dem Peritoneum naheliegt, treten auch reaktiv-entzündliche Veränderungen an demselben auf. Auf den durch die Adhäsionen geschaffenen Verbindungsbrücken zu den Nachbarorganen kann invasiv die endometroide Geschwulst vorwärtsdringen, wodurch die Vereinigung der Organe fester wird und Hohlorgane strikturieren können (Rektum). Infolge des Durchwachsens in die Scheide kommt es zu Fluor, Blutungen und evtl. Kohabitationsbeschwerden. Häufig besteht Sterilität. In seltenen Fällen ist maligne Entartung der endometroiden Bildungen beobachtet worden. Eine besondere Eigentümlichkeit vieler dieser Tumoren ist die Fähigkeit, Desidua zu bilden. Aetiologisch spielt für die endometroide Geschwulstbildung die Tätigkeit des Eierstockes die größte Rolle. Vor der Pubertät und nach der Menopause kommt offenbar keine Neubildung dieser Tumoren vor. Die Bildung der endometroiden Geschwülste ist nach Meinung des Verfassers ein komplexer Vorgang. Zunächst entsteht an gewissen Stellen zytogenes Gewebe. Es entsteht perivaskulär im subperitonealen Bindegewebe und reagiert auf die Ovarialhormone. Besonders häufig ist die Entwicklung von zytogenem Gewebe dort zu beobachten, wo Störungen der Muskelarchitektur und breitere Streifen von Bindegewebe auftreten. In dem zytogenen Gewebe siedelt sich auf metastatischem Wege Schleimhautepithel des Uterus an. Das Weiterwachsen der endometroiden Tumoren ist ein invasives durch Zytolyse. Die Prognose ist bei den endometroiden Tumoren mit Vorsicht zu stellen. Die unangenehmste Komplikation ist das Uebergreifen auf den Darm. Stenosierungen und selbst Atresien können die Folgen sein. Therapeutisch empfiehlt sich am meisten die Operation. Ob eine Entfernung der Ovarien das Weiterwachsen der Tumoren verhindert ist fraglich. Die Loslösung der adenomyotischen Tumoren vom Rektum führt nicht ganz selten zur Eröffnung des Darmes, und Todesfälle sind nach der Literatur wiederholt zu beklagen gewesen.

Darstellung der Gallenblase im Röntgenbilde. Verfasser tritt für die perorale Methode der Gallenblasendarstellung mit Brom- oder Jodtetragnost (Merck) ein. Die Verabreichung gestaltet sich folgendermaßen: Am Tage vor der Röntgenaufnahme morgens Probefrühstück, nachmittags keine festen Speisen; abends drei bis vier Gramm Brom- oder Jodtetragnost in Gelatinekapseln mit kleiner Breimahlzeit oder einem Teller Schleim-, Mehl- oder Milchsuppe. Eine Viertelstunde vor der Einnahme des Kontrastmittels, je nach der Höhe der Säurewerte des Magensaftes, ein bis zwei Teelöffel voll Natronbikarbonat in Wasser gelöst, eine Viertelstunde nach der Mahlzeit und eventuell nach einer weiteren Viertelstunde nochmals die gleiche Menge Natronbikarbonat. Die Röntgenaufnahmen erfolgen in der Regel nach 12, 15, 18 Stunden. Das Brom- und das Jodtetragnost geben beide gleich gute Resultate.

Die chronische Bleivergiftung. Die Anamnese erleichtert in einer nicht geringen Anzahl von Fällen die Diagnose einer chronischen Bleivergiftung, aber bei der weitaus größeren Anzahl der Fälle läßt der überaus schleichende Beginn und wechselnde Symptome eher auf neurasthenische Störungen und auf andere konstitutionell, endokrin und durch andere Momente bedingte Schädigungen schließen, als auf eine Bleiintoxikation. Es kann gerade der unmerkliche Beginn und die Vielgestaltigkeit wechselnder Beschwerden (neben dem Auftreten von Bleisaum, basophiler Tüpfelung, Koliken, Gelenk- und Nierenerscheinungen im fortgeschrittenen Stadium) als charakteristisch angesehen werden.

Gordon.

Nr. 35, 1. Oktober 1927.

Die Gélineausche Narkolepsie. Unter den beobachteten Fällen der Gélineauschen Narkolepsie überwiegen die Männer weitaus über die Frauen. In der Mehrzahl setzen die Erscheinungen um die Zeit der Pubertät oder kurz vorher oder nachher ein. Bei einer zweiten Kategorie von Fällen tritt die Narkolepsie erst später, in den dreißiger Jahren auf. Direkte Heredität ist vereinzelt beobachtet worden. Hereditäre Belastung mit Geisteskrankheiten, Trunksucht der Eltern, vereinzelt auch mit Epilepsie, ist gleichfalls verzeichnet. Die Patienten selbst sind nicht selten, abgesehen von der Narkolepsie, psychoneuropathisch veranlagt. Dem Ausbruch der Narkolepsie unmittelbar oder kürzere Zeit vorausgehend, werden relativ oft Schädeltraumen genannt. Bisweilen ist es auffällig, daß die Kranken immer viel geschlafen haben oder daß sie einige Zeit vor dem Auftreten der pathologischen Schlafanfälle aus äußeren Gründen durch einige Zeit sich nicht recht ausschlafen konnten. Die Symptomatologie der Gélineauschen Narkolepsie ist relativ einfach, aber doch sehr charakteristisch. Sie umfaßt vor allem zwei Erscheinungen, nämlich die Schlafanfälle und das eigentümliche Verhalten bei Affekterregungen. Die Schlafanfälle treten meist mehrmals täglich auf, drei- bis sechsmal, unter Umständen aber viel häufiger, im Falle Gélineaus sogar 100 mal täglich. Der Schlaf gleicht vollständig normalem Schlaf. Die Kranken verspüren vorher eine nicht zu überwindende Schläfrigkeit und Müdigkeit. Die Atmung wird meist vertieft und verlangsamt, das Gesicht leicht gerötet, selbst Träume kommen in diesem Schlaf vor. Andererseits gibt es Fälle, wo in einzelnen solcher Anfälle das Bewußtsein nicht so weit getrübt wird, wie im eigentlichen Schlaf. Es kann sogar vorkommen, daß die Kranken in diesem Zustand in der Arbeit fortfahren, nur daß diese natürlich verkehrt ausgeführt wird. Der Schlaf tritt mit Vorliebe ein, wenn sich die Kranken ruhig verhalten. Aber es kommt auch vor, daß die Kranken im Stehen, selbst im Gehen einschlafen. Das Erwachen erfolgt entweder spontan oder durch ein Geräusch. Der Nachtschlaf wird von den Kranken als gut bezeichnet, ist es aber durchaus nicht immer: Die Kranken schlafen oft recht unruhig; auch Pavor nocturnus oder Somnambulien ähnliche Zustände kommen vereinzelt vor. Die zweite noch auffälligere Erscheinung bei der Narkolepsie ist das eigentümliche Verhalten bei Affekterregungen, eine auffällige Muskelerschlaffung bei herzlichem Lachen, bei heftigem Aerger, im Zorn, im Schreck. Der Kranke verliert die Macht über seine plötzlich erschlaffte Muskulatur; manchmal nur in umschriebenen Gebieten, der Kiefer sinkt herab, der Kopf auf die Brust, die zum Schlag erhobene Hand sinkt schlaff herab. Oder die Muskelerschlaffung ist mehr allgemeiner Natur, die Knie sinken ein, die Kranken verlieren den Halt und fallen auf den Boden. Das Bewußtsein ist hierbei vollständig erhalten. Ganz gelegentlich kommen leichte Muskelzuckungen dabei vor. Der Verfasser bezeichnet diese Zustände als affektiven Tonusverlust. Die Narkolepsie hat keine Beziehungen zur Epilepsie und Hysterie. Der Verlauf ist ausgesprochen chronisch. Fälle, die in wirkliche Heilung übergegangen wären, sind unbekannt. Das Wesen der zugrunde liegenden Veränderungen ist noch nicht geklärt. Die in Betracht kommende Lokalisation läßt sich in der Gegend des dritten Ventrikels fixieren. Wichtig ist, daß viele der Narkoleptiker endokrine Stigmen haben. Man sieht lymphatischen Habitus, deutliche Leukozytose, verspätete Genitalentwicklung usw. Vor allem ergeben sich Hinweise auf die Hypophyse und Schilddrüse, die ja bekanntlich einen Einfluß auf den Schlaf haben. Vielleicht ist das Wesentliche dabei die Herabsetzung der Oxydationsvorgänge. Die Therapie hat keine günstigen Aussichten. Allgemein roborierende Verfahren, Vertiefung des Nachtschlafes, das von Gowers empfohlene Koffein führen zu keinem Erfolg. Am meisten empfiehlt sich Verabreichung von Schilddrüse.

Ist der Krebs eine Kulturkrankheit? Der Krebs ist genau so weit eine Kulturkrankheit, als das hohe Alter als Kulturkrankheit anzusehen ist. Unter primitiven Lebensbedingungen überschreiten Mensch und Tier nur selten die Blütezeit des Lebens. Für Geschöpfe, die die generative Fähigkeit verloren haben, hat die Natur nur wenig Verwendung. Sie kümmert sich auch nicht um ihren Fortbestand. Nun ist es dem Menschen durch Schaffung eines künstlichen Milieus, durch Fernhalten der schädlichen Zufälle gelungen, einen großen und immer größer werdenden Teil seiner Art bis in die Greisenzeit zu erhalten. Besonders auffallend ist diese Lebensverlängerung in der modernen Epoche der öffentlichen Gesundheitspflege. Die Jugend, die dank der Erweiterung unserer Kenntnisse über die Infektionskrankheiten davor bewahrt bleibt, an akuten Infektionen zugrunde zu gehen, lebt weiter, um an degenerativen Alterskrankheiten zu sterben, zu denen auch der Krebs gehört. In den unzivilisierten Ländern ist die Zahl derjenigen, die ein hohes Alter erreichen, verhältnismäßig gering. Wir besitzen aber kein überzeugendes Beweismaterial, um zu behaupten, daß Angehörige der unzivilisierten Völker, die das Krebsalter erreichen, für diese Krankheit weniger empfänglich, als die Bewohner der Kulturländer sind. Es fehlt uns noch an genügendem Material, um über diese Frage entscheiden zu können. Wir haben aber auch keinen Grund zu der Annahme, daß die Eingeborenen, die doch nachweislich genau dieselben Arten von Krebs wie die Europäer haben können, gegen diese Erkrankungen besonders unempfänglich sind.

Schutzimpfung gegen Tollwut. Auf Grund von mehr als 35 000 erfolgreich behandelten Patienten behauptet der Verfasser, über die beste bekannte Art der Schutzimpfung zu verfügen. Die von ihm geübte hyperintensive Methode verkürzt die Dauer der Behandlung auf fünf Tage, in besonderen Fällen wird sie sogar auf drei Tage herabgesetzt. Das Verfahren kann am Wohnort des Patienten selbst durchgeführt werden. Denn jeder Arzt, der imstande ist, eine subkutane Einspritzung zu machen, kann sie ausführen. Der Impfstoff besteht aus Gehirnsubstanz eines an Tollwut gestorbenen Kaninchens (Virus fixe), die unter Glyzerin aufbewahrt und vor dem Gebrauch in der in besonderer Flasche beigefügten Sublimatlösung aufgeschwemmt wird. Man injiziert am besten unter der Bauchhaut. Man darf nicht subfaszial oder intrakutan spritzen. Verabreicht werden täglich 6 ccm der Emulsion, und zwar gibt man gleichzeitig je drei Injektionen an verschiedenen Stellen der bezeichneten Körpergegend. Dieser Eingriff wird an fünf aufeinanderfolgenden Tagen wiederholt. Kinder vertragen die gleichen Mengen wie Erwachsene. Die Behandlung ist als beendigt anzusehen, wenn 30 ccm der Aufschwemmung verabfolgt worden sind. Liegt ein besonders schwerer Fall vor (Wunden am Kopf usw.), so kann man den Patienten einer Wiederimpfung unterziehen, die nach 5—10 Tagen in genau der gleichen Weise vorzunehmen ist. Die Einspritzungen werden dann in der Schultergegend und am Thorax vorgenommen. Jede Einspritzung ruft eine leichte Entzündung in der Umgebung hervor. Die hyperintensive Methode der Schutzimpfung ist vollkommen unschädlich. Was die praktischen Ergebnisse der Behandlung anbetrifft, so schwankt die Sterblichkeit im Mittel zwischen 1 und 4%, wobei alle Versager in die Berechnung einbezogen sind.

Moderne Diabetesbehandlung. Man hat bei der Diabetesbehandlung hauptsächlich auf zwei Punkte zu achten, die sicherlich miteinander zusammenhängen: 1. der Stoffwechsel muß unter Kontrolle des Nüchtern-Blutzuckers normal gehalten werden, 2. das Körpergewicht ist auf das Niveau zu bringen, das vertragen wird. Dadurch wird der Schutz, den die Symptomfreiheit gegen das Fortschreiten der Krankheit und gegen die Komplikationen schafft, erreicht. Bedient man sich dagegen dieser Verhaltungsmaßregeln nicht, so kommt es früher oder später, in größerem oder geringerem Grade dazu, daß die Kräfte des Kranken geschädigt werden, daß seine Arbeitsfähigkeit erlahmt, und das auch in solchen Fällen, in denen dieser Verlauf vermeidbar gewesen wäre. Unser Ziel muß es sein, in größerem Maße als bisher den Eintritt der höchst qualvollen Zustände, die sich bei einem ursprünglich leichten Diabetes ausbilden können, zu verhindern. Dieses Ziel kann durch Aufklärungsarbeit über die Erfahrungen der Neuzeit erreicht werden. Verfügen wir

doch jetzt über bessere Waffen als früher; durch Untersuchungen des Blutes — nicht des Urins allein — durch Registrierung des Körpergewichtes ist die Möglichkeit einer viel wirksameren Kontrolle als früher gegeben.

Erfahrungen mit Synthalin bei Diabetes mellitus. Das Synthalin ist ein Hilfsmittel von großer Wirksamkeit zur Behandlung des Diabetes mellitus. Es ist bei allen Formen von Diabetes verwendbar. Man gibt das Synthalin in Dosen von 20—25 mg ein- oder zweimal täglich. 1 mg Synthalin entspricht einer Insulineinheit. Es ist am besten, eine Pause jeden vierten Tag einzuschalten und nicht mehr als 125 mg in vier Tagen zu geben. Sollten sich zeitweise unangenehme Symptome, wie Appetitlosigkeit, Magendrücken, Bauchschmerzen, Brechreiz, Erbrechen oder Diarrhoe einstellen, so ist es am besten, die Verabreichung von Synthalin für eine kurze Zeit zu unterbrechen und dann mit einer kleineren Dosis wieder anzufangen. Camphor. monobromat. in 0,5 g Dosen mit dem Synthalin gegeben, wird auch zeitweise die unangenehmen Symptome vermindern. Bei mit Coma kompliziertem Diabetes muß Insulin verwendet werden, da hier rasche Wirkung notwendig ist.

Die röntgenologische Darstellung des Wurmfortsatzes. Die langsame Entleerung des Wurmfortsatzes kann eine Ursache dafür abgeben, daß er sich häufig der röntgenologischen Auffindung entzieht. Diese langsame Entleerung kann durch Störungen seiner Motilität verursacht sein, ohne daß erhebliche anatomische Veränderungen bestehen, analog der Hypomotilität anderer Abschnitte des Verdauungstraktus infolge von atonischen oder hypertonischen Zuständen, die sich aus irgend einem Grunde herausgebildet haben. Bei sorgfältiger und ausdauernder Beobachtung mit Hilfe besonderer technischer Verfahren wird sich die Zahl der Fälle bedeutend vermehren lassen, in denen sowohl der krankhaft veränderte als auch der normale Appendix röntgenologisch dargestellt und auf diese Weise in seinen morphologischen und funktionellen Eigentümlichkeiten nutzbringend studiert werden kann. Sehr unsicher dagegen sind, was die Pathologie des Appendix betrifft, die Schlüsse, die man aus seiner Nichtauffindbarkeit ziehen kann. Wenn der Appendix auf dem Röntgenbilde niemals gesehen wurde, so kann das zwar in der Tat bedeuten, daß er durch irgend einen pathologischen Prozeß undurchgängig geworden ist; aber so zahlreich auch die röntgenologischen Beobachtungen gewesen sind, man kann sich des Zweifels nicht erwehren, daß der Blinddarm sich in einem bestimmten, uns leider entgangenen Moment doch gefüllt hat.

Die Therapie der Magen-Darmstörungen bei Malaria. Die Versuche, die der Verfasser mit Uricedin-Stroschein unternahm, ergaben für die Therapie der Magendarmstörungen bei Malaria folgende Resultate: Das Uricedin kann mit bestem Erfolg bei allen Magenstörungen verwendet werden, ganz besonders ist es bei der Achylie zu verwenden. Hier genügen Dosen von 5 Gramm täglich 14 Tage chronischen Malariafällen ist eine Dosis von 10 Gramm Uricedin zu verwenden, wobei das Mittel so lange verabreicht wird, bis eine schwach alkalische Reaktion des Harnes eintritt. Bei auftretenden Malariadurchfällen gibt man Uricedin dreimal täglich 15 Gramm ein oder zwei Tage hindurch. Die schwer beeinflußbaren Malariaobstipationen werden durch große Gaben Uricedin und reichliche Flüssigkeitsmengen in kürzester Zeit behoben. Das Uricedin wird wegen seines Wohlgeschmackes sehr gerne genommen und hat infolge seines Natriumzitrates bei Malaria sicher antitoxische Wirkungen.

Klinische Bedeutung im Abdomen sub operatione zurückgelassener Fremdkörper. Bei Fremdkörperzurücklassung soll der Chirurg bald aktiv, bald expaktativ vorgehen: schneidende Instrumente müssen sofort entfernt werden. Ist die Zurücklassung von Kompressen innerhalb der nächsten 24 Stunden nach der Operation festgestellt, so sollen sie unbedingt entfernt werden; hat man aber diese Frist versäumt, dann soll man abwarten bis zur Abkapselung, um sie erst dann zu entfernen. In Fällen von Infiltratbildung im Gebiete der vorausgegangenen Operation oder in seiner Nachbarschaft denke man auch an einen Fremdkörper. Die Frage über den zweiten Eingriff behufs Entfernung des Fremdkörpers soll nur ein Konsilium entscheiden, nachdem die Einwilligung der Angehörigen des Kranken eingeholt worden ist. Vor dem zweiten Eingriffe soll eine röntgenologische Untersuchung (möglichst unmittelbar vor dem Eingriff) stattfinden. Das negative Resultat der Röntgendurchleuchtung schließt nicht absolut die Möglichkeit der Fremdkörperzurücklassung im Organismus aus.

Zusammensetzung und Beurteilung von Diabetikergebäcken. Von den fünf untersuchten Brotgebäcken genügen nur das Diaetei-Primärbrot der Simonschen Apotheke und von den fünf Trockengebäcken nur das Sojapan-Teegebäck der Dr. Theinhardtschen Nährmittel-Gesellschaft den im Kohlenhydratgehalt an Diabetikergebäcke zu stellenden Anforderungen. Günstiger liegen die Verhältnisse bei den fünf untersuchten Luftbrötchen, von denen die Glidine-Luftbrötchen der Firma Fromm & Co. und die Luftbrötchen der Dr. Theinhardtschen Nährmittel-Gesellschaft recht brauchbare Erzeugnisse darstellen. Auch die Sifar-Luftbrötchen von Gericke dürften, wenn man von der sehr geringen Ueberschreitung der Höchstgrenze absieht, bescheidenen Ansprüchen noch genügen. Wenn demnach im Handel in geringem Umfange brauchbare Diabetikergebäcke vorgefunden werden, so besteht doch leider die Tatsache, daß der dafür geforderte Preis für die minderbemittelte Bevölkerung kaum erschwinglich ist. L. Gordon.

Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene.

H. 10, 1927.

Zur Ortslage von Siedlungen für ansteckende Tuberkulöse. Nicht nur der unerzogene Tuberkulöse ist ansteckend, auch der peinlich saubere Kranke gefährdet seine Umgebung, besonders Kinder. Siedlungen für ledige Tuberkulöse, die durch Einwohnen in gesunden Familien diese stark gefährden, sollten nicht nur Wohn-, sondern auch Arbeitssiedlungen sein, denn die Infektion Gesunder auf dem täglichen Arbeitsmarkt ist nicht zu unterschätzen. Oertlich muß eine solche Siedlungen völlig von den Wohnorten Gesunder getrennt und, wenn auch mit Schienenstrang verbunden, nicht allzu bequem erreichbar sein, um eine dauernde Vermischung der Bewohner der Siedlung mit den Gesunden zu vermeiden. Bei einer Siedlung für Tuberkulöse mit Familie muß vor allem auf genügende Absonderung des Kranken von den Gesunden geachtet werden. Es muß mindestens ein großer, luftiger Raum vorhanden sein, in dem der Kranke für sich leben kann, besser sind zwei Räume, ein Schlaf- und ein Arbeitsraum. Siedlungen mitten in der Stadt, oder das Reservieren einzelner Wohnungen für Tuberkulöse innerhalb von Häuserkomplexen, die von Gesunden bewohnt werden, wird abgelehnt, da solche Herde eher der Weiterverbreitung der Tuberkulose dienen als der Einschränkung.

Die Gefährdung von Kindererholungsheimen durch infektiöse Kinderkrankheiten. Verf. versuchte, durch Umfrage die tatsächliche Größe der Heimgefährdung aufzudecken. Die Antworten zeigten einmal den Wunsch der Heimleitungen, die Tatsachen zu vertuschen, zweitens häufig eine erschreckende Unkenntnis in Infektionsfragen bei Laienberichten. Immerhin konnten einige grundlegende Erkenntnisse gefunden werden. Die Bedeutung der einzelnen Infektionskrankheiten für die Heime ist eine verschiedene. Bei Masern nimmt Kontagiosität wie Malignität bei Massenansammlung von Kindern zu. Scharlach ist im Inkubationsstadium kaum infektiös, es kommt vor allem auf schnelle Isolierung bei Ausbruch der Krankheit an. Bei Diphtherie sind Bazillenträger und Dauerausscheider gefürchtet, Keuchhusten macht die meisten Schwierigkeiten, da die Diagnose zu Beginn schwer zu stellen ist. Die Infektionskrankheiten treten um so heftiger auf, je dichter das Milieu ist, in das sie einfallen, wenn die hygienischen Bedingungen sonst die gleichen sind. Die Kinderzahl ist nicht ausschlaggebend, wenn man ein großes gut eingerichtetes Kinderheim vergleicht mit einem kleinen Heim, mit altmodischen Einrichtungen und Vorschriften. In dem vorliegenden Material ist der Scharlach die häufigste Erkrankung. Auffallend häufig wurde Verlausung bei Mädchen gemeldet, mehrfach meist als Einzelereignis Gonorrhoe. Die Infektionsverbreitung in den Heimen hat folgende Quellen: 1. Versagen der Entsendestelle. 2. Versagen der Aufnahmeuntersuchung, 3. mangelhafte hygienische Einrichtung des Heims. 4. mangelhafte Ueberwachung durch unzureichendes Pflegepersonal und unzureichende ärztliche Aufsicht, 5. Neueinschleppung durch Besuch, Personal usw. Ad 1; eine genaue ärztliche Untersuchung unmittelbar vor der Abreise ist unumgänglich. Bei der Gonorrhoeuntersuchung lehnt der Verfasser die Gumpertschen Vorschläge ab, da das psychische Trauma, das eine solche Untersuchung setzt, in keinem Verhältnis steht zu der Gefahr einer vielleicht einmal übersehenen Go. Er empfiehlt sorgfältige Beobachtung der Wäsche der Kinder, Urinuntersuchung auf Eiter, auch bei der Aufnahmeunteruchung. Zu 3: Jedes, auch jedes kleine Heim muß Isolierräume haben, jedes fiebernde Kind muß isoliert werden. Das Baden zweier Kinder in derselben Wannenfüllung ist zu unterlassen. Pflege- und Wirtschaftspersonal ist dauernd ärztlich

kontrollieren. Besuch sollte möglichst verboten werden. Das Ziel Zukunft ist die Beseitigung der kleinen Heime und Ausbau der ßen ärztlich geleiteten Anstalten.

Die Vorbildung und Weiterbildung der Fürsorgerin. Verf. nscht, daß wegen Ueberlastung des Lehrplans der Frauenschulen Teil des bisherigen Lehrstoffs ausgeschieden wird. Stilübungen, rzschrift, Staatsbürgerkunde, Verwaltungslehre und Rechtskunde lte die Schülerin vor Eintritt in die Frauenschule beherrschen. Es ß den Schulentlassenen Gelegenheit gegeben werden, sich auf sen Gebieten auszubilden, und zwar auch den Volksschülerinnen, n die Forderung der Lyzeumsbildung für den Besuch der Frauenule hält Verf. für eine soziale Entgleisung. Bei der beruflichen rbildung soll das Hauptgewicht auf die Gesundheitspflege gelegt rden. Im Berufe wiederum sollte der Fürsorgerin Gelegenheit zum such von Fortbildungskursen und fachlichen Tagungen gegeben rden. Dazu gehört ferner eine vernünftig begrenzte Arbeits- und aubszeit. Paula Heymann, Berlin.

Zeitschrift für Tuberkulose.

Band 48, 6.

Pleurogene Infektionen der Lungenspitzen. In der vorliegenden beit weist Verfasser nochmals auf die Bedeutung der pleurogenen ektionswege bei Spitzenaffektionen und tertiären apikalen berkulosen hin. Sich stützend auf klinische Fälle, wird angommen, daß durch banale Infektionen im Halslymphgebiet ein hologischer Weg (Spitzenadhäsionen) gebahnt werden kann, auf lchem Tuberkelbazillen aus den Halslymphdrüsen durch die obere ertur die Brusthöhle zu erreichen vermögen. Die bekannte Kritik pleurogenen Infektionen von Most und Beitzke wird abehnt, weil diese sich stützt auf anatomische Untersuchungen von chen Neugeborener und von tuberkulösen Kindern, die kein tzenleiden hatten, und nicht auf Untersuchungenen von pathologchen Zuständen der Lymphwege bei Erwachsenen mit Spitzenlen.

Ein Fall von schwerem chronischen, tuberkulösen Gelenkumatismus. Der Tod des Vaters an Tuberkulose, die Gonitis berculosa mit 5 und die Iritis tuberculosa mit 12 Jahren, die stark sitive Tuberkulinreaktion, die spezifische Erkrankung der Lungen, eminent chronische Verlauf des Leidens, die Neigung zu Konkturen und Versteifungen, der positive Ausfall der Herdreaktion, erhebliche Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, das rektäre Verhalten gegen Salicylica, das Fehlen einer anderen irgende nachweisbaren Infektion lassen die Diagnose: chronischer, berkulöser Gelenkrheumatismus als gesichert und genügend beesen erscheinen. Der histologische Nachweis spezifischer Gewebsktion gelang nicht, doch scheint gerade das Fehlen pathol.-ananisch spezifischer Elemente die Diagnose noch besonders zu tzen, denn das Charakteristikum eines „echten Poncet“ ist ja eben histologisch Unspezifische. Hätte die Untersuchung des aus dem gergelenk exzidierten Gewebsstückes Tuberkel erkennen lassen, wäre schlechthin eine Gelenktuberkulose erwiesen.

Tuberkulose und fahrendes Volk. Während vor dem Kriege das rende Volk wegen des allgemeinen Wohlstandes nur eine geringe lle spielte, stieg die Zahl der „Fahrenden“ nach dem Kriege inge Armut, Arbeits- und Wohnungsmangel ins Ungemessene. Zwar ßen wiederkehrende Ordnung und die Besserung des Arbeitsrktes die Hochflut etwas abebben, aber die Zahl ist noch heute r groß. Die schweren Zeiten haben auf die Tuberkulose unter Landstreichern bei dem unregelmäßigen Leben verschlimmernd wirkt. Schon wenige ansteckend tuberkulöse Wanderer bedeuten gen ihrer Berührung mit vielen Menschen, Wandergenossen in den rbergen und den Leuten, wo sie „Klinken putzen“, d. h. betteln, e große Gefahr im Sinne der Verbreitung der Tuberkulose. Noch ößer ist die Gefahr in Massenunterkünften bei Arbeitsgelegeniten großen Umfanges, zur Ernte, bei Ausstellungsbauten und dereichen, wenn keine ärztliche Auslese der Arbeiter und Aufsicht er die Unterkünfte stattfindet. Die Städte mit ihren Wohlfahrtsrichtungen bilden Filter, wo „fahrende“ Tuberkulöse festgestellt rden. Es fehlt aber die gesetzliche Handhabe, diese Keimträger die Dauer festzuhalten und auszuschalten. Vom sozialhygienischen Standpunkt gehören zum fahrenden Volke auch die Hausierer, Bettelmusikanten, Schausteller auf Märkten usw. Unter ihnen sind sozial heruntergekommene Tuberkulöse nicht selten. Gerade aber bei ihrer Tätigkeit als Ausschreier, Anreißer usw. verstreuen sie ihre Keime über dichtgedrängte Menschen und besonders Kinder. Tuberkulöse Handlungsreisende verbreiten in Gasthäusern und Schlafstätten ihre Krankheit. Tuberkulöse, die eine Scheu vor Heilstätten haben, siedeln sich gern in der Umgebung dieser Heilstätten an, Gegenden, die andererseits von ahnungslosen Sommer- und Winterfrischlern aufgesucht werden; damit ist eine ausgedehnte Möglichkeit der Tuberkuloseverbreitung gegeben. Behördliche Maßnahmen, wie Beaufsichtigung der Asyle. ärztliche Untersuchung von Saison- und anderen Massenarbeitern, Festhaltung der Keimträger, können allein nicht Hilfe bringen, das Publikum muß selbst die Gefahren, namentlich für die Kinder, kennen und vermeiden lernen.

Zwerg, Dresden.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

Band 66, 6.

(Dem Gedächtnis an Lucius Spengler.)

Dauererfolge der Pneumothoraxbehandlung im Hochgebirge. (Statistischer Ueberblick über 150 während 18 Jahren im Sanatorium Schatzalp behandelte Pneumothoraxfälle). Die bemerkenswert günstigen Erfolge der Verfasser stellen sich zahlenmäßig folgendermaßen dar: Geheilt wurden (Heilungsdauer 2 bis 18 Jahre) 66%, noch krank sind 6%. Gestorben an Tuberkulose trotz der Pneumothoraxbehandlung sind 21,2%, hiervon der größte Teil bereits nach 1 bis 3 Jahren. Aus anderer Ursache gestorben sind 5,3%. Die Geheilten gehen ihrem Beruf nach, haben keine Temperatur, keinen Husten oder Auswurf, Bazillen sind nicht mehr nachweisbar. Es handelt sich fast durchweg um schwere Tuberkulosen. Wenn man von den 150 Fällen diejenigen mit ausgedehnten kollapshindernden Pleuraverwachsungen abzieht, wird die Statistik noch weiter erheblich verbessert. Von 116 Fällen mit gutem, ausgiebigen Pneumothorax sind geheilt nach 2 bis 18 Jahren 81%, noch krank 3,5%, an Tuberkulose gestorben 10,3%, aus anderer Ursache gestorben 4,3%. Die sehr gut zu nennenden Pneumothoraxerfolge sind zum Teil zurückzuführen auf das Hochgebirgsklima als wesentlich unterstützenden Heilfaktor, zum Teil sind sie daraus zu erklären, daß es sich um sozial günstig gestellte Patienten eines Privatsanatoriums handelt.

Der Ableitungsbronchus tuberkulöser Kavernen im Röntgenbild. Der Ableitungsbronchus tuberkulöser Kavernen ist infolge bestimmter Veränderungen in den meisten Fällen röntgenologisch mit Deutlichkeit sichtbar. Sein Nachweis im Röntgenbild bildet ein wertvolles Hilfsmittel der Kavernendiagnostik. In seiner Eigenschaft als drainierender Kavernenbronchus gibt er uns wichtige Anhaltspunkte für die Erklärung verschiedener klinischer Phänomene, und als Ausgangspunkt bronchogener Metastasen kommt ihm bei der intrapulmonalen Ausbreitung der Lungentuberkulose eine besondere Bedeutung zu.

Ueber Phrenikusexhairese bei einem Fall von kavernöser Phthise des rechten Oberlappens. Ein Fall von schwerer zirrhot.-kavernöser Oberlappentuberkulose wurde durch die Phrenikusexhairese als alleinigen Eingriff überraschend günstig beeinflußt. Der Fall wurde allerdings nicht endgültig bazillenfrei. An Hand von Röntgenserienbildern wird im vorliegenden Fall gezeigt, daß nicht der Unterlappen, sondern der Oberlappen es ist, auf den die künstliche Zwerchfelllähmung besonders auswirkt. Der Wirkungsmechanismus der Phrenikusexhairese bei zirrhotischen Oberlappentuberkulosen besteht

darin, daß durch Aufheben des elastischen Zwerchfellwiderstandes die spontane Schrumpfungstendenz des zirrhotisch erkrankten Oberlappens eine wesentliche Erleichterung erfährt und sich dadurch in vollem Maße auswirken kann.

Beitrag zu den erworbenen spätsyphilitischen Lungenerscheinungen vor allem im Röntgenbild erwachsener Phthisiker. Es wird ein Fall von kavernöser Lungensyphilis beim Erwachsenen beschrieben, der sich später mit einer Phthise vergesellschaftet. Die Deutung der Röntgenbilder konnte durch das Ergebnis der Leichenöffnung Bestätigung finden. Im Anschluß an die Besprechung einiger klinischer Fragen, wie des gegenseitigen Einflusses der Doppelinfektion und der getroffenen therapeutischen Maßnahmen, ist der Versuch gemacht worden, pathologisch-anatomische und röntgenologische Krankheitszeichen für die verschiedenen Lokalisationen und Formen der Spätsyphilis im Bereich der unteren Atmungsorgane zusammenzustellen.

Ist Kehlkopftuberkulose eine Kontraindikation für Hochgebirgskuren? Eine Ausheilung der Kehlkopftuberkulose ist bei Allgemeinbehandlung ohne lokale Eingriffe möglich. Die Erfolge der Kehlkopftuberkulose im Hochgebirge sprechen gegen die Meinung, daß die Höhenluft für eine derartige Erkrankung schädlich sei. Ueber 20% Dauerheilung können bei genügend langer Behandlung erzielt werden. Die operative Behandlung der Larynxtuberkulose kommt dann in Betracht, wenn trotz stationärer und eventueller Lokalbehandlung keine deutliche Neigung zur Besserung nachweisbar ist. Die Erfolge der chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberkulose scheinen bei in Hochgebirgssanatorien behandelten Patienten besonders günstig zu sein. Bei der Indikationsstellung für Hochgebirgskuren ist die Form und Ausdehnung der Lungentuberkulose, sowie der Zustand anderer Organe, von größerer Bedeutung als die Kehlkopferkrankung. Eine Form der Kehlkopftuberkulose, die an sich fürs Hochgebirge kontraindiziert wäre, gibt es nicht.

Ueber Lungenblutungen im Hochgebirge. Die Lungenblutungen Tuberkulöser sind unter allen Umständen und in erster Linie zurückzuführen auf rein anatomische Ursachen. Die äußeren Umstände und klimatischen Bedingungen spielen eine ganz sekundäre Rolle. Da nach Ansicht des Verfasser ein Hochgebirgsaufenthalt in Verbindung mit einer Sanatoriumskur das beste Mittel ist, die Lungentuberkulose rasch und sicher zur Vernarbung und Ausheilung zu bringen, sind dadurch auch die günstigen Bedingungen gegeben, das Wiederaufleben einer Hämoptoe zu verhindern.

Zeitschrift für die gesamte physikalische Therapie.

32., Heft 4.

Diathermie-Elektroden und fehlerhafte Diathermien, die neuen Stromlinien-Elektroden. Die vom Verf. konstruierten Stromlinien-Elektroden sind auf der Basis einer streng physikalischen Arbeitsgrundlage aufgebaut. Die Verteilung der Stromlinien ist in gruppenweiser Entwicklung aus 4500 Einzelanwendungen auf das sorgfältigste ausgebaut worden, wobei im Vordergrunde die klinische Leistung stand. Die Stabilität der Elektroden ist größer als bisher und in bezug auf Durchbiegungs- und Zerreißungsmomente auf Höchstleistung gebracht worden; ebenso die elektrochemische Zerfallskomponente der Platten, welche schon in den ersten Versuchsjahren durch sorgfältige Verteilung der Stromlinien auf ein Minimum gebracht werden konnte.

Ueber den Blutkalkspiegel bei Spondylose. Verf. vertritt auf Grund seiner Beobachtungen die Ansicht, daß der Kalziumgehalt im Blute bei Spondylose sich innerhalb der physiologischen Norm befindet, wobei er sich aber, diese Grenzen nicht überschreitend, den höheren Werten nähert.

Ueber die Strahlenbehandlung der Acne vulgaris. Verf. empfiehlt in schweren Fällen die örtliche Quarzlicht- und Röntgenbestrahlung mit Kombination von natürlichen und künstlichen Sonnenbädern; allgemein gültige Regeln lassen sich jedoch nicht aufstellen. Dagegen dürfte eine begleitende Salbenbehandlung im allgemeinen mehr schaden als nutzen. Bei den rosaceaartigen Formen der Akne leisten manchmal nächtliche Verbände mit 5% Tumerol-Zinkpaste wesentlich abkürzende Dienste. Am Morgen wird die Haut mit Olivenöl und Watte abgerieben. Das beliebte Pudern ist zu unter lassen, da es die Haut trocken und spröde macht. Die meist vor handene Seborrhoea capitis erfordert Schwefel (Thigenol 10—2 Glycerin ad 100), einmal wöchentlich einreiben und mit Seife ab waschen.

32., Heft 5.

Vergleich zwischen den Davoser klimatischen Faktoren de Sommers und des Winters. Luftverdünnung, Lufttemperatur, Luf trockenheit stellen im Sommer geringere Ansprüche, Luftbewegun Luftelektrizität, namentlich aber Strahlung größere. Keimfreihe und Staubfreiheit bleiben in allen Jahreszeiten erhalten. De wichtigste klimatische Faktor, der Wärmeanspruch (Abkühlungs größe), ist im Sommer geringer als im Winter, und dem entsprich die aus der Empirie bekannte Tatsache, daß schwächere Individue sich im Sommer leichter akklimatisieren als im Winter und dahe von einer Sommerkur oder einer im Sommer begonnenen meh Nutzen haben können als von einer Winterkur.

Eine verbesserte Applikationsmethode der Diathermie bei Ischias Statt der üblichen 3 Elektrodenmethode empfiehlt Verf. zur Behand lung des Ischias 4 Elektroden, und zwar kommt eine Elektrode unte das Gesäß (resp. Kreuzbein), die zweite umgreift den Unterschenke im Halbkreis, die dritte kommt oberhalb des Kniegelenks zu liege die vierte umfaßt halbsesselförmig den Unterschenkel dorsal.

Ueber Latenz und Spätreaktion nach Kälteschädigung. Es wir eine Schädigung durch Kälte beschrieben, die durch eine nach Laten von 20 bis 48 Stunden auftretende Spätreaktion gekennzeichnet is Die Reaktion geht einher mit Erscheinungen der Entzündun (Rötung, Schwellung, Schmerz, lokaler Temperaturerhöhung Bemerkenswert ist, daß sie nur in einem kleinen Bruchteil de Versuchspersonen gefunden werden konnte, was vielleicht zu Erklärung der verschiedenen Dispositionen für Erkrankungen nac Kälteschädigung herangezogen werden kann.

Zur Lehre vom Mechanismus der allgemeinen Badereaktion. Au den Versuchen des Verf. geht hervor, daß die Reaktion des Organis mus auf die Wirkung eines einzelnen Bades, sowie auf die eine bestimmten Bädertherapiekur in vielem, was die Veränderung de Elektrolytsgleichgewichts im Blute anlangt, gleich ist. Da jetzt vo verschiedenen Autoren die höchst wichtige biologische Rolle de K- und Ca-Ionen hervorgehoben wird, so dürfen wir den festgestellte Tatsachen eine bestimmte klinische Bedeutung zuschreiben. Proto plasmaaktivierung unter dem Einflusse der unspezifischen Therapi und Protoplasmawirkung im Organismus durch Bädertherapi hervorgerufen, sind ihrer Entstehung nach bei weitem nicht gleich Bei der Proteintherapie gelangen in den Organismus von auße Substanzen, die auf die Körperzellen wirken, und bei der Bäder therapie werden die Endigungen der vegetativen Hautnerven durc verschiedene chemische und physikalische Agentien gereizt. In letzteren Falle löst die Bädertherapie in den Körperzellen wirklic eine Protoplasmaaktivierung aus. Hier spielen außerdem vegetativ Nerven, endokrine Drüsen, Elektrolyte und Zellmembran ein wichtige Rolle. Nach den Ergebnissen des Verf. wird die allgemein Badereaktion begleitet von der Störung eines gewissen Gleich gewichts in der Tätigkeit des „vegetativen Systems“, verursach durch eine Elektrolytverschiebung. Die Verteilungsänderung de Na-, K- und Ca-Ionen in den Körperzellen geschieht unter dem Einfluß der allgemeinen Badereaktion nach der Seite des normale Zustandes hin, wodurch eben im Organismus Bedingungen zustand kommen, die den Genesungsprozeß fördern.

Zur Bedeutung der Fåhraeus-Reaktion in der Physiotherapie Die Physiotherapie bewirkt einen unbedingten Einfluß auf di Senkungsfähigkeit der Erythrozyten, indem sie dieselben in 75% aller Fälle beschleunigt, wobei in 74.9% die S.R. parallel dem klinischen Bilde verläuft. Diese Beschleunigung wird von eine Verschlimmerung der Krankheitssymptome begleitet. Die Beschleunigung der B.S.R. ist desto bedeutsamer, je deutlicher die Symptomenverschlimmerung auftritt. Die positive S.R. ist als Vorbote der Heilentzündung zu betrachten, wobei der Höhepunkt der Beschleunigung mit der Entwicklung der Entzündung gleichzeitig hervortritt. Der Grad der Beschleunigung der S.R. gibt die Möglichkeit, den Grad der Aetzortsreaktion zu beurteilen und dementsprechend die Dosierung der Therapie zu variieren. Die allmählich wachsende Verzögerung der S.R. bei Anwendung physiotherapeuti-

chen Methoden darf als günstiges Zeichen angesehen werden. Die B.S.R. kann als kostbares Orientierungsmittel in der Physiotherapie betrachtet werden und als solches in der physiotherapeutischen Klinik eingeführt werden.

32., Heft 6.

Ueber Blutdruckmessungen bei Ruderern während des Trainings. Untersuchungen an trainierenden Ruderern ergaben eine durchschnittliche Herabsetzung des maximalen Blutdrucks um 10 bis 20 mm Hg 10 bis 20 Minuten nach der Landung, gemessen mit dem zahlischen Pelottenmanometer. Blutdruckerhöhungen oder Blutdrucksenkungen von mehr als 30 mm Hg nach der Landung können Anzeichen von Uebertraining oder von körperlicher Indisposition des Ruderers sein. Dauernde Senkungen des maximalen Blutdruckruhewertes können bei einigen Ruderern festgestellt werden, aber nicht bei allen.

Ueber den Einfluß der Sonnenbäder auf die Veränderung des Blutgasgehaltes bei Kranken. Die Besonnung übt auf die Veränderung des Gasgehaltes des venösen Blutes (bei sofortiger Bestimmung nach der Sonnenbestrahlung) einen Einfluß aus. Die CO_2-Menge im Blute vermindert sich, die O_2-Menge im Blute vermehrt sich, jedoch nicht so bedeutend.

Ueber den Einfluß des Pigments auf die Menge der von der Haut reflektierten Ultraviolettstrahlen. Der Autor hat einen Apparat konstruiert, den er als Hautphotometer für ultraviolette Strahlen bezeichnet; dieser Apparat wurde an einem sehr großen Material geprüft. Es wurde das Prozent der von nichtpigmentierter „mittlerer Haut" reflektierten Ultraviolettstrahlen bestimmt. Es ist eine Verminderung der Reflektionsfähigkeit der Haut Ultraviolettstrahlen gegenüber mit dem Anwachsen der Pigmentierung festgestellt worden. Es wurde eine Entwigmentierung der Haut bei Unterbrechung der Sonnenbäder konstatiert.

Beiträge zur Physiologie des Glühlichtbades. Bei Verwendung der einfachen Glühlichtbäder wurden an Kaninchen sehr beträchtliche (bis über 5°), beim Menschen recht bemerkenswerte (bis über 1°) Steigerungen der Gesamtkörpertemperatur durch Messungen im Rektum regelmäßig nachgewiesen. Es handelt sich um eine starke Wärmezufuhr (vornehmlich durch die langwelligen Strahlen des sichtbaren Spektrums) und eine gleichzeitige Behinderung der Wärmeabgabe infolge des abgeschlossenen, umgebenden, sehr heißen Luftmantels. Diese Temperaturerhöhungen sind bei der therapeutischen Beurteilung der Glühlichtbäder in Rechnung zu ziehen. Am Kaninchen konnten durch lokale Bestrahlung des Kopfes mit einer Kohlenfadenlampe die allgemeinen Wärmeregulationsmechanismen (Polypnoe, Erweiterung der Hautgefäße usw.) in Gang gesetzt werden. Dabei stieg die Temperatur im Schädelinnern (Gehirn) sehr erheblich um mehrere Celsiusgrade bei fast gleichbleibender Körpertemperatur (gemessen im Rektum). Weniger klare Verhältnisse fanden sich am Menschen bei Anwendung des Brunningschen Kopflichtbades. L. Katz.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

110., 3. und 4. Heft.

Ueber die Angiomatosis des Zentralnervensystems (Lindausche Krankheit). Lindau hat 1926 als erster das Krankheitsbild der Angiomatosis des Zentralnervensystems aufgestellt. Bei dieser Krankheit findet man einzeln oder multipel auftretende Angiome im Zentralnervensystem, die in hohem Prozentsatz der Fälle mit Zystenpankreas und Hypernephromen in den Nieren vergesellschaftet sind. Die Angiome haben immer kapillären Bau und sind bisher im Kleinhirn, Rückenmarkstrang nebst verlängertem Mark sowie im nervösen Endapparat des Auges, niemals aber im Großhirn gefunden worden. Die Krankheit ist sehr selten. Neigung zu familiärem Auftreten. L. betrachtet die Erkrankung als Entwicklungsstörung des Mesoderms und setzt sie in Parallele zur tuberösen Sklerose und Recklinghausenschen Krankheit. Wie bei letzteren, so ist auch bei der Lindauschen Krankheit die Wahl eines einzigen Keimblatts sehr unwahrscheinlich. Verf. hat nun in der Arbeit einen Fall von Angiomatosis des Zentralnervensystems beschrieben: Drei kapilläre Angiome, am Dache des 4. Ventrikels, im unteren Dorsalmark und in der Retina (Angiomatosis retinae von Hippel) Zystenpankreas. Hypernephrome und Nierenzysten. Außerdem fand sich eine durch das ganze Rückenmark erstreckende Syringomyelie. Auf das häufige Zusammentreffen von kapillären Angiomen mit Syringomyelie, ihr Fehlen, wenn es sich um kavernöse handelt, wird hingewiesen. Lindau hat die Syringomyelie allerdings nicht als Teil der Krankheit erwähnt, trotzdem auch schon er das wiederholte Vorkommen in Verbindung mit Rückenmarksangiomen beschreibt.

Psychische Störungen nach Strangulationsversuch. Verf. haben in der Anstalt Herzberge einen Kaufmann beobachtet, der unmittelbar nach einem Erhängungsversuch in die Anstalt gebracht war und der eigenartige kinetische Symptome aufwies. Der 46jährige Pat. hatte früher niemals irgendwelche psychotischen oder funktionellen Symptome dargeboten, und der Suizidversuch war die Folge einer exogenen Depression. Aus der Krankengeschichte geht hervor: Als er abgeschnitten wurde, fiel er steif zu Boden und war bewußtlos. Er blieb etwa 10 Minuten regungslos liegen, dann machte er langsame Tretbewegungen mit den Extremitäten, auch schlängelnde Bewegungen, im Krankenwagen schlug er die Augen auf, erkannte aber die Tochter nicht. Bei der Aufnahme warf er sich, unartikuliert brüllend und stöhnend, hin und her. War nicht ansprechbar. Bei jeder Berührung Verstärkung der Bewegungen, heftiges Schreien, nicht aber beim Anreden. Schien benommen. Reagierte aber auf Hautreiz. Anfall erinnerte am meisten an Wutanfall. Am Nachmittag verwirrt, versuchte öfters, das Bett zu verlassen, beschäftigte sich mit dem Bettzeug. Am nächsten Tag zerfahren, dabei affektstumpf. Der Anfall selber schien Verf. in keines der oft beobachteten Bilder zu passen. Er hatte etwas der Katatonie Aehnliches. Erst der weitere Verlauf und die Anamnese führten von der Katatonie ab. In keiner Weise erinnerte das Bild an eine Epilepsie. Eine prinzipielle und allgemeine Stellungnahme zur Frage „funktionell-hysterisch oder organisch-toxisch-epileptisch" nehmen Verf. nicht ein. Die in dieser Arbeit durch die angedeutete Kontroverse Wagner—Moebius festgelegte Fragestellung möchten Verf. unter Berufung auf die erhebliche Fortschritte bietende psychologische Erforschung selbst organischer Krankheitsbilder nicht so zugespitzt sehen (z. B. vielleicht Anfall selbst organisch bedingt, trotzdem Uebergänge zur psychogenen Entstehung auffindbar). Die eigenartigen kinetischen Phänomene lassen sich mit Linsenkern- bzw. Streifenkugelschädigung in Zusammenhang bringen, und zwar um so mehr, als in den letzten Jahren derartig motorische Störungen bei der Encephalitis lethargica, bei der Linsenkernschädigung nachgewiesen ist, vorkommen. Eine an den Anfall anschließende Verwirrtheit und sämtliche übrigen symptomatischen Erscheinungen wurden für psychogene Schockwirkungen gehalten.

Ueber eine Erkrankung des Jugendalters mit chronisch-choreatischem Syndrom ohne Heredität und Geistesstörung. Verf. beschreibt einen Fall, der eine Frühform der chronischen, nicht hereditären Chorea darstellte und möglicherweise Folgezustand einer Grippeenzephalitis war. Symptomatisch war das choreatisch-hypertonische Syndrom in allen seinen Zügen voll ausgeprägt. Ungewöhnlich war das apoplektiforme Einsetzen der Erscheinungen

mit einem tonischen, an Torsionsspasmus erinnernden Krampf der Rumpfmuskulatur, das Ueberwiegen von starken, ausfahrenden Bewegungen, die starke Neigung zu synchronen und pseudokoordinierten Bewegungen der Glieder und besonders die hochgradige Antomatose, die nicht nur reaktiv, sondern auch schon spontan durch Körperdrehungen zum Ausdruck kam und mit Besserung des Krankheitsbildes sich weitgehend rückbildete.

Die Konstitutionsfrage bei der javanischen Rasse. Verf. kommt bei seinen Untersuchungen zu den Resultaten: Auch bei den Javanern wurden die Körperbautypen Kretschmers wiedergefunden, trotzdem bestimmte Formen einzelner Körperteile als Rassenkennzeichen betrachtet werden mußten. Die Konstitutionsuntersuchung bei den Javanern lehrte, daß man aus dem Gesamteindruck, durch Messung, Betrachtung und Photographien erhalten, die Typen aufbauen muß. Gerade die an eine bestimmte Rasse gebundenen Besonderheiten lehren, eine einzelne, den Typus nicht verderbende Abweichung nicht als Materialisation eines uns unbekannten Faktors zu betrachten, eines Faktors, der außer dieser Abweichung auch eine immer mit dieser somatischen Besonderheit zusammen auftretende Eigenschaft verursacht haben soll. Mischtypen wegen der Gefahr subjektiv gefärbter Beurteilung erfordern einen kritischeren Blick als reine Typen. Bei den psychotischen Javanern konnten aus den Legierungen keine Schlüsse auf den wahrscheinlichen Verlauf der Krankheit gezogen werden. Dagegen können sie für die genauere Beurteilung des psychischen Zustandes Bedeutung haben. Auch die schizophrenen Javaner zeigen vor allem den leptosamen Typus. Athleten wenig (Uebereinstimmung mit ihrer Weise, Muskelarbeit zu verrichten). Anzahl bei Männern und Frauen gleich. Bei manisch-depressiven Psychotischen fand Verf. weniger rein pyknische Typen als Kretschmer. (Bei Zurechnen der pyknischen Mischform nähern sich die Ergebnisse beider.) Soziale Lebensumstände ohne große Bedeutung für das Entstehen des pyknischen Körperbaus. Die Ergebnisse der Untersuchungen sprechen für den Zusammenhang der in der Anlage beschränkten Psyche mit dysplastisch angelegtem Soma. Wie die Psyche des javanischen Volkes sich in einem älteren Stadium des Evolutionsprozesses befindet als die des Europäers, so weist auch der Körper noch viele Kennzeichen eines älteren Evolutionsstadiums auf. Kennzeichen: Großer Gesichtsschädel, auflaufender Gehirnschädel, Neigung zur Bildung eines längsverlaufenden Kammes über den Schädel, tief eingesetzte und sattelförmige Nase mit seitlich gerichteten Oeffnungen, geringe Kinnbildung, lange Arme, kurze Beine, geringe Körpergröße.

Metallsalztherapie mit kleinen optimal wirkenden Dosen. Von dem experimentell Erzielten ist folgendes hervorzuheben: Metallsalze üben einen stark stimulierenden Einfluß auf viele (warscheinlich alle) der verschiedenartigen Mittel aus, welche der Organismus zur Abwehr bakterieller Angriffe und zum Sistieren infektiöser Prozesse besitzt. Metallsalze können Tiere gegenüber tödlich verlaufenden Infektionen völlig immun machen. Sie vermehren die normale Fähigkeit des Organismus zum Abbauen — Verbrennen — der bakteriellen Toxine. Sie können den anaphylaktischen Schock und den Tuberkulinschock verhindern. In Verbindung mit Vakzinbehandlung vermehren sie im hohem Grade die Leistungsfähigkeit dieser Behandlungsweise, in Verbindung mit Serumbehandlung verstärken sie die Wirkung dieser Behandlung. Kaninchentuberkulose kann durch Cadmium völlig geheilt werden. Auch können dadurch die Tiere sterilisiert werden, und zwar wenn die Behandlung sogar so spät wie 33 Tage nach der Infektion eingeleitet wird. Bei sämtlichen Wirkungen spielt die Konzentration (Dosis) des Metallsalzes eine außerordentlich große und entscheidende Rolle. Es findet sich eine Optimalkonzentration, wo die Wirkung am größten ist. Kleinere Dosen, als die dieser Konzentration entsprechenden, üben als Regel eine geringere oder keine Wirkung aus, größere Dosen sind ebenfalls von einer geringeren Wirkung bis sie so groß werden, daß sie schädlich sind. Diese schädliche Dosis liegt als Regel weit unterhalb der metallsalzvergiftenden Dosis, was von Bedeutung zu erinnern ist.

Ueber eine neue Goldsolreaktion des Liquors (Julius Kiss) und über deren klinische Verwertbarkeit. Die bisher befolgte Langesche Methode ist nur zur Kennzeichnung eines pathologischen Liquors geeignet, die Methode von Kiss dagegen voll zur Feststellung des kolloidchemischen Verhaltens des normalen und des pathologischen Liquors, wie überhaupt zur Untersuchung von Körpersäften oder reinen Eiweißlösungen gleich gut geeignet sein. K. ging von der Ueberlegung aus, daß die Verbindungen der Eiweißkörper mit anorganischen Säuren je nach der Menge der zugesetzten Säure äußerst wechselnde physikalische Eigenschaften aufweisen und fand das Goldsol zum Nachweis dieser Veränderungen sehr gut geeignet. Es gelang ferner nach dem von Kiss modifizierten Verfahren Szigmondys Goldsole mit geringer Veränderlichkeit zu gewinnen. Versuchsreihe mit dem Liquor folgendermaßen: Gemische von gleichem Volum enthalten gleiche Mengen Liquor, verschiedene Mengen von Salzsäure. (Das erste Glied mit reinem Wasser, das zweite 0,0005 norm. Salzsäurelös. usw. bis 0,01 n.) Die ganze Reihe besteht aus 12 Röhrchen. Nach Umschütteln Zusetzen von 1,0 ccm Goldsol. Ergebnisnotierung nach einigen Minuten. Eintragung in übliche Koord.nationssysteme. Jede der Kurven weist ein Flockungsmaximum auf, das unter pathologischen Verhältnissen nur geringfügige Verschiebungen erleidet. Die Flockungszone dehnt sich stets nach links aus bei erhöhter Flockierarbeit des Liquors. Rechts (d. h. in Gemischen mit mehr Säuren) Schutzzone für Goldsol; es wird mit Zunahme der H-Ionenkonzentration vor der Koagulation immer stärker geschützt. Da durch den normalen Liquor bedingter Goldschutz nicht vollkommen, Verfärbung der Gemische. Wenn pathologisch Eiweißgehalterhöhung, auch Goldschutzverstärkung. Bei Erniedrigung des Eiweißgehalts Goldschutzverminderung. Die rechte Seite der Kurve steht also unter quantitativem, die linke Seite mehr qualitativem Einfluß der Eiweißkörper. Liquorkurve auch für das verwendete Goldsol (Empfindlichkeit, saure, alk. Eigenschaften) charakteristisch. Bei einwandfreiem Goldsol Normalkurve immer gleich. Geringste Abweichung als pathologisch zu verwerten. Vermeidung von Fehlern und Verläßlichkeit erhöht. Verfasser hat in 1500 Nervenfällen diese Goldsolreaktion nachgeprüft. Er fügt in der Arbeit einige Beispiele an. Klinisch sehr verwertbare Resultate lassen ihn die Reaktion zur Nachprüfung empfehlen. Ueber den pathologischen Prozeß sagt die Reaktion selbstverständlich nichts Bestimmtes aus.

Beitrag zur Symptomatologie und Diagnostik der Pachymeningitis haemorrhagica interna. Die Seltenheit des Uebereinstimmens der klinischen mit der autoptischen Diagnose bei der P. h. i. hat Verfasser veranlaßt, 2 Fälle, in denen die richtige Diagnose vor der Autopsie gestellt wurde, zu veröffentlichen. Das erste Krankheitsbild bot zwei Kategorien von Symptomen dar: 1. Meningealsymptome (Nackensteifigkeit, Kernig) als Hintergrund des stets wechselnden, eigentlich sich wiederholenden Krankheitsbildes. 2. Die sich ändernden Symptome: (Intrakranielle Drucksteigerungen, Pulsverlangsamungen, Myosis, Pupillenstarre. Bewußtseinsstörungen) als Folgen sich wiederholender intrakranieller Hämorrhagien. Im zweiten Fall kam es zur Hemiplegie der dem Hämatom kontralateralen Körperhälfte, in den homolateralen Extremitäten zu Kontrakturen. Auch das im zweiten Fall bis zum Auftreten der erwähnten Erscheinungen dargebotene klinische Bild, das ebenfalls aus konstanten Meningealsymptomen und wechselnden Erscheinungen von Hirndrucksteigerungen bestand, konnte als klassisch gelten. Es entsprach, wie auch das im ersten Fall, vollkommen den anatomischen Prozessen: Entstehung von Membranen aus neugebildetem Gewebe, Hämorrhagien aus diesen und in dieselben hinein. Neuerdings büßte der Alkoholismus seine Sonderstellung in der Aetiologie des P. h. i. zum großen Teil ein. Die Frage über die Bedeutung des Traumas steht offen. Hier in beider Fällen Alkoholabusus vorliegend. Jeder verdächtige Fall verpflichtet hauptsächlich nach den fast nie fehlenden Meningealsymptomen zu suchen. (Auch in einem von Verfasser beobachteten dritten Fall waren diese ausgesprochen.) Liquorveränderungen fehlen in vielen Fällen von P. h. i. Normaler Liquorbefund schließt Subarachnoidalblutung aus. Liquor enthält jedoch manchmal auch Erythrozyten und ist xanthochromisch verfärbt.) Die Veränderlichkeit des klinischen Bildes (neben Konstanz der Cheningealsymptome) ist die wesentlichste Erscheinung. Beginn entweder langsam (Kopfschmerzen, Schwindel, psychische Trägheit) oder insultartig.

Zur Auslösung des epileptischen Krampfanfalls bei genuiner Epilepsie. Blutkörperchensenkungsuntersuchungen bei genuinen Epileptikern ergaben eine Verlangsamung der Senkungsgeschwindigkeit zur Zeit des Anfalls, Schwankungen bei ein und demselben Epileptiker in den einzelnen, durch Tage getrennten Anfällen. Die Regelmäßigkeit des Eintritts der Verlangsamung gestattete sogar, das Herrannahen des Anfalls vorauszusagen (beonders bei langer Aura). Schizophrene mit Anfällen zeigten keine verlangsamte Senkung. Choroschko hat bereits eine Beschleunigung der Blutgerinnung am Tage des Anfalls bei Epileptikern festgestellt. Bei der Auslösung des epileptischen Anfalls würde es sich demnach wohl in der Hauptsache um Kreislaufstörungen in dem Sinne handeln, daß die Gerinnung des Blutes beim Epileptiker sich periodisch erhöht und diese von Zeit zu Zeit den Grad der Stase im Gehirn erreicht (Auraerklärung dadurch möglich). Beeinflussung der erhöhten Gerinnbarkeit mit Clauden schlug fehl. Intravenöse Wasserinjektion (Wollheim und Brandt) zeigten, daß eine Stunde danach die Senkungszeit um die Hälfte bis ein Drittel beschleunigt wurde (10 ccm Aqu. dest.). Die Anfälle traten erst 6—7 Stunden später als zu der erwarteten Zeit auf. Oft auch völlige Unterdrückung der Anfälle. Die Wasserinjektion hält Verfasser daher besonders im Status epilepticus für therapeutisch wertvoll.

Hans Knospe, Berlin.

Zeitschrift für Kinderheilkunde.

43., Heft 6, 1927.

Syphilis und Keimverderbnis. Untersuchungen an Kongenitalsyphilitischen und ihren Nachkommen. Verf. gelang es, aus dem gesamten Syphilismaterial der Münchener Kinderklinik der Jahre 1887 bis 1906 40 Kongenitalsyphilitische im zeugungsfähigen Alter zu ermitteln und nachzuuntersuchen. Dabei ergab sich, daß die Lues in den allermeisten Fällen seit der Kindheit latent geblieben war, obwohl oft noch bis in höheres Alter sich eine positive Wassermannsche Reaktion vorfand. Vor allem — und darauf haben Verff. besonders geachtet — erwies sich die Fruchtbarkeit der Untersuchten als nicht herabgesetzt, auch fand sich keine Verschiebung des Verhältnisses: Reifgeburten : Frühgeburten bzw. Aborten. Die körperliche und geistige Verfassung der insgesamt 42 lebenden Nachkommen erwies sich als nicht anders wie bei einem nichtsyphilitischen Durchschnittsmaterial. In der dritten Generation war Lues als solche in keinem Falle nachzuweisen. Eine parakinetische Keimschädigung war also unter den vorliegenden Verhältnissen — lange Einwirkung der Lues ohne eingreifende Behandlung — in keiner Weise deutlich oder auch nur zu vermuten.

Einseitiger Hydrarthros mit doppelseitiger gummöser Epiphysitis tibiae und pschischem Infantilismus als Spätform der kongenitalen Lues. Verf. berichtet über einen sechsjährigen Jungen, bei dem anläßlich einer Oberschenkelfraktur schwere luetische Veränderungen der Knochen festgestellt wurden. Die Besonderheiten des Falles liegen in einem einseitigen Hydrops des Kindes mit beiderseitigen destruktiven Veränderungen des Kniegelenks. Schmerzen fehlen. Auffallend sind ferner psychische Veränderungen im Sinne eines läppisch-heiteren Wesens. Deutsche Insuffizienzgefühle, die der Imbezille nie hat. Es handelt sich bei ihm sicher nicht um eine dysinkretorische Form des Infantilismus, sondern wohl um einen Fall, der der Form des dystrophischen Infantilismus als Folge früh erworbener Infektion (Lues) zuzuzählen wäre.

Uranin als Hilfsmittel der Meningitisdiagnose im Kindesalter. Nach den Untersuchungen von Jervell tritt Uranin in Dosen von 0,03 pro kg verabreicht, bei nichtinfizierten Hirnhäuten, nicht oder nicht in nennenswerter Menge in die Zerebrospinalflüssigkeit ein. Dagegen soll der Farbstoff in allen Fällen von Meningitis im Liquor nachweisbar sein. In 19 Fällen von Gehirnhautentzündung fand Verf. deutliche, noch in vier- bis fünffacher Verdünnung nachweisbare Fluoreszens im Liquor, die selbst bei Dosen von 0,005 noch zu erkennen war. Die Untersuchung der Gehirnflüssigkeit von etwa 0 gesunden Säuglingen und Kindern ergab, daß bei Dosen von 0,03 pro kg Körpergewicht gelegentlich noch leichte, dagegen bei 0,02 pro kg Körpergewicht keinerlei Fluoreszenz mehr nachzuweisen war. Pandysche Probe und Uraninprobe gehen parallel. Demnach besteht ein Parallelismus zwischen dem mit Karbolsäure nachweisbaren Eiweißgehalt des Liquors und der Permeabilität der Meningen. Es sind aber nur nur Proben zu verwenden, die auch in den ersten Verdünnungen positiv bleiben. Im klinischen Gebrauch ist die Uraninprobe als Ergänzung des Pandy wertvoll. Verfasser glaubt, daß die Pandysche Probe wohl in der Hauptsache eine Durchlässigkeitsprüfung der Meningen darstellt.

Einige technische Hilfsmittel für die Behandlung kindlicher Krankheitszustände. Zunächst wird ein Sauerstoffkopfkasten für kontinuierliche Sauerstoffzufuhr beschrieben. Er besteht aus Glas, faßt etwa 11 l Sauerstoff und hat am Dach eine Oeffnung zum Abzug der Kastenluft. An der rechten Kastenseite vorn unten findet sich das Sauerstoffzufuhrrohr. Der Kasten wird über den Kopf des Kindes gestülpt, Lagerung des Kindes mit Mund und Nase nach dem Zufuhrrohr zu. Abdichtung durch Tabaksbeutelverschluß. Sauerstoffzufuhr soll 6 bis 8 l in der Minute betragen. Sodann wird ein Laufstuhl für Kinder beschrieben, der sich durch Leichtigkeit und Beweglichkeit auszeichnet. Um ein Umstürzen zu verhüten, sind die Fußstützen nach vorn bzw. hinten seitlich ausgebogen. (Anfertigung beider Apparate Sanitätsgeschäft Reisinger München, Reisingerstraße 25.) Endlich weist Verfasser auf die Vorteile von Zelluloidmanschetten hin, die er an Stelle der sonst verwendeten Papparmmanschetten verwendet. Sie sind nahtlos und mit Löchern zum Durchziehen von Bändern versehen. Vorteil: leichte Reinigung. Cave offenes Licht! Hersteller: Firma K. Schlenz, München, Türkenstr. 95.

Intramuskuläre Menschenblutinjektionen bei Säuglingskrankheiten. Verfasser hat 45, durchweg schwer und sehr schwer kranke Säuglinge mit intramuskulären Blutinjektionen (20 bis 50 ccm pro dosi) behandelt. Mehr als die Hälfte von ihnen wurde durch die Bluteinspritzungen günstig beeinflußt. Das Allgemeinbefinden besserte sich oft schlagartig, die Gewichtskurve stieg an. Verfasser empfiehlt die Bluteinspritzung im Verein mit andern Heilfaktoren als ein Mittel, das man nicht unangewendet lassen sollte.

Der thyreotoxische Symptomenkomplex bei Chorea minor. Auf Grund seiner Beobachtungen an 54 Choreatikern glaubt Verfasser annehmen zu dürfen, daß zwischen Basedow und Chorea enge Beziehungen bestehen. Der bei vielen Choreatikern festzustellende Glanz der Augen, die meist sehr ausgesprochene Vasolabilität der Haut, bestimmte Atemstörungen (paradoxe Atmung Czernys) lassen eine Verwandtschaft mit Basedow erkennen. Ein Teil der Symptome bei der vollausgebildeten Chorea ist nach Verfasser sicher auf thyreotoxischen Einfluß zurückzuführen.

Einige Daten aus der Pathogenese der Ernährungs- und Verdauungsstörungen im frühen Kindesalter. Bei künstlicher Verzögerung der Verabreichung der natürlichen Beikost wird das normale Zunehmen der fermentativen Energie im Blut und in den Organen wachsender Tiere — Kaninchen und Hunde — verzögert und entstellt (untersucht wurde die Lipase, Katalase und Amylase). Die Beikost gibt also einen Antrieb zur wirksamen Entwicklung der fermentativen Kräfte des Organismus. Die am Tier erhaltenen Tatsachen der Zunahme der fermentativen Energie haben sich nach Untersuchungen des Verfasser und einiger Mitarbeiter alle auf das Kind übertragen lassen: Es ließen sich im Säuglingsalter Schwankungen der fermentativen Energie, ein charakteristisches Zunehmen feststellen. Aus den angeführten Tabellen kann man erkennen, daß mit zunehmendem Alter ein gesetzmäßiger allmählicher Anstieg der genannten drei Fermente sich vollzieht. Aus systematischen Beobaehtungen an denselben Kindern während einer langen Beobachtungszeit war ferner eine hohe Empfindlichkeit der Fermentindizes den geringsten Magendarmstörungen und Infekten gegenüber festzustellen. Die fermentative Beschaffenheit des M a g e n - saftes wird durch Ernährungsstörungen leichten und schweren Grades herabgedrückt. Der D u o d e n a l saft verändert sich bei dyspeptischen Zuständen fast nur hinsichtlich seiner amylotytischen Kraft. Auch im Blut finden sich Abweichungen der physiologischen Fermentschwankungen bei Ernährungsstörungen, wenigstens bei denen schweren Grades. Dasselbe gilt für die Schwankungen der Fermente im Harn ernährungsgestörter Kinder. Verfasser glaubt, „daß diese Harn- und Blutbefunde als Grund der „Athrepsie" eine tiefe Störung und Entstellung des fermentativen Lebens der Zellen zu sehen erlauben". Schwachgeborene Kinder haben eine geringe Quantität fermentativer Energie. Sie ist wohl die Ursache ihrer biologischen Minderwertigkeit. Es folgen dann noch einige Daten über Fermentschwankungen bei verschiedenen Nahrungsgemischen. Ferner wurde die Wirkung parenteral verabfolgter Proteinkörper untersucht. Letztere sollen eine Mobilisation der in den Zellen sich befindenden Fermente hervorrufen, „wodurch die Wechselbeziehungen zwischen den Fermenten und dem Antiferment gestört werden". „In dieser Verschiebung verbirgt sich das Wesen der Proteinkörpertherapie, ihre wohltätige Wirkung bei verschiedenen pathologischen Prozessen." (Bei den vielseitigen Veränderungen zellulärer und humoraler Natur im Gefolge parenteraler Proteinkörperzufuhr dürfte es nach Ansicht des Verfassers doch recht gewagt sein, die — gelegentlich wohltätige — Wirkung parenteraler

Eiweißzufuhr allein auf Fermentschwankungen zurückzuführen.) Untersuchungen des Verfassers an ernährungsgestörten Kindern haben gezeigt, daß die Proteinkörpertherapie ein äußerst unsicheres Mittel darstellt. „Die Proteinkörpertherapie soll bei geschwächten Kindern nicht angewandt werden, da sie zu noch größerer Unterdrückung der Lebensenergie führt. Erfolg verspricht sie dann, wenn der ersten Injektion ein Anstieg der Temperatur und ein Anstieg der Fermente folgt." Zum Schluß werden noch die Befunde von bestimmten Schwankungen der Fermente bei gewissen Konstitutionsanomalien angeführt.

Beck, Tübingen.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 37.

Experimentelle Untersuchungen über die präventive und lokaltherapeutische Wirksamkeit feuchter Verbände, insbesondere der sogenannten spezifischen Verbände Besredka's. Die theoretischen Grundlagen der von Besredka eingeführten Therapie bakterieller Entzündungen durch Bakterienfiltrate in Form feuchter Verbände, haben der Nachprüfung zum größten Teil nicht standgehalten. Die Kulturfiltrate haben neuerdings weitgehende therapeutische Anwendung gefunden, und die Veröffentlichungen berichten über gute Erfolge. H. hat es sich zur Aufgabe gemacht, den therapeutischen Wert der Bakterienfiltrate vergleichend experimentell zu prüfen. Genaue Beschreibung der Methode (nach Dold). Infekte mit Streptokokkenstämmen, die stärkere entzündliche Erscheinungen bei chronischem Verlauf machen. Präventive und therapeutische Anwendung von feuchten Verbänden. Die präventive Wirkung ist bei allen feuchten Verbänden gleich, im Sinne einer rascheren Heilung. Bei der deutlichen therapeutischen Wirkung feuchter Verbände zeichnen sich die Antivirus-Verbände ebenfalls nicht vor steriler Bouillon oder essigsaurer Tonerde aus.

Zur Vermeidung der Blendung in Operationssälen. Verf. hat eine Brille konstruiert, die die Augen gegen die blendenden Reflexe der hellen Wände und dadurch vor Ermüdung schützt. Dunkle Abdecktücher, dadurch bessere Adaption möglich.

Ueber Spuman. Empfehlung des Spuman zur Feuerbekämpfung beim inoperablen Uteruskrebs und bei eitriger Entzündung der weiblichen Harnröhre. Gute Erfolge bei Ulzera mit torpiden Granulationen.

Nr. 38.

Avertin zur Behandlung des Tetanus. Das Avertin bedeutet eine wertvolle Bereicherung unserer Mittel zur symptomatischen Behandlung des Tetanus. Es wird ausführlich ein schwerer Tetanusfall mitgeteilt, bei dem bis zur Heilung innerhalb 13 Tagen 20 Avertinklysmen von insgesamt 154,4 g gegeben wurden. Hierdurch keine örtliche, keine Allgemeinschädigung, keine Nacherscheinungen. Bei der Herstellung der Lösung und ihrer vorsichtigen Verabreichung wurden die Vorschriften der I. G. Farbwerke genau befolgt. Sehr günstige Beeinflussung des Tonus und der Krämpfe. Erleichterung der Ernährung. Kein anderes Symptomatikum ist von entsprechender Wirksamkeit.

Ueber knorpelabbauende Fermente in Kniegelenkspunktaten. Verf. hat bei einer Reihe von verschiedenen Erkrankungen Gelenkpunktate auf knorpelabbauende Fermente untersucht. In einem Teil der Fälle konnten solche Fermente refraktometrisch nachgewiesen werden. Sie treten in Erscheinung, wenn es zu einer Zertrümmerung von Knorpelzellen gekommen ist.

Experimentelle Magen-Duodenalulkuserzeugung durch Scheinfüttern nach Pawlow. Um die Bedeutung der Hyperazidität und Hypertension des Magensafts für die Ulkusgenese zu untersuchen, wurde nach Anlegung einer Oesophagostomie bei Hunden Scheinfütterungen vorgenommen, durch die ein entsprechender Magensaft erzeugt wird. Wo solche dauernd durchgeführt werden konnten, wurden regelmäßig mehr oder weniger schwere Ulzerationen gefunden. Mitteilung der histologischen Befunde.

Nr. 39.

Zur Behandlung der Dupuytrenschen Fingerkontraktur. Die Lexersche Operation ist eine vielfach empfohlene Methode, aber kein ganz gleichgültiger Eingriff, besonders falls eine Hautplastik in Frage kommt. Andere weniger eingreifende Operationsverfahren haben sich nicht restlos bewährt. Fibrolysin- und Paraffininjektionen sind wohl gänzlich abzulehnen. Ueber die Humanolinjektionen liegen verschieden lautende Berichte vor. Verf. hat bei etwa einem Dutzend Fälle Humanol in die geschrumpfte Aponeurose gespritzt. Mehrere Injektionen in dreiwöchigem Intervall. Recht zufriedenstellende Ergebnisse bei einer gewissen Geduld des Patienten.

Ueber die Narkoseerbrechen, seine Ursachen und seine Verhütung. Die Aetiologie des Narkoseerbrechens ist nicht völlig geklärt. Jedenfalls wird das Brechzentrum in der Medulla oblengata auf irgendeine Weise erregt. Der zur Bekämpfung der unangenehmen Erscheinung in Amerika und England viel verwendete Trichlorisobutylalkohol wurde im Tierexperiment geprüft und seine Wirkung aufs Zwischenhirn festgestellt. Er wurde in Verbindung mit Trimethylxanthin (unter dem Namen „Nautisan" fabrikmäßig hergestellt) vom Verf. klinisch erprobt. Die Häufigkeit und Stärke des Erbrechens konnte etwa auf die Hälfte reduziert werden. Keine schädlichen Nebenwirkungen.

Walter Grossmann, Berlin.

Zeitschrift für Urologie.

21., Heft 9.

Lückenlose Zystoskopie. Stumpfwinkeloptik statt Rechtwinkeloptik. Die bisherigen Instrumente mit rechtwinkeliger Optik reichen nicht aus, um, zumindest beim Manne, die gesamte Blase abzuleuchten; ein Teil der hinteren Blasenwand entzieht sich der Untersuchung. Durch Anwendung einer stumpfwinkeligen Optik von 110° und möglichster Verkürzung der „schädlichen Länge" des Zystoskops, d. h. der Strecke zwischen Schnabelspitze und okularwärtigem Rand des Objektivs, konnte Jahr diesen Nachteil beseitigen, ohne daß die übrige Zystoskopie beeinträchtigt wurde. Mit dem Jahrschen Ureterenzystoskop läßt sich bei Anwendung der Stumpfwinkeloptik selbst noch bei einer Blasenkapazität von 20 ccm der Harnleiterkatheterismus ausführen.

Der Wert der α-Naphthylaminprobe zur Erkennung von Infektionen der Niere. Durch Zusatz des α-Naphthylamins zum Harn entsteht bei der Anwesenheit nitritbildender Bakterien eine mehr oder weniger intensive Rotfärbung. Es kann daher sofort am Krankenbett erkannt werden, ob eine Infektion des Harnes vorhanden ist oder nicht. Die Reaktion hat sich bei der Differentialdiagnose vieler unklarer Krankheitsbilder gut bewährt, sie ist sehr empfindlich und kann auch mit kleinen Stamm-Mengen durchgeführt werden. Bei dem alleinigen Vorhandensein nicht nitritbildender Bakterien ist die Reaktion allerdings negativ. Zu dieser Gruppe gehören Gonokokken, Streptokokken und Tuberkelbazillen. Wird die Reaktion nicht sofort positiv, sei es, daß der infizierte Harn noch weiter abgebaut wird, sei es, daß die gebildete Nitritmenge zu gering ist, so kann man oft nach zweistündiger Bebrütung des Harns ein Positivwerden fest-

len. Bei zu weitgehendem Abbau der Nitrite empfiehlt es sich, n noch einige Tropfen Natriumnitrat zuzusetzen.

linische und experimentelle Studien über die Heilung der Nieren-ken- und Harnleiterwunden. Schon seit längerer Zeit war von zösischen und amerikanischen Autoren gezeigt worden, daß die lotomie- bzw. Ureterotomiewunde nahtlos ohne Fistelbildung e. Verschiedene Gründe sprachen dafür, auf eine Naht zu verten; bei infiziertem Harn sei es zweifelhaft, ob sie halte und stets l durch sie die Operationsdauer verlängert. Auch besteht die ahr der Strikturbildung am Harnleiter. Jetzt berichten die Verer über 14 Pyelotomien und 6 Ureterotomien, zum Teil technisch schwieriger Natur, bei denen ohne Naht eine glatte Wundung erfolgte. Sie studierten daraufhin den Verlauf des Heilungszesses experimentell an Hunden und fanden, daß die Restitution ler Adventitia beginnt, um innerhalb von 2 Monaten kaum mehr roskopisch oder histologisch nachweisbar zu sein. Demnach et das nahtlose Verfahren verschiedene Vorteile.

E. Lehmann, Hamburg.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 43, 22. Oktober 1927.

Zur Frage der menschlichen Sterilität. Vergleichende Unterungen an Mensch und Tier haben ergeben, daß die Ursache menschlichen Sterilität bzw. des habituellen Abortus häufig t auf seiten der Frau, sondern beim Manne zu suchen ist. Nach cht des Verf. ist die Bildung abnormer Spermatozoen häufig die fehlende oder dürftige Fertilität vieler Ehen verantwortlich nachen. Er denkt an die Möglichkeit, daß der habituelle Abortus er nichts sein könnte als ein Versuch der Natur, abnorme wangerschaften zu unterbrechen, um das abnorme Schwangerftsprodukt los zu werden, um abnorme Nachkommenschaft zu indern, die aus den abnormen Spermien des nur scheinbar nden Mannes sonst entstehen würde. Statt nach neuen Belungsarten des habituellen Abortus zu suchen, sollte lieber in n solchen Falle eine eingehende Fahndung nach der zugrunde nden Ursache angestellt werden, nicht nur bei der Frau, sondern besonders auch beim Manne. Es ist selbstverständlich, daß abnorme Spermatogenese nicht eine Krankheit, sondern nur ein ptom einer tiefer liegenden Störung darstellt. Dieser Störung len Grund zu kommen und sie zu heilen, ist Sache der Aerzte, wahrhaft wirksame und erfolgreiche Sterilitätsbehandlung eiben wollen.

Zur Frage der postklimakterischen Blutungen bei Ovarialinom und Adenom der Matrone. Blutungen in der Menopause en auf gestörter Herzfunktion bei Arteriosklerose beruhen xis- oder Diapedesis-Blutungen aus der Schleimhaut), können auch die Folge von gutartigen, adenomatösen Veränderungen Uterusschleimhaut sein. Endlich können Blutungen in der opause ovarigen bedingt sein, insofern Ovarialkarzinome einen ngserregenden Reiz ausüben. In einem Fall von Ovarialinom mit uteriner Blutung bei einer 60jährigen Frau nach riger Menopause fand sich eine Corpus-luteum-Zyste mit gut ltenen Luteinzellen, dabei eine Desquamation der Uterusimhaut bei teilweise adenomatöser Entwicklung, stellenweise Regeneration der Schleimhaut nach Art der postmenstruellen feration, also Bilder, wie wir sie am normal menstruierenden us zu sehen gewohnt sind. Es darf also für diesen Fall nommen werden, daß das Ovarialkarzinom die Ovarialfunktion er belebt hat und daß die Blutungen der Pat. echte, vom ialparenchym gesteuerte Menstruationen waren.

Sind vorhergegangene Aborte von Einfluß auf den Verlauf der urt? Im Hinblick auf die Freigabe des künstlichen Abortus in and wurde auf Gefahren aufmerksam gemacht, die im Falle erer Geburten angeblich drohen sollten, falls künstliche Aborte ngegangen seien: Adhärenz oder verzögerte Lösung der enta, Wehenschwäche, Quer- und Schräglagen, Beckenendlagen, enta praevia, Eklampsie und Nachgeburtsblutungen. Am rial der Gießener Frauenklinik konnte bei einer vom Verf. nommenen Nachprüfung das Vorliegen dieser Gefahren nicht itigt werden: er sah keinen Einfluß von vorhergegangen ten auf den Verlauf der Geburt. Man müßte dann auch, so meint Verf. ganz logisch, die vorgenommenen Abrasionen in gleicher Weise zur Prüfung ihres schädlichen Einflusses auf spätere Geburten heranziehen, da für sie fast die gleichen Bedingungen gelten wie für die Ausräumungen. Die Eklampsie als Komplikation kann nicht in ursächlichen Zusammenhang mit einem voraufgegangenen Abortus gebracht werden.

Schwab, Hamburg.

Dermatologische Wochenschrift.

85., Nr. 44, 29. Oktober 1927.

Ueber die Recklinghausensche Krankheit. Bei zwei Schwestern mit vererbtem Alkoholismus fanden sich mehrfache Geschwülste, Pigmentflecken, Lungentuberkulose, Aufblähung der Röhrenknochen, Periostveränderungen in den Oberarmknochen, stellenweise Verdickung der Knochenkortikalschicht, Aortenerweiterung, pathologische Veränderungen des Stoffwechsels, Herabsetzung des Intellektes. Eine kausale Abhängigkeit der Krankheit vom endokrinen System ist nicht anzunehmen. Zugrunde liegt eine fehlerhafte Entwickelung des ektodermalen Keimblattes, für die Alkoholismus, Tuberkulose und wohl auch Syphilis in den beschriebenen Fällen wie überhaupt eine wichtige Rolle spielen.

Zur Frage der Behandlung von parasitären Erkrankungen der behaarten Teile des Kopfes mit Thallium aceticum. Es wurden 252 Fälle von Herpes tonsurans, 180 Fälle von Mikrosporie, 67 Fälle von Favus, 1 Fall von Monilethrix behandelt, und zwar bei Patienten im Alter von 6 Monaten bis zu 51 Jahren. In 39 Fällen wurde eine kombinierte Thallium-Röntgenbehandlung durchgeführt. Ein Fall erwies sich auch gegen wiederholte Thalliumgabe resistent. Rezidive traten bei Mikrosporie in 9%, Favus in 12%, Herpes tonsurans in 14,2% auf; Heilung wurde bei Favus in 62%, Mikrosporie in 51,3%, Herpes tonsurans in 45,5% erzielt. Da das Wiederwachsen der Haare schon frühzeitig eintreten kann, muß die Epilation und Reinigung des Kopfes 3 bis 4 Wochen nach der Einnahme des Thalliums abgeschlossen sein. Komplikationen bestanden besonders in Schmerzen in den Beinen (bei Kindern seltener als bei Erwachsenen), Magen-Darmstörungen, Konjunktivitis, Urinretention, Erregungen und Depressionen, lichenoiden Hautausschlägen; sie gingen alle ohne dauernde Störungen zu hinterlassen, zurück. Durch Herabsetzung der Giftwirkung des Thalliumsalzes muß man dazu kommen, die Röntgenbehandlung der parasitären Erkrankungen überflüssig zu machen.

Zur kombinierten Neosalvarsan-Malariabehandlung der Syphilis. Die Malariatherapie kommt in früheren und späteren Stadien der Syphilis in Frage, wofern Liquorveränderungen vorliegen, nur frische Fälle von Lues II mit geringradigen Veränderungen im Liquor sind davon auszuschließen, da sie sich meist bei intermittierender Behandlung zurückbilden. Die Malariabehandlung wird nach Vorkur von 3,0 g Neosalvarsan durch intravenöse Einspritzung von ungefähr 5 ccm Spenderblut durchgeführt, wobei die Inkubation vom Zeitpunkte der Abimpfung nicht abhängig zu sein scheint. Eine kürzere Inkubation läßt sich durch Provokation erzielen, und zwar am besten durch Milzbestrahlungen in allerkleinsten Dosen. Nach im allgemeinen 10 Fieberanfällen Kupierung durch intravenöse Chinineinspritzungen an zwei auf einander folgenden Tagen und Chinin innerlich an drei weiteren Tagen. Soweit die Fälle bisher durch wiederholte Punktion nachkontrolliert werden konnten, sind sie negativ geworden oder gebessert. Die besten Erfolge werden in der Früh- und Spätlatenz erzielt, bevor klinisch nachweisbare Veränderungen am Zentralnervensystem vorhanden sind; wird keine genügende Liquorsanierung erzielt, so ist eine chronisch-intermittierende Nachbehandlung anzuschließen.

Ernst Levin, Berlin.

Dermatologische Zeitschrift.

51., Heft 2, Oktober 1927.

Fox-Fordycesche Krankheit und Neurodermitis. Trotz mehrerer gemeinsamer Symptome müssen beide Krankheitsbilder doch streng von einander geschieden werden. Wesentlich ist, daß die Fox-Fordycesche Krankheit auf die apokrinen Drüsen beschränkt ist und auf kein therapeutisches Mittel reagiert.

Beitrag zur Morphologie, Lebensdauer und Diagnostik der Spirochaeta pallida. Die Spirochaeta pallida wird durch höhere Temperaturen mehr geschädigt als durch niedrige; bei Aufbewahrung im Eisschrank wurden noch nach 2½ Monaten einzelne lebende Exemplare gefunden. Der Zusatz von Serum drückt die Lebensdauer herab. Die Eigentümlichkeit der Spirochäte, unter ungünstigen Verhältnissen ihr Leben über lange Zeit fristen zu können, macht die „stummen Infektionen" begreiflich.

Ernst Levin, Berlin.

Wiener medizinische Wochenschrift.

77., 30. Juli 1927, Heft 31.

Zur Frage der Fistula auris congenita und der Aurikularanhänge. Verf. konnte in einer Familie folgende Entwicklungsanomalien beobachten: bei der Mutter bestand eine Fistula auris congenita links an typischer Stelle, bei zwei Kindern bestand eine solche rechts an typischer Stelle, ein Kind zeigte einen typischen Aurikularanhang, zwei Kinder wiesen keine Störungen auf. Dieses Vorkommen von typischer Fistula auris congenita und typischem Aurikularanhang an Mitgliedern derselben Familie ohne andere Störungen scheinen darauf hinzuweisen, daß beide Anomalien wenigstens in ihrer einfachen typischen Form als Entwicklungsstörung im Bereich der Bildung des äußeren Ohres aus den Ohrhöckern zu deuten ist.

Ueber den Zusammenhang zwischen statischem Labyrinth und Veränderungen im Liquor cerebrospinalis bei rezenter unbehandelter Lues im frühen Sekundärstadium. An 66 Patienten im Sekundärstadium der Lues wurden Vestibularuntersuchungen vorgenommen und gleichzeitig genaue Liquorbefunde erhoben, um zu sehen, ob sich einerseits irgendwelche kausale Beziehungen zwischen pathologischem Liquor und Veränderungen im statischen Labyrinthe ergeben, andererseits ob sich ein bestimmter Zusammenhang zwischen gewissen abnormen Labrinthpunktionen und gewissen Liquorveränderungen feststellen läßt. Es wurden hierzu nur solche Patienten herangezogen, die subjektiv keine Vestibularbeschwerden hatten, sondern bei denen erst die systematische Untersuchung Störungen im Vestibularapparat aufdeckte. Die Untersuchungen ergaben, daß sich die schwersten Vestibularveränderungen im Verlaufe der Sekundärsyphilis bei normalem Liquor abspielen können und daß ferner bei stark verändertem Liquor ein normaler Gleichgewichtsapparat bestehen kann. Es zeigte sich, daß jene Schlüsse unhaltbar sind, die zwischen erkranktem Vestibularapparat und pathologischem Liquor einen Zusammenhang annehmen.

Ueber phlegmonöse Komplikationen nach Tonsillektomie. Phlegmonöse Entzündungen des Pharynx gehören zu den schweren, wenn auch recht seltenen Komplikationen nach Tonsillektomie. Als Ursachen kommen in Betracht: die Infektion des peritonsillären Gewebes bei Ausführung der Lokalanästhesie, wenn die Injektionsnadel durch Tonsillargewebe durchgestoßen wird, außerdem Zerrung und Quetschung des peritonsillären Gewebes und Verletzung der Tonsillarkapsel beim Ausschälen der Tonsille. Verf. hebt hervor, daß latente retrotonsilläre Abszesse, die meist hinter dem oberen Pol in der Fossa subpratonsillaris liegen, als Infektionsquelle in Betracht kommen können. Verf. konnte in vier Fällen derartige latente Abszesse aufdecken; in einem Fall kam es zur Entwicklung einer postoperativen Halsphlegmone. Die Applikation von Staphylokokken-Streptokokken-Antivirus nach Besredka (Einlegen von mit Antivirus getränkten Gazetampons in die Wundhöhle gleich beim Auftreten der ersten Symptome) brachte dieselben innerhalb v 24 Stunden zum Schwinden. Auf Grund dieses Erfolges wur weiterhin die lokale Applikation von Antivirus bei allen tonsi ektomierten Patienten verwendet, in der Erwartung, dadurch postoperativen Entzündungserscheinungen zu mildern. Derartig l handelte Fälle klagten tatsächlich über geringere Beschwerd Auch scheint die Wundheilung durch Antivirus gefördert zu werd

Ueber die Ursachen des sogenannten Globus hystericus. F die Diagnose Globus hystericus ist der Nachweis von weite hysterischen Stigmen zu erbringen. Fehlen dieselben, so komm andere Ursachen für den Globus in Betracht und zwar: substern Strumen, Pharyngitis granulosa, Myalgien des Musculus sternothyre deus. Ueber dauernden Druck im Hals klagen Patienten Kautschukgebißplatten. Hier ist die Ursache wahrscheinlich in ei Toxizität des Kautschuks zu suchen. Außerdem kann der Glol bedingt sein durch Glossopharyngeus-Parese, die wahrscheinli rheumatischen Ursprungs ist.

Die Differentialdiagnose der Hypophysentumoren gegenüb anderen Hirn- und Nervenerkrankungen. Die Diagnose eines Hy physentumors kann — von der Akromegalie und den anderen charakteristischen Veränderungen des Habitus verbundenen Kra heitsformen abgesehen — gestellt werden, wenn folgende Sympto gleichzeitig vorhanden sind: alabasterartige Blässe des Gesicht Abnahme oder Verlust der Potenz, respektive der Menses, Schl sucht, trophische Störungen (Ausfall der Bart-, Achsel- und Scha haare) bitemporale Hemianopsie oder Ausfall der temporalen G sichtshälfte, wenigstens eines Auges, Atrophie der Papillen und E weiterung der Sella im Röntgenbild. Weiter werden die differenti diagnostischen Momente gegenüber anderen Erkrankungen d Zentralnervensystems besprochen und zwar kommen hier in B tracht: Hydrozephalus, Tabes, Lues cerebri, Neuritis retrobulba Tumor cerebri.

Spätschädigung nach Radiumbestrahlung. Bei einer Patient die nach Radikaloperation eines malignen Tumors der Nasenhö prophylaktisch mit intensiven Radiumdosen bestrahlt wurde, t nach langer Zeit (über 6 Jahren) eine Spätschädigung in Form ei Sequestration und Nekrose am knöchernen Nasengerüst auf. I Beobachtung ist sehr selten und zeigt, wie schwer eine richti Dosierung der Radiumbestrahlung im Vorhinein zu finden ist. I intensive Bestrahlung wurde durchgeführt, da hierdurch eine jah lang dauernde Heilung nach Karzinom der Nasenhöhle erzielt werd kann. Zu der Annahme einer besonderen Empfindlichkeit d Patientin gegenüber Radium, lag keine Ursache vor.

Sind die Einwände gegen die operative Entfernung d Adenoiden berechtigt? Die Veränderungen des knöchernen Bru korbes (Flachbrüstigkeit, hängende Schultern, Skoliose), die sich l Entwicklung von Adenoiden häufig ausbilden, sind als Folgen d Nichtbenützung der Nase als Atemweg anzusprechen. Die Atmu übt einen ausschlaggebenden Einfluß auf die Gestaltung des Bru korbes aus, indem sie sowohl die Statik, als auch das Wachstu der einzelnen Bestandteile verändert. Die Stellung der Rippen u auch der Wirbelsäule wird nicht bloß durch die Atembewegung ve ändert, sondern auch durch die Tonussteigerung der Atemmusk latur, die infolge ihrer respiratorischen Betätigung sich einstellt. E Benützung der Mundspalte als Atempforte wird die Atembewegu wesentlich erleichtert, die Atemmuskulatur weniger in Anspruch g nommen. Es erfolgt eine Herabsetzung des Tonus der Atemmusk latur. Infolge der Tonusverringerung werden die Rippenringe u genügend gehoben. Ein Hängen der Schultern und Flachbrüst keit sind die Folge. Zu diesen rein statisch erzeugten Störung gesellt sich allmählich auch eine durch ungenügendes Wachstu der knöchernen Bestandteile erzielte organische, weil die Ate bewegung den physiologischen Wachstumsreiz für die Bestandte des Atemapparates abgibt. Die Entstehung der Skoliose b Adenoiden wird dadurch erklärt, daß jede noch so geringe Diff renz in dem Tonusverlust zu beiden Seiten der Wirbelsäule ei leichte Verschiebung in der Stellung der Ansatzpunkte der Ate muskulatur zur Folge hat, die ganz wesentliche Veränderungen d Muskelwirkung bedingt. Experimentell gelang es, durch operativ Ausschluß der Nase vom Atemgeschäft eine ausgesprochene Sk liose der Brustwirbelsäule zu erzeugen. Auch die Blässe, Appet losigkeit, Müdigkeit bei Trägern von Adenoiden sind auf Gru klinischer Erfahrungen durch die Aenderung des Atemweges zu e klären. Bei Mundatmung erfolgt Eintrocknung und Schilferung d Mundhöhlenschleimhaut mit Neigung zu tiefen Einrissen und Sekre und Blutantrocknung daselbst. Durch die Zersetzung der Sekre und der auf den Rhagaden haftenbleibenden Speisereste kommt zu schlechtem Geschmack und Foetor ex ore, infolge Ve schluckens zersetzter Sekret- und Nahrungsteile entwickelt si Appetitlosigkeit und Magenverstimmung. — Um einen dauernden E folg nach Operationen von Adenoiden zu erzielen, ist die Erziehu

·s Patienten zu dauernder, auch bei Arbeitsleistung betätigter ısaler Atmung notwendig. Die Veränderungen des knöchernen -ustkorbes, wie sie sich bei Adenoiden häufig einstellen und die ıthologischen Erscheinungen von Seiten des Gesamtorganismus ıd ein Beispiel für die Ausbildung organischer Erkrankungen als ılge funktioneller Störungen.

Ein instruktiver Fall von Bronchusfremdkörpern. Ein fünfıriger Knabe aspirierte eine Eisenniete in die tieferen Luftwege. nige Zeit später trat Fieber auf, und über dem rechten Unterɔpen entwickelte sich ein Befund, der von verschiedener Seite als ronische Pneumonie, exsudative Pleuritis, tuberkulöser Primärrd gedeutet wurde. Erst die einige Monate später vornommene Röntgenuntersuchung brachte vollständige Klärung. Von irurgischer Seite wurde nun versucht, in Allgemeinnarkose mit ıger Pinzette den Fremdkörper zu entfernen. Der Versuch mißıg, das Kind wurde durch die lange Prozedur in Narkose und durch n stärkeren Blutverlust stark mitgenommen. Als nun das Kind dem ırfasser zugeführt wurde, führte er mit einem eigens für Kinder nstruierten Bronchoskoprohr in Aethernarkose mit vorheriger ropininjektion die Tracheobronchoskopie aus und konnte den rechten Unterlappenbronchus sitzenden Fremdkörper extrahieren. ıs Kind hat sich in der Folgezeit rasch erholt, die erhöhten Tempeturen schwanden vollständig. Dieser Fall zeigt die Leistungsıigkeit der Tracheobronchoskopie und ihre Ueberlegenheit gegener anderen, auf allgemein chirurgischen Prinzipien beruhenden ethoden.

77., 6. August 1927, Heft 32.

Bemerkungen zur Lehre von der Aorteninsuffizienz. Für die ifferentialdiagnose von Aorteninsuffizienz luetischer Natur und cher endokarditischer Aetiologie kommen außer der serologischen ıtersuchung noch folgende Symptome in Betracht. Das Aortenıuffizienz-Geräusch bei endokarditischer Erkrankung ist am Erbıen Punkt am besten zu hören, das bei luetischer Aorteninsuffizienz zweiten Interkostalraum rechts neben dem Sternum. Gewöhnlich rt man bei Aorteninsuffizienz neben dem diastolischen Geräusch ı zweiten Ton. Bei endokarditischer Aorteninsuffizienz ist er in chteren Fällen infolge des hohen postsystolischen Druckes im Anıgsteil der Aorta auffallend laut, bei schweren Fällen mit ausdehnter Destruktion der Klappen kommt es zu keiner deutlichen nbildung. Bei luetischer Aorteninsuffizienz sind starke Akzenıtionen selten, was durch die Spannungsverhältnisse in der Aorta erklären ist. Trommelschlägelfinger kommen bei endokarditischer rteninsuffizienz mit hohem Pulsus celer häufig vor, niemals bei ːtischer. Die Ursache scheint darin zu liegen, daß bei hochıdigem Pulsus celer mehr Blut in die peripheren Körperteile geɜben wird, diese Kapillaren mit Blut reichlich gefüllt werden und rch diese Uebenernährung ein übermäßiges Wachstum der Endeder entsteht. Daß dieses Symptom bei Frauen selten in ausbildeter Weise zu sehen ist, wird aus der geringen Wachstumsıdenz der weiblichen Hände und Füße erklärt. Dagegen findet ı bei Frauen mit endokarditischer Aorteninsuffizienz die Endeder der Finger besonders gerötet. Bei Individuen, bei denen die dokarditis bereits im jugendlichen Alter auftrat, konnte neben den ftreibungen der Endphalangen ein Längerwerden der Finger als nzes beobachtet werden. Verf. meint, daß in solchen Fällen inge der Uebenernährung des Knochen- und Knorpelapparates eine t Riesenwuchs zustande kommen könne. Das Fehlen der Trommelılägelfinger bei luetischer Aorteninsuffizienz ist dadurch zu erıren, daß man hier entsprechend der geringeren Klappenzerırung nur mäßige Grade von Pulsus celer findet, und aus dem ıstande, daß der erwachsene Organismus nicht so gut in der Lage einen so besonders leistungsfähigen, kompensatorisch hypertrochen Herzmuskel zu erzeugen, wie dies der jugendliche Orgamus kann.

Ueber den Einfluß mittlerer Höhenlagen auf Kreislaufs- und nungsorgane bei raschem Höhenwechsel. Versuche an einer ɔßeren Anzahl gesunder und kranker Versuchspersonen in mittıen Höhenlagen von 500, 1000 und 1500 m, wobei die Personen ɜer Ausschaltung von Muskelarbeit in die verschiedenen Höhenen gebracht wurden, ergaben in bezug auf Blutdruck, Puls- und nungsfrequenz andere Werte als sie bisher im allgemeinen anıommen wurden. Der Blutdruck zeigt, bei Hinauffahren in 1500 m he eher eine Verminderung (auch bei Hypertonikern), bei Hinabıren in 500 und 1000 m eher ein mäßiges Hinaufsteigen. Bezüglich der Pulsfrequenz war festzustellen, daß beim Hinauffahren in 1500 m in der Mehrzahl der Fälle eine Herabsetzung der Pulszahlen oder ein Unbeeinflußtbleiben derselben eintritt, während beim Hinabfahren in tiefere Regionen ein Hinaufgehen der Pulszahlen zu konstatieren ist. Bei den Tachykardien der Hyperthyreosen ist diese Beobachtung seit langem bekannt und wird therapeutisch verwertet. Die Atmungsfrequenz zeigte beim Hinauffahren in 1500 m eine intensivere Herabsetzung bei der Mehrzahl der Fälle, während beim Hinabfahren in 500 und 1000 m überwiegend eine Erhöhung der Atmungsfrequenz eintritt. Diese Tatsachen weisen darauf hin, daß der rasche Anstieg in höhere Lagen im allgemeinen weniger im Sinn einer Erregung als vielmehr im Sinne der Reizherabsetzung wirkt, während der rasche Abgang in tiefere Regionen mittlerer Höhenlage eher im Sinn einer Erregung zur Geltung kommt.

77., 13. August 1927, Heft 33.

Ueber otogene Allgemeininfektionen im Kindesalter. Die häufigste Ursache der otitischen Allgemeininfektionen ist die Fortleitung des Eiterungsprozesses aus dem Mittelohr resp. Warzenfortsatz auf den Sinus. Häufig kommt es zu Thrombophlebitis und durch Verschleppen von infizierten Thrombenpartikelchen oder Infektionserregern zur allgemeinen Infektion. Doch kann eine Pyämie auch ohne Sinusthrombose zustande kommen, infektiöse Keime können direkt von der Sinuswand in den Kreislauf gelangen. Auch die Entstehung einer Knocheninfektion durch Vermittlung der in die Sinus einmündenden kleinen Knochenvenen des Warzenfortsatzes ist möglich. Diese „Osteophlebitis-Pyämie“ scheint bei Kindern gar nicht selten zu sein. Verf. konnte sie unter 25 Kindern mit otogener Allgemeininfektion fünfmal beobachten. Die otogene Allgemeininfektion verläuft meist unter dem Bilde der septikopyämischen Mischformen, bei denen entweder der septische oder der pyämische Typus mehr in den Vordergrund tritt. Die septischen Verlaufsformen zeichnen sich durch einen schnelleren, mitunter schon in wenigen Tagen zum Tode führenden Verlauf aus. Verf. konnte bei Vergleich der Fieberkurven von 25 Kindern mit otitischer Allgemeininfektion 5 Fiebertypen aufstellen, in die sich die Mehrzahl der Fälle einreihen ließen. Allen Fieberkurven ist gemeinsam, daß die Maximalresp. Minimalkurven in ihrer Gesamtheit einen wellenförmigen Verlauf zeigen, ohne daß sich eine Beziehung dieser Bewegung zu den klinischen Erscheinungen nachweisen ließe. Der bereits von anderen Autoren erfolgte Hinweis auf einen derartigen wellenförmigen Verlauf des Fiebers bei verschiedenen Erkrankungen ergibt, daß es sich nicht um ein für die otogene Allgemeininfektion spezifisches Verhalten des Fiebers handelt. Ob diese Erscheinung einer Reaktionsweise des Organismus auf Infektionen entspricht und ob sie vielleicht in einem biologischen Verhalten auch der normalen Temperaturen des Organismus begründet ist, sollen weitere Untersuchungen ergeben. Die Therapie der otogenen Allgemeininfektion ist die chirurgische. Verf. weist aber darauf hin, daß der Verlauf der Erkrankung durch den operativen Eingriff nicht unmittelbar beeinflußt wird, sondern nur insofern, als durch die Ausschaltung des Produktionsherdes verhindert wird, daß immer neuer Infektionsstoff den Körper überschwemmt. Die einmal gesetzte Infektion scheint nach bestimmten wenig beeinflußbaren Gesetzen abzulaufen.

Die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes. Eine absolute vitale Indikation zur Operation besteht in jenen Fällen von Mastoiditis, die bereits eine kranielle Komplikation aufweisen. Mastoiditiden können in allen Stadien spontan ausheilen, andererseits aber in allen Stadien mit einer kraniellen Komplikation überraschen. Am häufigsten wird eine Otitis operationsreif am Ende der zweiten oder Anfang der dritten Krankheitswoche. Die strikte verbindliche Indikationsstellung der Anthrotomie ist außerordentlich schwierig. Weiterhin werden die bei der operativen Behandlung der Mastoiditis geübten Methoden besprochen.

Le Progres Medical.

Nr. 37, 10. September 1927.

Nr. 38, 17. September 1927.

Diagnostischer Wert des Bordet-Wassermann mit der Milch der Wöchnerinnen. Bei 200 Wöchnerinnen wurde die Bordet-Wassermann'sche Reaktion mit der Milch, dem Blutserum vom Nabelstrang und die Meinicke'sche Reaktion mit dem Serum vorgenommen. Ist das Serum positiv, so ist es gewöhnlich auch die Milch. Im latenten Stadium kann man bei der Milch eine positive Reaktion bekommen, wenn sie im Serum noch negativ ist. Die positive Reaktion in der Milch hält sich länger und verschwindet schwerer unter dem Einfluß der Behandlung; sie ist also ein Index zur Heilung oder Fortsetzung der Behandlung. In den 2 bis 3 ersten Tagen nach der Geburt und auch später kann die Milch auch im aktiven Stadium nicht spezifischen Befund ergeben. Diese Reaktion hat also eine prognostische Bedeutung sowohl für die Mutter wie für das Kind: wenn auch die Kinder nach der Geburt kein Zeichen von Syphilis zeigen, ist Behandlung indiziert. Auch bei den Ammen kann sie angewandt werden, am besten zwischen dem vierten und vierzehnten Tage.

Nr. 39, 24. September 1927.

* Hyperthyreoidie und Vagotonie. Jean Vinchon.

Hyperthyreoidea und Vagotonie. Labbé unterscheidet beim Basedow zwei Symptomgruppen: 1. die von der Thyreoidea ausgehen, Hypersekretion des Thyreotoxins, die experimentell erzeugt werden können, der Kropf, die Abmagerung, Tachykardie, Erhöhung des Stoffwechsels und 2. die sympathischen Symptome durch die Gleichgewichtsstörung des vegetativen Nervensystems mit Vorherrschen der Sympathikotonie oder der Vagotonie, also Exophthalmie, Palpitationen, die Hitzewellen, die vasomotorischen und kardiovaskulären Störungen. Verfasser beschreibt zwei Fälle, bei denen eine ängstliche Stimmung vorherrscht. In einem Falle deutet trotz eines Adenoms alles auf eine Hyperthyreoidie. In beiden Fällen folgte die Sympathikotonie auf die Vagotonie und beider Symptome mischten sich. Bei beiden war Nausea, Konstipation, okulokardialer Reflex, Diarrhoe, Tachykardie. Dieses Bild ist nicht selten. In beiden Fällen Besserung durch eine spezifische Behandlung, obgleich keine Symptome dafür vorlagen. Es handelte sich um eine Heredosyphilis, die besonders die Drüsen befiel; und zwar besonders die Schilddrüse. Die als Ursachen angegebene Aufregung und Ueberarbeitung waren lediglich Gelegenheitsursachen, die den latenten Zustand auslösten. Dieser hatte auch die Vagotonie ausgelöst.

Nr. 40, 1. Oktober 1927.

* Flokkulation und pathologische Phänomene. Auguste Lumiere.
Nephritiden und Hepatonephritiden bei den Pneumonien der Kinder. Nobecourt.
Einführung in die arterielle Pathologie der unteren Gliedmaßen. J. A. Sicard.
Klinische Formen und Behandlung der Gonokokkenarthritiden. L. Plisson.

Flokkulation und pathologische Phänomene. Wenn man ein unlösliches Präzipitat in den Blutkreislauf bringt, dem keinerlei chemische Wirkung zukommt, so sieht man plötzliche Gleichgewichtsstörungen des organovegetativen Lebens, vasomotorische Phänomene, Störungen des respiratorischen und kardialen Rhythmus, Funktionsstörungen der glatten Muskulatur, der Sekretion der inneren und äußeren Drüsen, der Kalorifikation, der Pilomotilität usw. Je nach dem Körper und seiner Dosis sind dies Symptome, die man bei den verschiedensten akuten Krankheiten findet: Singultus, Frost, Pruritus, Dys-Tachypnoe, Unregelmäßigkeit des Pulses, Tachykardie, viszerale Kongestionen mit Hämorrhagien, Gewebsinfiltrationen, Ergüsse, Sialorhoe, Erbrechen, Diarrhoe, Agitation, Konvulsionen, cerebelläre Störungen, Asthenien, Paresen, Koma, Hyper- und Hypothermie, Sensibilitäts- und Reflexstörungen. Aber auch organische Flokkulationen können den kolloidalen Zustand, unter dem sich die Proteine bei Lebewesen präsentieren, stören. Wenn man inoffensives Serum mit Agar einspritzt, so hat man ähnliche Erscheinungen und das Serum wird wieder inoffensiv, wenn man durch Zentrifugieren die unlöslichen Teilchen ausschaltet. Auch die Extrakte und Autolysate normaler Organe können durch solche Niederschläge toxisch wirken. Die toxischen Seren enthalten in Wirklichkeit kein Gift; es kommt nur zustande durch die Niederschläge bei Berührung der Kolloide mit dem Plasma. Also ähnlich wie bei den Niederschlägen gewisser chemischer Körper, die sich gegenseitig beeinflussen, jedoch mit dem Unterschied, daß hier der Niederschlag sofort stattfindet, während bei den Kolloiden die Flokkulation manchmal länger dauern kann und nur unter gewissen Umständen statt der progressiven Umänderung eine plötzliche Flokkulation eintritt. Das Serum reift gewissermaßen durch die Brown'sche Molekularbewegungen langsam und dauernd und es kommt zu ganz kleinen Niederschlägen, die man in organischen Flüssigkeiten nachweisen kann und die durch die Phagozyten verschwinden. Nun beobachtet man, daß Toxine, Serum, Medikamente injiziert die kolloidale Reifung erheblich beschleunigen, so daß einige Tage nach der Einverleibung in gewissen Teilen der Proteinflüssigkeiten Flokkulation auftritt, und so Erytheme erscheinen, meist am 7. Tage. Bei den Infektionskrankheiten treten diese Erscheinungen plötzlicher auf und die Symptome sind schwerer, die sympathisc Störung ist tiefer, als bei den postserotherapeutischen Erscheinung und die Inkubationsdauer hängt zweifellos von der brüsken Flokk lation ab, die eintritt, wenn die Mikrobensekretion eine gewis Menge erreicht hat. Man sieht das Phänomen am besten an ein kolloidalen Kupferferrocyanlösung; führt man ihr wachsende Men Kupfersulfat zu, so sieht man zunächst nichts, plötzlich aber, we eine gewisse Schwelle überschritten ist, tritt durch eine minima Menge eine vollständige Flokkulation ein. Aehnlich ist es bei d Infektionskrankheiten: die spezifischen Proteine der Mikrob dringen ins Blut und wenn die Schwelle überschritten ist, tritt ga plötzlich Flokkulation auf.

Also: die Präzipitate oder Flokkulate, die man ins Blut einfü oder die sich dort bilden, rufen eine Störung der vitalen Funktion hervor, die dem sympathischen System unterstehen und sämtlic Symptome der akuten und kubakuten Erkrankungen. Bei dies Niederschlägen kommt es nun weniger auf ihre Dimension als a ihre Konsistenz und Struktur an; sie reizen die endovaskulär Nervenenden des vegetativen Systems rein mechanisch. Man h dagegen eingewandt, daß auch die verhältnismäßig großen Bl körperchen eine ähnliche Reizung ausüben müßten; aber sie si rund ohne Rauhigkeit; ihr Reiz ist dauernd und gleichmäßig und enthält den normalen sympathischen Tonus. Bei den Präzipitat ist er aber plötzlich und genügend intensiv. Die ausgelöst Symptome sind wesentlich abhängig von der physikalischen Form d Niederschläge. Man weiß, daß 1 ccm Serum eines gesunden Mensch ins rechte Herz eines Meerschweinchens injiziert, nach 8 Minut heftige Konvulsionen, nach 20 Minuten den Tod hervorruft und b der Autopsie findet man eine heftige intestinale Kongestion. Mit de Serum eines anderen Gesunden kommt es zum Tode nach 5 Minut im Koma ohne Kongestion. Manche menschlichen Seren sind völ inoffensiv; das Serum desselben Menschen unter den gleichen U ständen entnommen kann einmal sehr giftig, später völlig inoffens sein. Damit ein Präzipitat eine sympathische Störung auslöst, m es in die Gefäße eingeführt werden oder sich dort bilden; unter d Haut in den Muskel injiziert, werden die unlöslichen Substanzen nic resorbiert, geben also nur lokale nicht allgemeine Symptome. A vaskulären Endothel ist der Ursprung des Phänomens. Die Injekti in die Arterien gibt intensivere Erscheinungen, als die in die Vene Ins rechte Herz injiziert werden mehr weniger Niederschläge in d Lungen zurückgehalten. Und endlich gewöhnen sich die Nerve endigungen an die Erregungen. Besonders wenn der Niederschl nur ganz langsam entsteht. Damit sind die anaphylaktischen E scheinungen erklärt. Indessen diese Gewöhnung ist nur relativ: lange die Präzipitate zirkulieren, halten sie einen gewiss sympathischen Tonus über dem normalen mit exzessiven Drüse hypersekretionen, Störungen der Thermogenese und psychischer E regung.

Warum treten solche Präzipitationen im Plasma nicht öfter au Daran hindern die Tegumente und die Schleimhäute. Die präzip tierenden Körper können ihren Einfluß nur ausüben, wenn die Teg mente wie bei Injektionen überschritten werden, wenn bei En zündungen oder durch Trauma die Epithelbarriere Breschen erhäl allerdings können Bazillenexkretionen, die im Epithel entstehen, d humorale Milieu durchdringen und so Niederschläge verursache Und endlich durch die Mischung der plasmatischen und Geweb kolloide im Organismus selbst durch Vasomotorenwirkung. Au gelöst durch Temperaturunterschiede, Erregungen usw. kommt es einer Veränderung des Blutdrucks; er senkt sich beträchtlich; dur Osmose aus den Geweben sucht nun der Organismus den normale Druck wiederherzustellen und bei dieser Mischung kann es Flokkulationen kommen. Mit diesem physikalisch-chemischen Vo gang der kolloidalen Interreaktionen kann man mentalen, intestinale und Drüsenstörungen erklären; z. B. beim Basedow nach Erregunge Diese Zustände können vorübergehend sein, können aber bei lang Dauer auch einen neuen Zustand des flokkulatorischen Gleichgewich hervorrufen. Es kann dabei zu einem Circulus vitiosus kommen: D Niederschläge rufen Hypersekretion hervor und die Hypersekretio Niederschläge. Man kann aber durch Hervorrufen neuer Schock diesen Zyklus unterbrechen und kann so manche funktionelle Psychosen wirksam behandeln. Es gibt nun zahlreiche Substanze die mit dem Blutplasma oder mit organischen Flüssigkeiten Prä zipitate geben können, aber sie können die Epithelbarriere nicht übe schreiten, und wenn dies aus traumatischen oder entzündlichen U sachen heraus möglich ist, kommt es zu einer Koagulation, die nu lokale Erscheinungen macht und die Diffusion vermindert. Auße bei den intravaskulären Injektionen dürfen zur Produktion de sympathischen Gleichgewichtsstörung nicht sofort auf das Plasm wirken, so daß sie sich damit mischen können ohne gleich vo vornherein, ehe sie die Blutmasse imprägniert haben, aufgehalten z sein. Man findet diese schwer zu vereinbarenden Bedingungen be der Behandlung mit gewissen Medikamenten, die dann 7 bis 8 Tag nach ihrer Applikation solche Zustände geben. Dafür ist aber nic das präzipitierende Agens verantwortlich zu machen, sondern di

morale Eigenschaft des betreffenden Plasmas. Und darauf beruht : Instabilität der plasmatischen Kolloide und gewisse spezifische aphylaktische Erscheinungen. Die humorale Stabilität ist bei dividuen, die vorher niemals eine Imprägnation mit albuminoiden er kristalloiden Substanzen erfahren haben, sehr groß. Man kann s erste Mal Serum oder Proteine applizieren, ohne Abnormes feststellen; aber man weiß, daß zahlreiche heterogene Agentien die geimnisvolle Eigenschaft besitzen, den Säften des Individuums ebenls niederschlagende Eigenschaften zu verleihen. Infolge allihlicher und vielfacher Imprägnation entsteht je nach dem Alter d den humoralen Eigenschaften eine immer komplexere, polylente, humorale Instabilität, deren Ursprung dann vielfache ronische Affektionen sind. Andererseits gibt es gewisse Eiweißffe, die gewisse humorale Kolloide präzipitieren können, die krete der pathogenen Bakterien. Ihre Schädlichkeit besteht hauptchlich in der flokkulierenden Wirkung auf die kolloidalen Säfte.

Die Destruktion des kolloidalen Zustandes führt also zu den thologischen Erscheinungen der akuten Krankheiten. Solche mptome sind vorherrschend funktionell, schwinden wieder und iterlassen keine Spuren. Eine der wichtigsten Erscheinungen der t sind aber die vasomotorischen Störungen: konstant ist die Vasoatation der viszeralen Kapillaren durch die Präzipitate und dadurch mmt es dann intraparenchymatösen, intraepithelialen, subserösen ıtungen. Vielleicht ist auf diese vielfachen kongestiven Schocks : organische Sklerose des Alters zurückzuführen. Sonst stören die ısmatische Flokkulation nur vorübergehend die organischen nktionen; aber gewisse Stoffe mancher Salze schwerer Metalle wie das Tetanusgift zerstören die kolloidale Struktur des Zellotoplasmas, besonders der Nervenzellen, und verursachen dauernde hädigungen.

v. Schnizer.

The Journal of the American Medical Association.

89., Nr. 13, 24. September 1927.

sychische Faktoren bei der allgemeinen Diagnose und Behandlung. R. T. Woodyatt.
atur und Behandlung psychischer Faktoren bei Krankheiten. J. R. Hunt.
sychische Faktoren im Verlaufe von Herzkrankheiten. N. B. Foster.
sychische Faktoren in ihren Beziehungen zu Störungen der Verdauungsorgane. J. S. Mc. Lester.
influß psychischer Faktoren auf Morbus Basedow, Diabetes mellitus und Krankheiten der Nase und des Rachens. Ch. H. Nelson.
hymus-Stridor. W. W. Wasson.
ndothermie in der Gynäkologie. H. A. Kelly.
hysiologie der äußeren Pankreassekretion. A. C. Ivy.
ukunft des Gesundheitsdienstes in den Vereinigten Staaten. W. G. Smillie.
ebrauch und Mißbrauch von Klystieren. L. J. Hirschmann.
eptospirosis icterohaemorrhagica. E. H. Cushing.
ktinomykose der Lungen und Nebennieren. J. T. Christison and M. Warwick.
aroxysmale Hypertension mit Tumor eines retroperitonealen Nervens. Ch. H. Mayo.
ine neue Operation für Mastdarmprolaps. J. M. Lynch.
Vert der Bestrahlung für die Behandlung von inoperablem Karzinom des Ovariums. F. E. Keene, H. K. Pancoast and E. P. Pendergrass.
in neues Instrument für unblutige Tonsillektomie. F. P. Herman.
rzeugung von Blasenstein, rektovaginaler und vesikovaginaler Fisteln durch einen antikonzeptionellen Apparat. W. L. Finton.
in durchsichtiger Schutzschild für die Isolierung des gesunden Auges bei gonorrhoischer Ophthalmie. J. M. Patton.
kute Dermatitis vom Tragen einer Zelluloidbrille. J. C. Sutton.
ine Menge von Sicherheitsnadeln im Magen. G. Blackburne.
steoarthritis der Zwischenwirbelgelenke. W. G. Stern.

Thymus-Stridor. Bei den an Stridor leidenden Kindern beachtete Verf. oft eine von Geburt bis zum Ende des ersten Lebensıres an Größe zunehmende Thymus und häufig eine Infektion der ius und des Bronchialbaums ohne wesentliche Symptome. Es beht die Möglichkeit, daß Infektion der Respirationswege mit respiorischem Stridor und einer vergrößerten Thymus ohne ursächie Beziehungen nebeneinander vorkommen. Allerdings führte eine ilung der Infektion auch zur Beseitigung des Stridor, und solche anken unterscheiden sich gar nicht von den gewöhnlich als ymusstridor bezeichneten Fällen. Einige Fälle werden durch hleim in Trachea und Bronchien ohne ein Vorhandensein von Infekn verursacht und kommen nach Beseitigung des Schleimes oder rch natürliche Entwicklung des Kindes und seiner Reflexe zur ilung. Röntgenbestrahlung der Thymusgegend heilt den Thymusidor, was jedoch kein Beweis ist, daß er durch die Thymus verlaßt ist; denn oft sind die Röntgenerfolge so rasch, daß noch gar ne Thymusverkleinerung zustande gekommen sein kann. Eine ränderung der Thymussekretion könnte die Ursache sein, jedoch ensogut ein Einfluß auf die Schleimhaut von Trachea und Bronen. Der Stridor nimmt mit zunehmendem Wachstum der Thymus ht zu. Verf. wendet nichts gegen eine Röntgentherapie ein, hält jedoch für sehr fraglich, ob der Stridor vollkommen durch eine selbst röntgenographisch vergrößerte Thymus erklärt werden darf. Die Atmungswege sind häufig erkrankt, und andere Behandlungsmethoden außer der Röntgenbestrahlung führen zu gleich guten Resultaten.

Physiologie der äußeren Pankreassekretion. Verf. gelang es, den Schwanz des Pankreas bei Hunden subkutan unter die Brustdrüse zu transplantieren. Bei Applikation von $^{1}/_{120}$ bis $^{1}/_{10}$ Normal-Salzsäure auf eine Jejunalfistel kam es zu Reizung des Pankreastransplantats, auch nachdem der Ductus choledochus ligiert war und nach Atropin. Die gleiche Wirkung erzielten sie, wenn zwei 15 cm lange Jejunalschlingen und der Pankreasschwanz bei dem gleichen Tier subkutan transplantiert wurden. Es muß also nach Säureapplikation auf die Darmschleimhaut etwas, vielleicht ein Hormon, in das Blut übergehen, welches das Pankreas zur Sekretion reizt. Nach Applikation von Galle auf die Jejunalfistel und ebenso nach Zuführung von Galle durch die Magensonde kam es ebenfalls zu Pankreassekretion, aber nicht mit solcher Regelmäßigkeit. Obwohl Galle beim Hunde eine Pankreassekretion verursacht, so ist dieselbe doch nicht das wesentliche Stimulans, da Pankreassekretion nach Nahrungsaufnahme auch bei Fehlen von Galle eintritt. Auch Fette führen zu Pankreasreizung, aber nur sekundär nach Gallenzufluß in das Duodenum. Zweifellos spielt bei der normalen Verdauung nicht eine einzelne Substanz die wesentliche Rolle, sondern viele Faktoren wirken zusammen und zwar vorzugsweise auf humoralem Wege. Die Wirkung verschiedener Krankheitsprozesse auf die Pankreassekretion ist noch so gut wie gar nicht erforscht. Schuld daran tragen die großen Schwierigkeiten, an Tieren mit chronischen Pankreasfisteln zu experimentieren und der Mangel einer guten Methode zur klinischen Bestimmung der Pankreassekretion. Des Verfassers Bemühungen, eine nichttoxische Droge zu finden, die spezifisch durch das Pankreas und nicht durch Magen, Darm oder Leber ausgeschieden wird, sind bisher noch nicht von Erfolg gekrönt. Von 35 untersuchten Drogen erschienen bisher nur zwei nach etwa 2 Stunden im Pankreassekret, Methylenblau und Methylenviolett; von letzterem waren auch Spuren in der Galle nachweisbar, und sein klinischer Gebraucht kommt wegen der toxischen Eigenschaften der notwendigen Dosen nicht in Frage.

Leptospirosis icterohaemorrhagica. Bericht über zwei sporadische Fälle dieser Erkrankung, in denen es — zum ersten Male in Amerika — gelungen ist, Kulturen der Leptospira zu gewinnen, beide Male aus dem Urin, in einem Falle auch aus dem Liquor.

Wert der Bestrahlung von inoperablen Karzinomen des Ovariums. Eine Analyse von 24 Fällen von Karzinom des Ovarium, in denen die Diagnose durch exploratorische Operation (sechsmal), durch Salpingo-Oophorektomie mit und ohne Hysterektomie (achtzehnmal) bestätigt wurde. Mit einer Ausnahme waren peritoneale Metastasen vorhanden; vollständige Entfernung alles Karzinomatösen war unmöglich oder es handelte sich um Rezidive nach Operationen. Eine Voraussage über die Wirkung der Bestrahlung ist unmöglich. Weit vorgeschrittene Fälle reagierten bisweilen gut gegen kleine Röntgendosen, weniger vorgeschrittene oft sehr gering, selbst gegen enorme Dosen. Die ersten Sitzungen sind maßgebend für die Beurteilung, ob man eine Wirkung erwarten darf. Bei rascher Aszitesbildung mit allgemeiner Karzinomatose des Peritoneum kann man gelegentlich leichte Verzögerung der Aszitesbildung, im allgemeinen nicht viel Erfolg erwarten. Nach Entfernung der primären Geschwulst oder bei Rezidiven und auch nach unvollkommenen Operationen beeinflußt die Bestrahlung die Symptome günstig und verlängert das Leben. Von 18 derartigen Fällen leben 7 zwischen 4 Monaten und 4¾ Jahren, 11 sind gestorben, von denen 5 noch zwischen 1½ bis 4 Jahren nach der Bestrahlung bei ziemlichem Wohlbefinden am Leben waren. Mittels des Weatherwax-Projektionsapparates werden Zeichnungen der Bauch- und Beckenorgane entworfen, und unter Benutzung der Weatherwax-Absorptionskarten Eintrittsfelder, Strahlenrichtung bestimmt und Tiefendosis genau berechnet. Im allgemeinen werden für jedes Feld benutzt: 200 kv; 50 cm Abstand; 0,5 mm Cu + 2 mm Al; 4 ma; 75 bis 100 Minuten, 14 × 17 bis 17 × 17 cm Bestrahlungsfeld. Röntgenkater wird am besten durch tägliche kurze Bestrahlungen in fraktionierter Dosis vermieden.

Eine Menge von Sicherheitsnadeln im Magen. Eine 35jährige Frau kam wegen Mastdarmprolaps in Behandlung. Zufällig wurde bei der Untersuchung eine bewegliche Masse im Epigastrium entdeckt, und das Röntgenbild ergab ein Konglomerat von Sicherheitsnadeln, von denen zwei anscheinend die Magenwand perforiert hatten. Die Operation förderte diese Fremdkörper im Gewicht von 295 g (1 Nadel gleich 1 g) zutage. Bei der psychiatrischen Untersuchung gestand sie, dieselben vor 13 Jahren während einer Zeit von 4 bis 5 Monaten angeblich aus Hunger verschluckt zu haben. Sie war seit 10 Jahren verheiratet, hatte 4 normale Geburten durchgemacht und erst seit den letzten 6 Monaten an dyspeptischen Beschwerden gelitten. Psychische Störungen waren nicht festzustellen.

Osteoarthritis der Zwischenwirbelgelenke. Bericht über einen Arbeiter, bei welchem sich im Anschluß an einen Unfall (Verschüttung) nach Heilung zahlreicher Rippenfrakturen Schmerzen und Steifigkeit in der Wirbelsäule einstellten. Das Röntgenbild läßt deutlich osteoarthritische Veränderungen in einigen Wirbelkörpern, in einem Zwischenwirbelgelenk und in beiden Sakroiliakalgelenken erkennen.

Rontal.

The Boston Medical and Surgical Journal.

Nr. 10, 8. September 1927.

Chemische Ergebnisse bei Rachitis. James L. Gamble.
Behandlung und Verhütung von Rachitis. Edwin T. Wyman.

Nr. 11, 15. September 1927.

Behandlung der Lungentuberkulose. Ernest B. Emerson.
Kontagiöse Erkrankungen in Sanatorien. Earle C. Willoughby.
Sanatoriumsbehandlung der extrapulmonären Tuberkulose. Leon A. Alley.
Zulassung von nichttuberkulösen Patienten in ein Tuberkulosekrankenhaus. H. S. Wagner.
* Pleuritis mit Erguß. Otis S. Pettingill und A. H. Stanhope.
Unterdrückung der Nierenfunktion nach Absorption von Quecksilberbichlorid. William A. Flynn.

Pleuritis mit Erguß. Erguß bei einer progressiven Lungentuberkulose, bei der das Lungenparenchym mäßig ergriffen ist, bedeutet eine ernste Komplikation. Aspiration in den primären Fällen hat wenig Einfluß auf den folgenden Zustand der Pleura. 92% der primären Fälle wurden ruhend. Die mittlere ruhende Periode betrug 7½ Jahre, aber aktive Lungentuberkulose kann sich noch 17 Jahre nach verhältnismäßig guter Gesundheit entwickeln. 8% entwickelten einen progressiven Verlauf trotz früher und strenger Bettruhe. Die Ruheperiode nach dem primären Erguß oder den Initialerscheinungen stand im direkten Verhältnis zu der Dauer und Vollständigkeit der Ruhebehandlung.

Nr. 12, 22. September 1927.

* Tabak als Faktor in der Entstehung des ulcus pepticum und der gastrischen Neuritis. C. W. Barnett.
Klinischer Wert der Acidophilosmilch. Harry A. Cheplin.
* Strangulierte Hernie im Alter. Carl Bearse.

Tabak als Faktor in der Entstehung des Ulcus pepticum und der gastrischen Neuritis. Barnett hat die deutschen Arbeiten von Lickiht und Adler nachgeprüft und hat im Peter Bent Brighamhospital sämtliche Fälle von Ulkus von 1913 bis 1926 daraufhin untersucht, außerdem 500 Kontrollfälle: er kommt zu dem Schlusse, daß kein Beweis vorliegt, daß Rauchen irgend eine Bedeutung für die Aetiologie des Ulcus pepticum oder der Magenneurose hat.

Strangulierte Hernien im Alter. Von 21 Patienten über 65, die deswegen operiert wurden, waren 16 Männer und 5 Frauen; bei 2 lag eine Schenkelhernie vor, die übrigen waren Inguinalhernien. Mittlere Dauer dieser Hernien vor der Strangulation 23 Jahre. Ursache: entweder der Husten infolge chronischer Bronchitis oder Emphysem, vermehrter abdominaler Druck durch vermehrte Fettablagerung in der Bauchhöhle oder größere Anstrengung beim Urinieren und Stuhl durch Erschlaffung der Bauchmuskel. Lokalanästhesie mit 5% Novokain. Gangrän- und Abszeßbildung selten (nur in zwei Fällen) wegen Erschlaffung der Ringe und Abdominalmuskel. Von größter Bedeutung ist die postoperative Behandlung, am dritten oder vierten Tag auf den Stuhl, um die hypostatische Pneumonie zu verhindern. Nur 2 Todesfälle an Bronchopneumonie und Herzfehler.

v. Schnizer.

Buchbesprechungen.

Rudolf Fischl: **Therapie der Kinderkrankheiten.** 2. völlig umgearbeitete Auflage. Fischer's med. Buchhandlung. H. Kornfeld. Berlin. Preis 18,— M. — Auf Grund reicher Erfahrungen in der privaten und Anstaltspraxis bringt der Verfasser eine Therapie der Kinderkrankheiten, die dem Praktiker angelegentlichst empfohlen werden kann. Es sind nur erprobte Methoden, die zur Darstellung kommen, und stets kommt die Zurückhaltung und Vorsicht zum Ausdruck, die dem erfahrenen Arzte zur pflichtgemäßen Gewohnheit wird.

Keller.

Prof. Dr. A. Loewy: **Der Gaswechsel und Eiweiß-Stoffwechsel unter dem Einfluß der inneren Sekretion.** Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechsel-Krankheiten. Herausgegeben von Prof. Dr. H. Strauß Berlin. X. Band, Heft 6. 1927. Verlag Marhold Verlagsbuchhandlung Halle a. S. Preis geheftet 2,— M. — In überaus klarer und übersichtlicher Form sind die Ergebnisse der Gaswechselphysiologie und -pathologie unter dem Einfluß des endokrinen Systems dargestellt.

Jah-.

Dr. H. Rudy: **Die Entwicklung der vitalistischen Naturphilosophie im 20. Jahrhundert.** 1927. Verlag Gebr. Hoffmann Berlin-Charlottenburg, Schillerstraße 44. 74 Seiten. — Im Zusammenhang mit dem 60 jährigen Jubiläum des Leipziger Naturphilosophen Hans Driesch, aber vor allem im Hinblick auf die Stellung des Vitalismus im heutigen medizinischen Denken, sei auf die vorliegende Schrift des Schülers von Driesch hingewiesen, in der der ganze Komplex der Probleme klar und sachlich behandelt wird.

M. Kantorowicz.

Ernest Fourneau: **Heilmittel der organischen Chemie und ihre Herstellung.** Ins Deutsche übertragen von Michael Tennenbaum. Druck und Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn Akt.-Ges. Braunschweig 1927. 336 Seiten. VIII. Preis: geheftet 19,50 RM geb. 22,— RM. — Wie Bickel in seinem Vorwort zur deutschen Auflage mit Recht betont, verleiht die völlig undogmatische Darstellung der Prinzipien und Probleme der pharmazeutischen Chemie diesem Buche einen besonderen Reiz, zumal da in der Darstellung der Grenzgebiete der organischen Chemie, Biologie und Pharmakologie alles Trennende überbrückt wird, und die gemeinsamen Grundlagen aller an der therapeutischen Chemie interessierten Wissensgebiete großzügig klargelegt werden.

Der Mediziner und vor allem der an der physiologisch-chemischen Erkenntnis therapeutischer Probleme interessierte Internist wird in diesem Werke auf jede Frage eine von hoher Warte aus gegebene Antwort finden. Dem um die einwandfreie und stilistisch hervorragende Besorgung der deutschen Ausgabe verdienten Herausgeber gebührt besonderes Lob und der Dank aller an den einschlägigen Problemen Beteiligten.

Arnold Hirsch, Berlin.

K. A. Heiberg, Kopenhagen: **Ueber die Behandlung des Diabetes mellitus in seiner häufigsten Form und über die Messung des Grades eines Diabetesfalles.** Verlag von J. F. Bergmann München, 1927. 19 Seiten. — Verfasser betont als neuen, aber noch nicht genügend akzeptierten Hauptgesichtspunkt bei der Behandlung, wie man durch einen Gewichtsverlust den Umsatz zur Abnahme bringen soll.

Die klinische Erfahrung hat die Bedeutung dieses Umstandes festgestellt, indem es nur so gelingen kann, das Behandlungsresultat dauernd festzuhalten: die Symptomfreiheit — wozu normaler Blutzucker gehört — und dadurch den Schutz, den die Symptomfreiheit gegen das Fortschreiten der Krankheit und gegen die Komplikationen schafft.

Das Gefühl der Gesundheit und die unverminderte Leistungsfähigkeit wird den Gewinn erkennen lassen.

Nach dem Verfasser muß das Ziel sein, in größerer Ausdehnung als bisher die Entwicklung der höchst qualvollen Zustände zu verhindern, die bei einem viele Jahre „versäumten", aber ursprünglich an sich leichten Diabetes eintreten. Das wird jetzt in weit größerer Ausdehnung als bisher durch Aufklärungsarbeit erreicht werden können. Die Sache steht jetzt anders als früher; die Mittel sind wirksamer und die Kontrolle ist gleichzeitig mehr effektiv.

Es wird in der Arbeit ausführlich darauf hingewiesen, daß das objektive Maß für den Stärkegrad eines Diabetes oft zum Schaden für das Verständnis vernachlässigt wird, und daß die einzige Grundlage für die Beurteilung und Vergleichung der Schwere verschiedener Diabetesfälle die Menge der Kalorien pro kg ist, mit denen man die Diabetiker dauernd normal halten kann.

Nur von diesen Verhältnissen aus kann man eine rationelle Vergleichsgrundlage schaffen, indem man nicht vergißt, das gefundene Maß mit dem jeweiligen Gewichtszustand und dem Normalgewicht zu vergleichen.

Obwohl dies alles nichts absolut Neues ist, sei dem Praktiker die kleine Schrift empfohlen. Der Erfahrene, — besonders der Internist —, wird wohl schon immer im vom Verfasser gezeichneten Sinne verfahren.

Arnold Hirsch, Berlin.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Bergmann 2732 und 2854

NUMMER 48 BERLIN, DEN 2. DEZEMBER 1927 45. JAHRGANG

Kongreß-Berichte.

Bonn, Deutsche Dermatologische Gesellschaft.

4. bis 8. September 1927.

Berichtersatter Dr. VON PEZOLD (Karlsruhe).

Die wissenschaftlichen Sitzungen fanden in der Beethovenhalle statt. In der Eröffnungssitzung wurde Unna (Hamburg) das Ehrendoktordiplom überreicht. Der erste Tag behandelte ausschließlich das Röntgenthema, zunächst drei Referate über **Biologie und Pathologie der Röntgenstrahlenwirkung.** Grebe (Bonn) behandelte den physikalischen Teil und sprach über die bei der Oberflächentherapie übliche Dosimetrie mit Hilfe der Sabouraud-Tablette. Grebe hat mit Bickenbach Versuche angestellt, um die Holzknecht-Einheit und die Sabouraud-Einheit mit der R.-Einheit zu vergleichen und ist zu dem Ergebnis gekommen, daß 1 Sabouraud-Einheit = 8,7 Holzknecht-Einheiten ist. Hans Meyer (Bremen) sprach über Grundprobleme der biologischen Strahlenwirkung, ausgehend von tiefgründigen Ausblicken in die Urgeschichte der Welt, dann die Lehre vom Atom, vom Element, vom Elektron und die Quantentheorie streifend. Er erörterte die Röntgenwirkung auf die Zelle und erklärte Röntgenschädigungen für so gut wie ausgeschlossen, wenn die drei Regeln der Dosis, des Intervalls und der Zahl der Bestrahlungen berücksichtigt würden. Miescher (Zürich) erörterte die Röntgenbiologie der gesunden und kranken Haut, die Schädigungen der einzelnen Hautschichten und ihr Auftreten als Früh- oder Spätschädigungen und die Vorgänge bei der Bestrahlung bei Hautkrankheiten.

Von den 20 Rednern, die im Programm zum Röntgenthema sich äußern wollten, kam nur ein Teil zu Wort. Erwähnt sei Keller (Freiburg), der über Polarisationsmessungen an der Haut nach Röntgen- und Ultraviolettlichtbestrahlungen sprach, die bei der gesunden Haut andere Ergebnisse haben als bei der erkrankten Haut, und Schönhof (Prag), der die indirekten Röntgenbestrahlungen bei Hautkrankheiten behandelte, vor allem der Ovarien, der Lymphknoten, des Rückenmarks. Lebhafte, teilweise sogar erregte Aussprachen führte das Thema der Buckyschen Grenzstrahlentherapie herbei. Schreus (Düsseldorf) erläuterte ihre Messung, Dosierung, Wirkung und Gefahrenzone, Arzt (Wien) das gebrauchte Instrumentarium und die therapeutischen Erfolge. Kirsch (Jena) besprach die Dosierung, Ruete (Marburg) die indirekte Therapie durch Futterbestrahlung und die direkte durch Bestrahlung der Tiere im Rattenversuch, Uhlmann (Frankfurt a. M.) die Wirkung auf die einzelnen Dermatosen. Auch Scholtz (Königsberg), Ritter (Hamburg) und Olga Manheimer (Hamburg) und andere sprachen über Bucky-Strahlen. Bucky (Berlin) erklärte, seine Methode stecke noch in den Kinderschuhen, aber er konnte im Lichtbilde zahlreiche Erfolge vorführen. Zahlreiche Mikrophotographien brachte Bettmann (Heidelberg).

Der zweite Tag brachte zunächst die allgemeine und spezielle **Pathologie und die Therapie der Syphilis.** Prigge (Frankfurt a. M.) sprach über die Bewertung der Lymphdrüsenverimpfung bei experimenteller Syphilis, gemessen nach den Ergebnissen der Neuinfektion im Tierexperiment, Schumacher (Königsberg) über Froschversuche, Boas (Kopenhagen) über provokatorischen Wassermann, Bruck (Altona) über seine Aktivuntersuchung als technisch einfache und exakte Methode bei der Serodiagnose der Syphilis.

Kolle (Frankfurt a. M.) brachte in großen Versuchsreihen Experimentelles zur Frage der Syphilisimmunität und der „stummen" Superinfektion. Seine Versuche führen ihn zu erneutem Hinweis auf den Wert der Frühbehandlung. Den Wert dieser Kaninchenversuche bestritt Lesser (Berlin). Zum gleichen Thema sprachen u. a. Mulzer (Hamburg), Stühmer (Münster), Zieler (Würzburg), Hoffmann (Bonn).

Ueber Lumbalpunktion und Okzipitalpunktion sprachen Eicke (Berlin), Mulzer (Hamburg), Hoffmann (Bonn). Heller (Berlin) sprach über die überraschende Seltenheit der Paralyse bei hervorragenden Bühnenkünstlern. In der Frage der Syphilistherapie traten Schreus (Düsseldorf) und Hoffmann (Bonn) für maximale Behandlung ein, Vonkennel (München) sprach über Malariatherapie, Bruck (Altona) über Spirozid, Herxheimer (Frankfurt a. M.) über Albert 102, Schumacher (Königsberg) über Myosalvarsan, Heuck (München) über Wismut. Jadassohn (Breslau) betonte, daß die Theorie nicht richtig sei, nach der die Salvarsantherapie Tabes und Paralyse vermehre und Aortitis beschleunige. Ein Verzicht auf die Frühbehandlung wäre verhängnisvoll.

Die Gonorrhoefrage konnte aus Zeitmangel nicht erörtert werden.

Zum Thema der **Dermatologie** sprachen u. a. Bettmann (Heidelberg) über Oberflächenzeichnung der Haut, Linser (Dresden) über Thallium-Alopezie, Pöhlmann (München) über Blutgruppenuntersuchungen bei Hautkrankheiten, speziell bei Psoriasis, Stümpke (Hannover) über Konstitutionstypen und ihre geringe Bedeutung für die Dermatologie, Mayr (München) über Messungen der Hautfarbe mittels des Haarfarbenfächers. Rille (Leipzig) zeigte Lichtbilder von Pellagra, Kreibich (Prag) solche von verschiedenen Hautaffektionen. Ueber Eau de Cologne-Dermatismus sprachen Freund (Triest), Galewski (Dresden), Rosenthal (Berlin), über Hydroa vacciniformis Hofmann (Frankfurt) und Stein (Wien). Freund (Triest) hat rezidivierenden Herpes mit Kuhpockenimpfung geheilt.

Von den zahlreichen Erörterungen aus dem Gebiete der Dermatotherapie seien nur noch die Aeußerungen von Rost (Freiburg) über Reinluftbehandlung in der allergenfreien Kammer erwähnt und die kosmetische Operation von Stein (Wien) bei Gesichtsfaltenbildung.

Die vorzügliche Leitung des Kongresses sowie die Gastlichkeit der Stadt und der Dermatologen-Vereinigung trugen wesentlich zum Gelingen der Tagung bei.

Medizinisch-rechtlicher Teil.

Bearbeitet von Dr. J. Frankfurter, Leipzig.

Die rechtliche Verantwortung bei Falschbehandlung.

Die Arztbehandlung hat trotz Anwendung der verschiedentlich erprobten wissenschaftlichen Methoden nicht immer den gewünschten Heilerfolg. Dieses Geständnis offen einzugestehen, vermag absolut nicht den hohen Leistungen der medizinischen Wissenschaft für Körper und Gesundheit Abbruch zu tun und auch die staatliche Ordnung, die Leben und Gesundheit als höchstes unter besonders starkem Schutze stehendes Rechsgut ansieht, weiß diese in vollem Maße zu würdigen. Daraus resultiert die verschiedentlich eingeräumte Sonderstellung des Arztes, aus der allein die gesetzlich normierten Begünstigungen zu erklären und zu begründen sind. Haben sich daher bei der Behandlung von Krankheiten lege artis Verschlimmerungen des Leidens eingestellt oder ist sogar der Tod in der Folgezeit eingetreten, so wird diese nicht als Ursache der Gesundheitsschädigung angesehen und zieht daher auch keinerlei rechtlichen Nachteile für den Behandelnden nach sich. Oft liegen die Fälle jedoch etwas anders, die allerdings — je nach Umfang des Verschuldens und Größe des angerichteten Schadens durch den

Verantwortlichen — straf- und zivilrechtliche Folgen nach sich ziehen. Das sind die Rechstfragen des Alltags in der ärztlichen Praxis — mag sie in privater Ordination oder klinischer Behandlung ausgeübt werden — die allgemein interessieren.

In weiten Fachkreisen herrschen naturgemäß Unklarheiten über die weitreichende Verantwortung bei unrichtiger Behandlung von Patienten, über die sich zu untrrichten die elementarste Pflicht eines jeden einzelnen ist, will er seine Existenz nicht durch langwierige Prozesse gefährden. Die strafrechtliche Beurteilung von Falschbehandlung schaltet in der folgenden Darstellung wegen Raummangel aus und soll nur in großen Zügen deren zivilrechtliche Folgen im einzelnen aufgezeigt werden.

Nicht selten kommt es vor, daß während der Behandlung durch Unachtsamkeit des assistierenden Personales eine falsche Medizin verabreicht wird, die eine schwere Schädigung der Organe oder ein letales Ende zur Folge haben kann. Meistens handelt es sich dabei um eine Verwechslung der vom Arzte verordneten Medikamente, die dem Patienten zum Verhängnis werden. An Hand eines praktischen Rechtsfalles werden sich die Richtlinien ergeben, die für derartige Vorkommnisse bei der Beurteilung der Sachlage maßgebend sind.

In einem städtischen Krankenhause waren mehrere an Scabies (Krätze) erkrankt, die daselbst poliklinisch behandelt wurden. Sie wurden durch die Unachtsamkeit des Pflegepersonals mit einer Chromsalbe, die vom Arzte nicht verschrieben war, am ganzen Körper eingefettet. Es zeigten sich infolge des schweren Giftes starke Funktionsstörungen der Organe, die bei einzelnen Patienten letal endeten, während bei den anderen chronische Leiden zurückblieben. Die Geschädigten bezw. ihre Erben machten nun in verschieden hohem Maße ihre Ersatzansprüche gegen die Kommune geltend.

Vorerst gilt allgemein der Grundsatz, daß es Pflicht des diensthabenden Arztes, besonders des Krankenpersonals ist, sein besonderes Augenmerk auf die Verabreichung der richtigen und zweckmäßigen Medikamente an die Patienten zu lenken. Jeder Vorstoß dagegen macht sie den Geschädigten gegenüber in weitgehendstem Maße für die daraus entstehenden Vermögens- und sogar ideellen Nachteile zivilrechtlich haftbar. Kommen diese Fälle in einem öffentlichen Spitale vor, so ist in erster Linie die öffentliche Korperation — hier die Stadt — dafür verantwortlich. Ohne jeglichen Belang in rechtlicher Hinsicht ist es, ob die Behandlung entgeltlich oder unentgeltlich geschehen ist, weiter ob die Heilmittel in eigener oder fremder Regie hergestellt worden sind. Hingegen muß der behandelnde Arzt bezw. das Pflegepersonal bei Verschulden der eingetretenen schlimmen Folgen der Stadtverwaltung gegenüber für ihre Regreßansprüche einstehen. Die zu ersetzende Schadenshöhe richtet sich jeweils nach der Tragweite der eingetretenen Folgen. Ist z. B. der Tod durch die falsche Behandlung verursacht, so können alle damit verbundenen Kosten — Beerdigung und Unterhaltungskosten für die Hinterbliebenen, insoweit und insolange der Verstorbene dazu gesetzlich verpflichtet war — gerichtlich gefordert werden. Hat die vorschriftswidrige Behandlung nur eine schwere Gesundheitsschädigung zur Folge, so kann mit Erfolg auf Ersatz der Heilungskosten, Erwerbsverlust und Schmerzensgeld geklagt werden. Weibliche Patienten haben noch einen weiteren Anspruch auf den erwähnten ideellen Schaden, den sie dadurch erleiden, nämlich die verminderte Aussicht auf Heirat. Bezüglich des Schmerzensgeldes gelten die Bestimmungen des § 253 B.G.B. nur insoweit, als eine Entschädigung in Geld in den Fällen, wo kein Vermögensschaden vorliegt, der Regel nach nicht gefordert werden kann mit Ausnahme der durch das Gesetz normierten Fälle. Ein immaterieller Schaden, wie ihn das Schmerzensgeld oder der völlige Verlust einer lebenslänglichen Versorgung darstellt, und bei schweren Gesundheitsschädigungen vom Verletzer zu ersetzen ist, hat nach § 847 B.G.B. nur dort Anwendung, wo diese Folgen durch unerlaubte Handlungen eingetreten sind im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches, wie etwa der Bruch eines Verlöbnisses. Darunter fällt aber nicht die unachtsame Krankenbehandlung oder eine folgenschwere Verwechslung der verabreichten Medizin, so daß diese weitgehende Schadensersatzansprüche hier nicht gestellt werden können. Bei öffentlichen Krankenhäusern kommt noch die Haftungsfrage wegen unrichtiger Auswahl und Anstellung von ungeeigneten Heilpersonen und Pflegepersonal eine gewisse Rolle. Doch auch ein derartiger Vorstoß stellt gleichfalls keine unerlaubte Handlung im Sinne des § 847 B.G.B. dar, die eine Schmerzensgeldforderung für gerechtfertigt erscheinen ließe. Unter Umständen kann in der mangelhaften Beobachtung der verkehrsgebotenen Sorgfalt bei der Herstellung oder Beschaffung der nötigen Medikamente ein Rechtsgrund zur Erstattung des erlittenen immateriellen Schadens erblickt werden, doch muß dabei ein grober Vorstoß gegen die allgemeine Ueberwachungs-, Kontroll- und Unterweisungpflicht der dazu berufenen Personen vorliegen. Es geht nicht an, den Aerzten die Pflicht aufzuerlegen rein mechanische Verrichtungen der einzelnen Einreibungsakte persönlich zu leiten, zu überwachen und für die Unachtsamkeit der von ihnen mit dieser Aufgabe betrauten und geschulten Krankenwärter haftbar zu machen. Allenthalben wird man in schweren und komplizierten Krankheitsfällen allein diese weitgehende ärztliche Fürsorge als zur Behandlung gehörig betrachten dürfen, da anderenfalls der normale Spitalsbetrieb, der auf eine Behandlung vieler zugeschnitten ist, sehr darunter leiden würde. Eine zeitweise Ueberprüfung der sach- und fachgemäßen Ausführung der getroffenen Anordnungen, sowie des ordnungsgemäßen Standes der vorhandenen Medikamente wird man billigerweise unter die allgemeine Ueberwachungs- und Kontrollpflicht rechnen müssen. Geeignete Vorkehrungen, die eine leichte Verwechslung von gefährlichen Giften hintanzuhalten geeignet sind, zu treffen, gehören gleichfalls in diesen Bereich. Ebenso wird man verlangen können, daß die zur Krankenbehandlung verwendeten Medikamente stets vorerst chemisch untersucht und auf ihre Gesundheitsunschädlichkeit geprüft werden, besonders bei erst neu herausgekommenen und nur zu Versuchszwecken zur Verfügung gestellten Präparaten. Jedoch muß hier ausdrücklich betont werden, daß die vom Hersteller beim In-Verkehr-Setzen derselben beigefügten Analyse der einzelnen Bestandteile die erwähnte Untersuchung überflüssig macht, insofern nicht berechtigte Zweifel in der chemischen Zusammensetzung auftauchen. In diesem Falle gehört es zur ärztlichen Berufspflicht, genauestens nachzuprüfen, ob es sich als unschädliches Mittel erweist und als solches für die Praxis verwendet werden kann. Von diesem Gesichtspunkte her können mit Erfolg Entschädigungsansprüche geltend gemacht werden.

Diese Nachprüfungspflicht besteht natürlich während der ganzen Behandlung des Patienten. Machen sich ungewohnte Krankheitserscheinungen in dieser Zeit bemerkbar, so muß auch an die verwendeten Mittel gedacht werden, und für das Pflegepersonal besteht nach dieser Richtung hin eine Mitteilungspflicht. Die Unterlassung derselben macht schadenersatzpflichtig, die bei öffentlichen und privaten Kliniken zunächst die betreffende Eigentümerin trifft. Treten erst nach der Behandlung Bedenken in der Beschaffenheit der verwendeten Mittel ein, so besteht für den Behandelnden die rechtliche Pflicht, soweit Namen und Wohnung des Entlassenen noch feststellbar ist, denselben davon zu benachrichtigen und soweit möglich gleichzeitig die geeigneten Gegenmittel ihm anzugeben. Dies ergibt sich naturgemäß aus dem Dienstvertrag, den der Arzt bei Uebernahme der Behandlung mit dem Kranken oder seinen Angehörigen abschließt. Bei unentgeltlicher Behandlung in öffentlichen Krankenanstalten wird dies aus der öffentlich-rechtlichen Verpflichtung zur Fürsorge für die unbemittelten Bürger der Stadt folgerichtig hergeleitet.

In dem eingangs erwähnten Rechtsstreite ist die Beurteilung des vorgelegenen Sachverhaltes nicht nach den geschilderten Gesichtspunkten geschehen. Teilweise wurden sehr erhebliche Tatumstände nicht einwandfrei bei der Beweisaufnahme festgestellt, so daß bei der Beurteilung kein vollkommen klares Bild vorlag. Andererseits wieder war dadurch die ganze rechtliche Bewertung des so vorgelegenen Tatbestandes wesentlich beeinträchtigt. Dies kommt auch klar in der Reichsgerichtsentscheidung vom 8. Januar 1926 (III, 32/25) zum Ausdruck, die das Urteil der Vorinstanz aufgehoben und zur nochmaligen Entscheidung an diese zurückverwiesen hat. Die erste Gerichtsinstanz hatte nämlich sämtliche Ansprüche der Geschädigten für berechtigt angesehen, während das nächsthöhere Gericht nur teilweise diese als rechtlich begründet hielt, wobei die vorgebrachten Entlastungsmomente nicht genügende Beachtung fanden. Daraus resultierten die erwähnten Fehlurteile, die erst durch die höchste Gerichtsinstanz als solche erkannt werden mußten und daher nicht zur Auswirkung kommen konnten.

Briefkasten.

Dir. Ob.-Arzt Dr. Kl. in M.: Das Reichsgericht hat in mehreren Entscheidungen klar ausgesprochen, daß die Konkurrenzklauseln in Anstellungsverträgen bei approbierten Aerzten gegen die guten Sitten

verstoßen und daher nichtig sind. Das gleiche gilt von der im Vertrage bei Verstoß gegen eine solche Klausel vereinbarten Konventionalstrafe. Sie sind daher an beide in ihrem Anstellungsvertrage enthaltenen Verpflichtungen nicht gebunden.

Ob.-Med.-Rat Dr. Kr. in H.: Die neu geschaffenen Arbeitsgerichte sind allerdings für Rechtsstreite in Kündigungsangelegenheiten zuständig aber nur für kaufmännische Angestellte und nicht für ärztliches Hilfspersonal. Im vorliegenden Falle gibt es keine Tarifvereinbarungen und auch keinen Kündigungsschutz (nach § 2 des zit. Ges. ist eine dreimonatliche Kündigungsfrist auf Quartalschluß nur bei vorhergehender fünfjähriger ununterbrochener Diensttätigkeit vorgesehen, worüber allein das Landesarbeitsgericht in Hamburg zu entscheiden hat. Die nächst höhere Instanz ist das Reichsarbeitsgericht in Leipzig, das seinen Sitz im Reichsgerichtsgebäude hat).

San.-Rat Dr. W. in O.: Die Praxisräume eines Aerztes oder einer Privatklinik werden wohnungsrechtlich doch als gewerbliche Räume angesehen, so daß die beabsichtigte Umwandlung der Wohnräume wohl zu Schwierigkeiten mit dem zuständigen Wohnungsamte führen dürfte. Die Verordnung des Preuß. Min. f. Volkswohlfahrt vom 13. Okt. 1927 bezieht sich nur auf Stadt-, Landgemeinden und Gutsbezirke mit weniger als 4000 Einwohnern, die allerdings eine Lockerung des Wohnungsmangelgesetzes darstellt. Jedoch findet diese nach § 2 nicht statt, wenn Wohnräume zu anderen Zwecken (ärztliche Praxis!) benutzt werden. Auch der beabsichtige Wohnungstausch ist hier nach § 8 nicht geeignet zum gewünschten Ziele zu kommen. Bei Wohnungstausch kommt noch die Genehmigung des Vermieters in Frage, bei deren Verweigerung die des Mietseinigungsamtes vollauf genügt.

Univ.-Prof. Geh.-Rat Dr. R. in L.: Die für die Praxis wichtigsten Bestimmungen des Ges. zur Bek. der Geschlechtskrankheiten sind in meinem Artikel in Nr. 13 „Die gesetzlichen Maßnahmen zum Schutze der Volksgesundheit“ genauer besprochen. Nach dem Inkrafttreten dieses Reichsgesetzes am 1. Oktober haben die zuständigen Ministerien der Einzelstaaten Ausführungsverordnungen erlassen. Am ausführlichsten ist wohl die preußische und darf — auch in Sachsen — sofern keine Bestimmung entgegensteht, analog angewendet werden. Bei der Gesundheitsbehörde sind allein Fachärzte (auch Aerztinnen!) für Geschlechtskrankheiten vorgesehen. Dieselbe darf darüber nur mit Genehmigung dieser Aerzte Mitteilungen an eine andere Behörde machen und zwar in neutralem verschlossenem Briefumschlag. Der Gebrauch offener Karten ist ausdrücklich in der ministeriellen Anweisung untersagt, was jedoch für das sächsiche Geltungsgebiet bisher noch nicht geschehen ist.

Laufende medizinische Literatur.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 44, 28. Oktober 1927.

Ueber ein neues haltbares Typhus- und Paratyphusdiagnostikum. Der Verfasser gibt ein neues Präparat an, das aus einer Aufschwemmung abgetöteter Bakterien besteht, die in ihren Leistungen einer frischen Aufschwemmung lebender Keime fast ebenbürtig ist. Aus den angeführten Versuchen geht hervor, daß die Typhus- wie die Paratyphusaufschwemmung lange Zeit haltbar ist. Obwohl eine Grenze nach oben vorläufig nicht angegeben werden kann, ist wohl mit mindestens einjähriger Verwendbarkeit der Diagnostika zu rechnen. Die Konservierung der Rezeptoren ermöglicht die Auswertung des Agglutinationtiters eines Immun- bzw. Patientenserums und gestattet die Unterscheidung zwischen grober und feiner Flockung.

Zur quantitativen Bestimmung der Magenfunktion. Um zu prüfen, inwieweit die gebräuchlichen klinischen Untersuchungsmethoden in der Lage sind, über die vom Magen sezernierten Säuremengen Aufschluß zu geben, inaugurieren die Verfasser ein neues Einteilungsprinzip, nämlich die Gruppierung der Fälle nach dem „quantitativen Stundenchlorindex“. Als quantitativer Chlorindex wird das Verhältnis der in einem beliebigen Zeitabschnitt vom Magen abgesonderten Salzsäure, in mg Cl, zu der in derselben Zeit abgegebenen Gesamtchlormenge bezeichnet. Der Stundenchlorindex wird aus den Partialchlorindices, die sich auf Zeiträume von fünf oder zehn Minuten beziehen, für die erste Stunde p. c. berechnet. Wenn man die Chlormenge in Milligrammen ausdrückt, so ist dieses die „Akrie“ des Magens. Danach kann man einteilen in: Hyperakrie, Normakrie, Hypakrie und Anakrie. Die Verfasser prüfen dann die Frage, ob Steigerungen und Senkungen der Azidität des Mageninhaltes mit Steigerungen und Senkungen der Akrie koinzidieren. Es ergeben sich dabei gewisse Mängel der Genauigkeit verschiedener klinischer Untersuchungsmethoden, z. B. der fraktionierten Ausheberung.

Mängel und Fortschritte der Gonorrhoebehandlung. Vom Verf. wird seit etwa 5 Jahren eine erhebliche Abnahme der Geschlechtskrankheiten beobachtet. Diese betrifft in sehr starkem Maße das Ulucus molle und die Syphilis, in viel schwächerem die Gonorrhoe. Dieser unterschiedliche Rückgang wird in der Hauptsache auf den bei der Gonorrhoe im Gegensatz zu den beiden anderen Geschlechtskrankheiten noch zu mangelhaften Behandlungserfolg zurückgeführt. Bei genügender Sorgfalt gelang es jedoch, einzelne Mängel und Fehler der Gonorrhoebehandlung auszuschalten. Als bedeutendster Fortschritt der letzten Jahre auf dem Gebiete der Gonorrhoebehandlung wird die Einführung des Targesins bezeichnet, vor allem wegen seiner von keinem anderen Silberpräparat bei der Gonorrhoebehandlung erreichten Reizlosigkeit, verbunden mit dadurch keineswegs beeinträchtigter Wirkung auf die Gonokokken. An über 350 Fällen erwies sich das Targesin bei Männern, Frauen und Kindern in allen Stadien der Gonorrhoe als gut verträglich und wirksam und verhütet fraglos Komplikationen, wodurch der Verlauf der Krankheit abgekürzt wird. Die wenigen Mißerfolge und Komplikationen sind, wie aus der Beschreibung der Fälle hervorgeht, nicht dem Targesin zuzuschreiben.

Gesetzmäßiger Zusammenhang zwischen Blutzuckergehalt und Blutgerinnungsgeschwindigkeit. Der Zuckergehalt ist allein nicht imstande, die Blutgerinnungszeit zu beeinflussen. Alle Substanzen, die die Gerinnungszeit beeinflussen, rufen zuerst eine geänderte Glykogenmobilisierung hervor, wodurch der Zuckerspiegel im Blute verändert wird; der neue Zuckerspiegel wirkt dann als Reiz auf die Leber und bedingt eine vermehrte oder verminderte Abgabe von Fibrinogen an das Blut. Es ist sicher, daß der Zuckergehalt des Blutes eine sehr wichtige Rolle bei der Blutgerinnung spielt.

Zur Kenntnis der Artzugehörigkeit parasitärer Diphtherenlarven in Haut und Auge des Menschen. Jugendformen von Gastrophilus pecorum vermögen auch beim Menschen sich in Schleimhäute einzubohren und in ihnen aktiv zu wandern. Im Auge beobachtete junge Gastrophiluslarven können durchaus Gastrophilus pecorum angehören. Eine Hautbesiedlung hingegen dürfte kaum in Frage kommen.

Die Bedeutung des Cholesterins für das Zustandekommen und die Verhütung des „Röntgenkaters“. Die eingehenden Beobachtungen des Autors sprechen mit hoher Wahrscheinlichkeit dafür, daß man in dem vorübergehenden Absinken des Cholesterinspiegels im Blute einen wesentlichen Faktor für das Zustandekommen des „Röntgenkaters“ zu erblicken hat. Der Verf. deckte daher den im Blute entstandenen Cholesterinverlust durch von außen zugeführtes Cholesterin, wobei sich ein eigens für diesen Zweck hergestelltes Präparat (Colsil), bestehend aus Cholesterin mit einem geringen Lezithinzusatz, als durchaus zweckmäßig erwies. Verf. gibt auf Grund einer Erfahrung von rund 100 Fällen eine einleuchtende Dosierungsvorschrift über das Präparat an.

Selbstmordversuch mit Paracodin. Es wird dargelegt, daß man bei Erwachsenen (aber cave senium!) ohne Bedenken die therapeutischen Dosen des Paracodins nötigenfalls um ein Mehrfaches des Ueblichen steigern kann.

Verlauf einer Ueberdosierung von Phanodorm. Auch bei diesem Präparat beweist der Verlauf einer Ueberdosierung die schon früher

bei Tieren und Menschen festgestellte Tatsache, daß selbst erhebliche Ueberschreitungen der Normaldosis nur geringe Vergiftungserscheinungen machen. Arnold Hirsch, Berlin.

Die Medizinische Welt.

Nr. 36, 8. Oktober 1927.

25 Jahre Ektoskopie. — Diagnostik mit freiem Auge. Gegenstand der Beobachtung ist bei der Ektoskopie der Rumpf, in gewissen Fällen auch noch ein gewisser Teil des Halses, und zwar in jeder Stellung, jeder Lage und bei jeder Beleuchtung. Bei nicht zu fetten Leuten und bei gut ausgesprochenen Interkostalräumen sieht man im Gebiet der Rippenbögen inmitten der Furchen ein kleineres oder größeres kreis- oder ellipsenförmiges oder unregelmäßiges Feld sich abheben, das furchenfrei daliegt und in diesem Sinne sich als „Insel" heraushebt. Die Insel entspricht einem Stück der Leber bzw. Milz und befindet sich in den meisten Fällen in Zwerchfellhöhe. An diesen Stellen darf kein Pneumothorax angelegt und keine Pleurapunktion ausgeführt werden. Läßt man die Untersuchungsperson einen Schnupfversuch machen, so sieht man am ganzen Thorax in den einzelnen Interkostalräumen kleine Grübchen entstehen, die den Zwerchfellstand auffällig markieren. Man ist auf diese Weise imstande, in wenigen Sekunden im Umkreise des ganzen Thorax die Lungengrenzen aufzuzeichnen. Die gleiche plastische Trennung der Brusthöhle von der Bauchhöhle erhält man außer bei dem Schnupf- auch bei dem Respirationsphänomen, wenn man die Untersuchungsperson flüchtig ein- und ausatmen läßt. Alle diese interkostalen Erscheinungen sind inspiratorische Phänomene, hervorgerufen durch den negativen Inspirationsdruck im Thoraxinnern einerseits und dem größeren, äußeren atmosphärischen Druck andererseits. Beim Sprechphänomen handelt es sich dagegen um exspiratorische Hervorwölbungen, die sich über die Gleichgewichtsstellung der Interkostalräume hinaus wulstförmig nach außen buchten. Sie sind überall zu sehen, am besten zumeist vorn im zweiten bis dritten Interkostalraum und in den unteren Partien der Achselgegend. Sie treten bei Beginn des Sprechens auf. Mit Hilfe der interkostalen Sprechbewegungen ist die untere Exsudatgrenze, über Milz und Leber, aufzufinden. Die allerwichtigste Leistung ist dem Sprechphänomen bei eingesackten Exsudaten, bei Empyemen vorbehalten, da hier die physikalischen Untersuchungsmethoden meist versagen. Außer des thorakalen gibt es auch ein abdominales und lumbales Sprechphänomen. Von Bedeutung für die Klinik ist die Tatsache, daß die durch Schmerzen, Bauchfellreizung bzw. Entzündung hervorgerufenen Reflexe die Sprechbewegungen über den kritischen Bauchstellen hemmen. Bei Verdacht auf Ulcus ventriculi spricht ein Fehlen jeglicher Sprechblockade über dem Magen für peritoneale Distanz oder peritonitische Absenz evtl. für eine rein nervöse Grundlage der Beschwerden. Die Wertung des ektoskopischen Befundes bei Appendizitis stellt Leschke über den Wert der palpatorischen Defense musculaire, die ihm im allgemeinen weniger empfindlich zu sein scheint. Die Untersuchung liefert für den Gynäkologen besonders bei erschlafften Bauchdecken eindrucksvolle Resultate. Bei lebhaften Sprechbewegungen in der Beckengegend kann man auf den ersten Blick jede akute entzündliche Adnexerkrankung ausschließen. Dahingegen verrät jeder merkliche Sprechausfall Sitz und Art einer solchen Erkrankung. In ähnlicher Weise ist eine extrauterine Schwangerschaft frühzeitig zu diagnostizieren. Reizlose Tumoren hingegen haben, wie im Bauch so auch im Becken, keinen Ausfall der Sprechbewegungen zur Folge, auch der gravide Uterus nicht. Bei diffuser Peritonitis tritt vollkommener Ausfall des Sprechphänomens ein. Für die Chirurgie verspricht die Ektoskopie besonders gute Leistungen bei den traumatischen Verletzungen des Bauches. Keine andere Methode als die Ektoskopie beantwortet so leicht und einfach die Frage nach der Mitbeteiligung des Peritoneums. Alles in allem eröffnet nach der Meinung des Verfassers die Ektoskopie weite und neue Ausblicke auf zahlreichen klinischen Gebieten.

Chronische Gelenkerkrankungen. Beiträge zur ätiologischen Diagnostik und Therapie. Bei einer Anzahl von Kranken, bei denen Krampfadern und Arthritis deformans der Kniegelenke gleichzeitig bestanden, ist es durch Krampfaderbehandlung mit Varicophtininjektionen auffallend schnell gelungen, die arthritischen Beschwerden zu bessern. Die Behandlung wird folgendermaßen ausgeführt: Man sucht sich einen größeren Varizenstamm am Unterschenkel, möglichst in der Nähe des Kniegelenks, aus, komprimiert die abfließenden Aeste und vereist mit Chloräthyl die Haut an der Einstichstelle. Darauf sticht man mit einer Rekordspritze, die mit 3 bis 4 ccm Varicophtin gefüllt ist, den Varizenstamm an, überzeugt sich durch Anziehen von etwas Blut davon, daß die Kanüle in der Vene ist, und injiziert langsam den Inhalt der Spritze. Nach einigen Minuten läßt man die Kompression los. Der Patient bleibt noch 10 Minuten liegen und kann daraufhin wieder nach Hause gehen. Schmerzt in den ersten Tagen der injizierte Venenstamm, so empfiehlt sich gelegentlich, einen feuchten Verband anzulegen. Nach 5 bis 8 Tagen kann man, wo es nötig ist, einen weiteren Varizenstamm injizieren. — Bei verschiedenen Fällen von Arthritis deformans genuum und endogener Fettsucht gelang es dem Verfasser, eine Besserung der arthritischen Beschwerden durch diätetische und Schilddrüsentherapie zu erzielen. Bei Kombination von Polyarthritis chronica mit ovariellen Störungen sah der Verfasser Besserung bei Behandlung mit Ovarienpräparaten. Trotz dieser Erfolge scheint es dem Verfasser falsch oder zum wenigsten verfrüht, die Anschauung zu vertreten, daß Krampfadern oder endokrine Störungen bestimmte arthritische oder chronisch-rheumatische Erkrankungen hervorrufen. Es handelt sich wahrscheinlich nur um wichtige Bedingungen innerhalb des ganzen, wahrscheinlich viel komplizierteren Krankheitsgeschehens.

Nr. 37, 15. Oktober 1927.

Nach Masern erworbene Atrophie der einen Lunge, vikariierende Hypertrophie der anderen. Es wird ein Fall von einseitiger Lungenatrophie mitgeteilt. Bemerkenswert ist bei ihm das Ausbleiben der Herzhypertrophie, sowie die starke Verlagerung des Herzens. Bemerkenswert ist auch der lange Verlauf der Krankheit, der sich wohl über zwei Jahrzehnte erstreckt. Es ist weiter auffallend, daß eine derartige Veränderung nicht nur mit dem Leben zu vereinbaren ist, sondern daß die Trägerin derselben sogar ein Kind gebären kann.

Die blutige Reposition frischer Frakturen und ihre Indikationen. Die blutige Reposition oder Osteosynthese kommt bei Versorgung von komplizierten Frakturen, bei Schädigungen von Nerven und Gefäßen in Betracht, wenn trotz versuchter Reposition in Narkose oder anderer Anästhesie unmittelbar darnach oder später im Verband das Fortbestehen einer Dislokation durch Röntgenuntersuchung festgestellt wird, und wenn dabei die Verschiebung der Knochenbruchenden so hochgradig erscheint, daß sie voraussichtlich eine feste knöcherne Vereinigung der frakturierten Stellen unmöglich macht oder eine erhebliche Funktionsstörung des verletzten Körperteiles nach sich ziehen wird. Das häufigste, meist unüberwindliche Hindernis für das Gelingen einer Reposition bei einer Fraktur bildet die Interposition größerer Weichteilmassen zwischen den Knochenbruchenden. Eine absolut sichere Diagnose der Weichteilinterposition im Frühstadium der Fraktur ist nicht möglich. Bei Verdacht auf eine Interposition soll man nicht zu viel Zeit mit unblutiger Therapie vergeuden, sondern sogleich zur blutigen Reposition schreiten. Manchmal sind es nur kleinere Muskelfaserbündel, die die genaue Gegenüberstellung der Fragmente verhindern. Auch Nervenstämme können interponiert sein und zu einer blutigen Reposition Veranlassung geben, um eine Kallusumwachsung und spätere Druck-

:rscheinungen am Nerven zu verhüten. Bei Patellarfrakturen kann ie unblutige Behandlung angewandt werden, wenn der seitliche itreckapparat an der Verletzung nicht mitbeteiligt ist, da in solchen 'ällen die Diastase der Fragmente nur gering ist. Kann dagegen das assiv gebeugte Knie aktiv nicht wieder gestreckt werden, so liegt ine Zerreißung des Streckapparates vor, deren Behandlung durch iaht der Fragmente und des seitlichen Bandapparates die Methode er Wahl ist. Beim Olekranonbruch liegen die Verhältnisse ganz hnlich, nur daß hier die Indikationen zur blutigen Einrichtung und iaht eher noch etwas weiter gefaßt werden können: Schon durch ine leichte Dislokation des Olekranonfragmentes gegen den Ulnachaft wird die genaue Gegenüberstellung der Gelenkflächen des)ber- und Unterarmes störend beeinflußt, und eine Erschwerung er Bewegungen im Sinne der Pro- und Supination und der Beugung nd Streckung des Armes verursacht werden können. Eine blutige :inrichtung und Befestigung kommt schon im Frühstadium in Frage ei verschiedenen Abrißfrakturen, z. B. bei Abriß des Tuber calcaeum durch die Achillessehne, des Trochanter minor femoris durch en Ileopsoas, des medialen Epikondylus und des Tuberculum majus umeri, der Malleolen bei den Knöchelbrüchen usw. Bei den Diahysenfrakturen der langen Röhrenknochen kommt man in der Regel iit der unblutigen Behandlung aus. Eine im Röntgenbild nachewiesene starke Verschiebung der Knochenbruchenden an und für ich darf ohne Versuch der Reposition niemals die Anzeige für eine lutige Reposition abgeben. Bei Brüchen beider Vorderarmknochen st die Indikation zu einer infolge der oberflächlichen Lage der ‹nochen auch technisch meist einfachen Knochennaht um so eher nzuerkennen, als die für den Gebrauch so wichtige Pro- und Supiationsbewegung die genaue Adaption der Knochenbruchenden zur 'oraussetzung hat. Die Unterschenkelfrakturen heilen in der Regel 1 guter Stellung und Funktion unter Anwendung der gewöhnlichen Aethoden. Bei Torsions- und reinen Querbrüchen jedoch, insesondere in den Fällen, in denen die Fibula intakt geblieben ist, mpfiehlt es sich, die blutige Reposition auszuführen, da es sonst eicht zur Entwicklung einer rekurvierten Stellung oder eines trauiatischen Platt- oder Klumpfußes kommt. Eine besondere Bechtung bezüglich der Vornahme einer operativen Einrichtung verienen die geschlossenen Brüche in der Nähe der Gelenke. Eine abolute Anzeige zum chirurgischen Einschreiten geben alle Frakuren in der Nachbarschaft der Gelenke oder in den Gelenken selber b, bei denen abgesprengte Frakturteile im Gelenk liegen. Auch die 'rakturen im Collum humeri mit Drehung des Kopfes und starker bweichung des Oberarmschaftes nach oben und die verschiedenen 'ormen des Schenkelhalsbruches mit mehr oder weniger erheblicher 'erschiebung der Fragmente gegeneinander müssen operativ beandelt werden. Als der günstigste Termin für die Vornahme des :ingriffes muß die Zeit von ungefähr ein bis eineinhalb Wochen ach Entstehung der Fraktur angesehen werden. Die Behauptung, aß jeder blutige Eingriff bei einem Knochenbruch stets eine Verögerung der Konsolidation mit sich bringe, wird vom Verfasser urückgewiesen. Die Operationen werden von ihm an der unteren ixtremität in Lumbal-, an der oberen in Plexusanästhesie ausefühṛt.

Oertliche Immunisierung in der Chirurgie mittels Topovakzine. 3ei der Behandlung mittels Topovakzine handelt es sich darum, dem ınsteckungsherd Impfstoffe zuzuführen, die aus Kulturen lebender 3akterien gewonnen sind. Der Verfasser behandelt mit Topovakzine 'urunkel, Schweizdrüsenabszesse, Staphylomykose von Säuglingen, Karbunkel, Mastitiden, Panaritien, Phlegmonen und akute Osteomyeitiden. Das entzündliche Gewebe wird gespaltet, der Erreger festestellt und die entsprechende Vakzine gewählt. Bei geringfügigen Entzündungsvorgängen genügt es, einen mit Topovakzine getränkten iazestreifen einzulegen. In den Fällen, in denen der Erreger nicht estzustellen ist, wird mit polyvalenter Topovakzine vorgegangen. Es st dies eine Vakzine aus Filtraten von Staphylokokken- Streptookken- und Pyozyaneuskulturen. Zur Immunisierung genügt meist ine ganz kleine Inzision. Bei Erysipel empfiehlt sich ein Skariizieren des Hautgewebes. Bei Furunkulose sieht der Verfasser von eder Inzision ab. Die Wirkung der Topovakzine läßt sich folgendernaßen zusammenfassen: fast augenblicklicher Stillstand des entzündichen bzw. eitrigen Vorgangs, Entfieberung fiebriger Prozesse, Ablingen der subjektiven Beschwerden, vor allem der Schmerzen. In ler Folge Rückbildung der Entzündung und meist rasche Ausıeilung. Gegenüber den chemischen Antiseptika hat das Verfahren len Vorzug, das Gewebe zu schonen. L. Gordon, Berlin.

Zeitschrift für die gesamte physikalische Therapie.

33., H. 1.

Beiträge zur Stoffwechselwirkung der Massage. I. Mitteilung: Der Einfluß der Massage auf den Sauerstoffgebrauch des ausgeruhten Organismus. An 5 Versuchspersonen wurde in ausgeruhtem und nüchternem Zustand der Einfluß verschiedener Massagearten auf den O_2-Verbrauch untersucht. Es stellte sich dabei heraus, daß der O_2-Verbrauch durch die gebräuchlichen Massagearten nicht beeinflußt wird. Bei mangelnder Uebung und Gewöhnung kommt bisweilen eine Erhöhung zustande. Zwischen den verschiedenen Massagearten (Kneten, Streichen, Hackklopfen usw.) bestehen darin keine Unterschiede. Kontrollversuche, bei denen die Massage von zwei Masseuren gleichzeitig so kräftig ausgeführt wurde, daß reflektorische Bewegungen nicht mehr vermieden werden konnten, ergeben eine Steigerung des O_2-Verbrauchs, die bei 5 Minuten nach Beendigung der Massage anhielt. Diese Steigerung wird auf die unvermeidlichen aktiven Bewegungen während dieser Art von Massage zurückgeführt. Auf Grund dieser Ergebnisse wird es unwahrscheinlich, daß die Massage eine Steigerung der Oxydation im Körper herbeiführt.

Ueber die Einwirkung der Winterschlammtherapie auf den Blutkalkgehalt bei chronischen Gelenkerkrankungen. Die allgemeine Badereaktion des Organismus wird durch komplizierte biochemische und physiologische Prozesse herbeigeführt, die bei den Arthritikern unter dem Einfluß der Schlammbehandlung vor sich gehen. Während der allgemeinen Badereaktion vollzieht sich eine Verschiebung des Gleichgewichts des Elektrolyten im Blute des Organismus. Der Ca-Gehalt im Blute des Arthritikers fällt unter dem Einfluß der Schlammkur ab und steigt nur in seltenen Fällen im Vergleich mit der Periode vor der Schlammkur an. In den Fällen, wo die allgemeine Badereaktion sehr flau verläuft, wird gar keine Veränderung des Ca-Gehalts im Blute der Arthritiker beobachtet. Die Ca-Untersuchungen im Blute der Arthritiker, die an Schlammkurorten behandelt werden, können als objektives Kriterium für Verordnung von Heilprozeduren verwertet werden.

33., H. 2.

Eine verbesserte Applikationsmethode der Diathermie bei Ischias. Bemerkungen zu der von Rausch in Bd. 32 dieser Zeitschrift empfohlenen Methode der Ischiasbehandlung mittels 4 Elektroden.

Ueber die Affektionen des Ileosakralgelenks. die Gaspero teilt die Affektionen des Ileosakralgelenks in folgende Gruppen ein: 1. Affektionen, durch Störungen der Anlage und des Wachstums bedingt, symptomatologisch ausgelöst durch Gelegenheitsursachen. 2. Erworbene Formen: a) primäre Erkrankungen der Synovialmembran mit evtl. sekundären Veränderungen der übrigen Gelenksgebilde (Arthritis sive Synovitis ileo-sacralis acata exsudativa serosa, serofibrinosa, seropurulenta usw. und Arthritis chronica); b) wesentliche Erkrankungen der Knochen-Knorpelgebilde des Gelenks mit schließlicher Einbeziehung des ganzen Gelenks, evtl. der regionären Gebilde in den Krankheitsprozeß. Spezifische Zerstörungsprozesse durch Tuberkulose, Lues, Neoplasmen; Osteoarthritis deformans chronica; Affektion als Teilerscheinung einer Bechterewschen oder Strümpell-Marieschen Systemerkrankung; Arthritis deformans atrophicans (Beitzke) sive ulcerosa oder Malum senile; degenerative trophoneurotische Arthropathien; Arthritis urica usw. c) die periartikulären Formen und Nachbarschaftsaffektionen, so die periarthritischen Rheumatosen, die chronisch-indurative Periarthritis, der periartikuläre Abszeß usw. und die Arthritis calcaria. 3. Die mechanisch verursachten Affektionen, so die rein traumatisch und die statisch bedingten.

Der Einfluß der Limanbehandlung auf den NaCl-Gehalt im Blute von Kranken. Auf Grund der Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1. Limanprozeduren üben eine gewisse Wirkung auf die Schwankung des NaCl im Blute bei Kranken aus. 2. Der NaCl-Gehalt im Blute verringert sich beim Auftreten der allgemeinen

Badereaktion und legt nach dem Verklingen der letzteren die Neigung an den Tag, sich der Norm zu nähern. 3. Die Bestimmungen des NaCl-Gehaltes im Blute bei Kranken, die mit Limanprozeduren behandelt werden, können bis zu einem gewissen Grade ein objektiv wissenschaftliches Kriterium abgeben bei der Bewertung der Resultate der Limanbehandlung in früheren Stadien der letzteren.

Der Einfluß von Schlammbehandlung auf den Blutkalkgehalt bei gesunden Tieren. Auf Grund der von den beiden Verff. gemachten Untersuchungen läßt sich eine bestimmte Wirkung sowohl warmer Süßwasserbäder als auch Schlammbäder auf die chemische Zusammensetzung des Blutes gesunder Tiere hinsichtlich der Ca-Menge im Blut feststellen. Man darf den Ca-Ionen an der Oberfläche der Zellmembranen eine ungemein große Wichtigkeit für das intrazelluläre Leben beimessen, und Verff. betonen, daß die das Auftreten der allgemeinen Badereaktion im Organismus charakterisierenden Phänomene als Rückwirkung der Prozesse aufzufassen sind, die sich in unseren Organen und Geweben unter der günstigen Einwirkung der Schlammkur auf unseren Körper abspielen. Und es liegt nahe anzunehmen, daß eine Veränderung des Ca-Gehaltes im Blute die Störung des Gleichgewichts des gesamten regetativen Nervensystems zur Folge hat, da nach Zondetts Angaben das Auftreten von Ca-Ionen in den Körperzellen die Aenderung des Sympathienstroms fördert. Mit diesem aber ist der Stoffverbrauch und -wechsel in den Zellen und Organen des Körpers eng verknüpft.

Ueber den Einfluß der Pigmente auf die optischen Eigenschaften der Haut. Bei der Untersuchung der Erscheinung der Pigmentierung der Haut unter Lichteinwirkung muß man folgende parallel verlaufende Prozesse berücksichtigen: die Bildung des Pigments, die Zerstörung des Pigments, die Veränderung der Eigenschaften der Fermente, die die beiden ersten Prozesse bedingen und auch die Veränderungen des Pigments selbst.

33., H. 3.

Beiträge zur Stoffwechselwirkung der Massage. II. Mitteilung. Der Einfluß der Massage auf die Erholungszeit. An 4 Versuchspersonen wird gezeigt, daß der O_2-Verbrauch in der Erholungszeit nach schwerer Muskelarbeit und die Dauer der Erholungszeit selbst durch Entmüdungsmassage nicht beeinflußt wird; Verff. ziehen aus diesen wie früheren Beobachtungen den Schluß, daß die entmüdende Wirkung der Massage auf nicht oxydativem Wege zustande kommt.

Zur Frage des K- und Ca-Gehaltes im Blute bei Gichtkranken unter dem Einfluß von Limanprozeduren. Limanprozeduren üben einen bestimmenden Einfluß auf die K- und Ca-Balance bei Gichtkranken aus. Der Blutkalkgehalt wird bei Gichtkranken durch die Wirkung der Schlammkur herabgesetzt. Die Kaliumausscheidung im Harn ist bei den Gichtkranken während der allgemeinen Badereaktion gesteigert.

Zur Frage der Tiefenwirkung der ultravioletten Strahlen. Die chemisch-morphologischen Untersuchungen des Verf. über den Kalkgehalt der Nieren bei Einwirkung von Quecksilber-Quarzlampenbestrahlung beziehen sich einerseits auf das Problem der Genesis der dystoptischen Verkalkungen überhaupt, andererseits haben sie das Problem der Tiefenwirkung der ultravioletten Ausstrahlungen zum Gegenstand. Was den ersteren Prozeß betrifft, ein Prozeß, der noch zu den unaufgeklärten Gebieten der allgemeinen Pathologie gehört, so betont der Verf., daß die gewonnenen Resultate die Anschauungen früherer Autoren insofern bestätigen, als die Ursache dieses Prozesses in tiefen physikalisch-chemischen Veränderungen der Zellkolloide liegt, die dem Prozeß der Koagulation ausgesetzt waren. Hierbei wirken, wie es scheint, die ultravioletten Radiationen unmittelbar als ein Faktor, der den Verteilungszustand des gegebenen Systems verändert und folglich auch die Adsorptionsmöglichkeit, und zwar in bezug auf die Verminderung der Adsorption der Kalksalze. Was die Frage der Tiefenwirkung der ultravioletten Strahlen in Geweben betrifft, so glaubt Verf. auf Grund seiner Untersuchungen zu der Annahme einer unmittelbaren direkten Einwirkung der kurzwelligen ultravioletten Radiationen auf die dystrophisch verkalkende, isolierte (in situ) Niere berechtigt zu sein. Diese Annahme bestätigt die Methodik der Isolierung mit Denervation, die infolge vollständiger Unterbrechung der Gefäßnervenverbindung jede reflektorische Einwirkung auf die Niere ausschließt. Der Blutkalkspiegel weist im ganzen keinerlei Abweichungen von der Norm auf, was der Annahme der allgemeinen Einwirkung der Bestrahlung auf den Mineralstoffwechsel im Organismus widersprechen würde.

33., H. 4.

Diathermie und Glühlichtbad. Bestrahlungen des Kinderkopfes mit einer Kohlenfadenlampe führt im Tierexperimente, wie an einer Anzahl von Versuchen an Kaninchen gezeigt werden konnte, reizlos zu sehr erheblichen Temperatursteigerungen in der Schädelhöhle. Dieses wurde sowohl direkt durch Temperaturmessungen als auch indirekt durch graphische Registrierung der Atmung erwiesen. Es kommt unter diesen Bedingungen zu sehr starker Polypnoe. Analoge Bestrahlungen des Kopfes von vorn riefen in der Stirnhöhle von Hunden mächtige Temperaturanstiege in ganz charakteristischer Weise hervor. Auf die praktische Wichtigkeit dieser Tatsache wird hingewiesen. Diathermie des Kopfes ergab bei allerdings erheblichen technischen Schwierigkeiten sehr viel geringere Temperatursteigerungen in der Schädelhöhle, die offenbar durch die Eigenart der Verteilung der Stromschleifen infolge der typischen Widerstandsverhältnisse des Kopfes gegeben sind. Durch das Vollglühlichtbad kommen starke Steigerungen der Gesamtkörpertemperatur erzeugt werden. Dieselben sind vornehmlich sekundär dadurch bedingt, daß das im Unterhautbindegewebe erwärmte Blut in das Körperinnere abfließt. Sehr bemerkenswert ist beim Vollglühlicht die Behinderung der Wärmeabgabe infolge des umgebenden heißen Luftmantels. Diese beiden Umstände führen zu einer beträchtlichen „Wärmestauung". Bei der Diathermie kommt es primär zu einer Tiefenwirkung: die Wärmeabgabe ist dabei nicht behindert.

Handelt es sich bei der Bäderwirkung um eine Reizkörpertherapie. Nach warmen Bädern von 33° C und 15 bis 20 Minuten Dauer beobachtet man eine Verminderung des Gesamt-N-gehaltes und des Rest-N-gehaltes des Blutes, eine Erniedrigung des Blutzuckerspiegels und eine Blutverdünnung. Ein Vergleich der Stoffwechselveränderungen bei der Bäderbehandlung mit denjenigen bei der Reizkörpertherapie ergab eine Aehnlichkeit mit den Befunden nach intrakutan gesetzten Reizen. Dafür ist die Haut als solche verantwortlich zu machen.

Beiträge zur Lehre von der Wirkung der Schlammbehandlung auf die morphologische Zusammensetzung des Blutes. I. Mitteilung. Der Einfluß von Schlammprozeduren auf qualitative Veränderungen der weißen Blutkörperchen bei gesunden Tieren. 1. Schlamm-, Salz- und Süßwasserbäderkur übt einen bestimmten Einfluß auf die qualitative Zusammensetzung des Blutes normaler Tiere aus. 2. Zwischen der Wirkung von Schlamm- und Salzbädern auf das Blut besteht eine gewisse Analogie in der Gestalt der Kurve verschiedener Formelemente der weißen Blutkörperchen; die Wirkung der Schlammbäder ist aber um vieles stärker als die der Salzbäder. 3. Die Süßwasserbäder, die sich in ihrer Wirkung auf das Blut von den Schlamm- und Salzbädern unterscheiden, rufen bei normalen Tieren keine jähen Abweichungen der Blutkörperchen von den Grenzen der physiologischen Schwankungen hervor. 4. In der ersten Badeperiode hat im Organismus der Tiere eine Reizung der myeloiden Elemente des Systems der blutbildenden Organe statt und in der letzten Periode der lymphoiden Elemente und des gesamten retikulo-endothelialen Systems. 5. Bei Verordnung von physikalisch-therapeutischen Prozeduren in Gestalt von Schlamm- und Salzbädern sollte man die qualitativen Veränderungen des Blutes in Betracht ziehen zwecks einer objektiven Beurteilung der den Verlauf der allgemeinen Badereaktion des Organismus charakterisierenden Merkmale, was wieder als Richtschnur bei weiteren therapeutischen Anordnungen dienen kann.

33., H. 5.

Untersuchungen über den Einfluß der Massage. III. Mitteilung. Der Einfluß der Massage und Muskelarbeit auf die Harnausscheidung. An drei Versuchspersonen wird der Einfluß einer ¾ stündigen Vierermassage auf die Harnabsonderung unter verschiedenen Bedingungen untersucht. In den Leerversuchen fand sich entsprechend den früheren Beobachtungen von Quincke eine „morgendliche Harnflut" in der Zeit von 9 bis 11 Uhr, die auch von einem — geringen — Ansteigen der N-Ausfuhr begleitet war. Die reinen Massageversuche hatten bei zwei Versuchspersonen regelmäßig eine starke Wasserausschwemmung mit geringem Ansteigen der N-Ausscheidung zur Folge. Bei einer Versuchsperson hatte sie keinen derartigen Effekt. Milchsäure fand sich bei diesen Versuchen nicht im Harn. Die Arbeitsversuche ohne Massage hatten bei allen drei Versuchspersonen eine etwas weniger starke Steigerung der Wasserausfuhr ohne Erhöhung der N-Ausscheidung zur Folge. Auch die Phosphorsäureausscheidung war bei allen gesteigert. Die Milchsäuremengen im Urin waren trotz etwa gleicher Arbeitsleistung in ziemlich weitem Maße von der Harnmenge abhängig. Die Arbeitsversuche mit Massage ergaben bei allen drei Versuchspersonen eine verschieden starke, durchweg sehr erhebliche Vermehrung der Wasserausscheidung bei geringerer Steigerung der N-Ausfuhr. Die Milchsäureausscheidung war entsprechend der vermehrten Harnmenge gesteigert. Hieraus wird geschlossen, daß das ausgeschwemmte Wasser aus der Muskulatur stammte.

Zur Lehre der morphologischen Veränderung des Blutes bei lokaler Winterschlammbehandlung. Die Winterschlammkur beeinflußt, ebenso wie die Sommerschlammkur, zweifellos die morphologische Zusammensetzung des Blutes infolge einer Funktionserregung der blutbildenden Organe durch das vegetative System. Unter dem Einfluß mit Schlammprozeduren entsteht eine Verschiebung der Leukozytarformel „nach links"; die Anzahl der erwachsenen Neutrophilen (segmentierte) vermindert sich; zugleich vollzieht sich ein gesteigerter Regenerationsprozeß im Knochenmark, was sich durch eine Zunahme der Zahl von „stäbchenartigen", „jugendlichen" (Metamyelozyten) und sogar durch das Auftreten von einzelnen Myelozyten im Blute kund gibt (I. Phase). Die zweite Phase im Verlauf der Schlammkur zeichnet sich durch eine Beruhigung des myeloiden Gewebes aus und umgekehrt durch eine Erregung der lymphoiden Organe und des retikulo-endothelialen Apparates: Vermehrung der Sympto- und Monozyten (besonders der ersteren) gegen Ende der Kur. Die Eosino- und Basophilen (die Zahl der letzteren ist im Blute der Arthritiker etwas gesteigert), weisen kein charakteristisches Bild von Veränderungen auf. Eine weitere Untersuchung der morphologischen Zusammensetzung des Blutes bei Kranken, die mit Schlamm behandelt werden, besonders bei gleichzeitigem Studium anderer Eigenschaften des Blutes, ist wünschenswert, da sie die Klärung des Mechanismus der allgemeinen Badereaktion fördert.

33., H. 6.

Zur physikalischen Therapie des Morbus Basedow. Bei 18 klinisch sichergestellten Fällen von Thyreotoxikose wurden verschiedene Methoden der physikalischen Therapie angewandt: Der Erfolg der Therapie wurde durch die klinischen Untersuchungsmethoden und Bestimmung des S. U. kontrolliert. 8 Fälle wurden deutlich gebessert; 2 Fälle praktisch geheilt. Durch Galvanisation beider Sympathici wurden gebessert 6 Fälle, geheilt 1 Fall. Durch Galvanisation der Thyreoidea gebessert 2 Fälle. Durch Dreiviertelpackung mit Halskühler geheilt 1 Fall. Oertliche Diathermie der Schilddrüse (4 Fälle) hatte keinen Erfolg. Die Behandlung des Morbus Basedow mit physikalischen Methoden und insbesondere die Galvanisation des Halssymphatikus erscheint mit Unrecht vernachlässigt. L. Katz.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 40.

Zur Technik der histologischen Schnelldiagnose. Probeexzisionen bei bösartigen Geschwülsten sind — selbst während der Operation vorgenommen — offenbar nicht ungefährlich (mehr Rezidive). Andererseits ist ein brauchbares Resultat für eine Schnelldiagnose nur mit einer geeigneten histologischen Methode zu erhalten. Die Färbung mit Hämatoxylin-Eosin nach Schnellfixierung in heißem Formalin oder kochendem Wasser hat sich sehr gut bewährt. Sie ist in 5 bis 10 Minuten auszuführen. Eine amerikanische Methode nach Wilson wurde vergleichend geprüft. Der Zeitgewinn ist nur gering. Die histologischen Bilder sind nicht so klar und eindeutig.

Ueber die konservative Therapie der Prostatahypertrophie. Bei der hochgradigen Prostatahypertrophie ist das Infizium int. urethrae wesentlich nach oben verlagert. Hierdurch Harnstauung. Eine Hauptgefahr hierbei ist die Rückresorption toxischer Stoffe durch die Blasenschleimhaut. — Verf. hat für Fälle, denen keine Operation zugemutet werden kann, ein „Koagulationsmesser" zur Thermokoagulation des Mittellappens konstruiert. Es ist in ein Urethrozystoskop eingebaut und wird mittels des Albarran-Hebels in das Gewebe hineingedrückt. Beim Hindurchgehen des Stroms koaguliert die Schneide das Gewebe. Der Eingriff läßt sich ambulant — meist unter Lokalanästhesie ausführen.

Walter Grossmann, Berlin.

Zeitschrift für Urologie.

21., Heft 10.

Die Tuberkulose der Harnwege im Röntgenbilde. Die ausführliche Arbeit schildert uns die Möglichkeiten der röntgenologischen Diagnostik bei der Urogenitaltuberkulose. An der Niere finden wir neben der allgemeinen Größenzunahme des Schattens eine unregelmäßige Gestalt. Oftmals sehen wir innerhalb des Parenchyms Kalkherde von wechselnder Form und Größe bis zum ausgesprochensten Fall von Kittniere. Die Pyelographie zeigt uns Zerstörungsprozesse der Kelche, Auffaserung, Geradestellung des Beckens und häufig Kavernenbildung im Nierengewebe, sofern diese mit dem Becken kommunizieren. Der Ureter ist vielfach verkürzt, sein Lumen wechselt zwischen Erweiterungen und Strikturen. Bei Insuffizienz des Ostiums kommt es zum nachweisbaren Reflex aus der Blase. Die Blase ist auf der erkrankten Seite gechrumpft und zeigt verminderte Ausdehnungsfähigkeit.

Ungewöhnliche Art der Feststellung eines gegabelten Harnleiters. Bei der Patientin, die eine rechtsseitige Steinpyonephrose hatte, kam es während der Pyelographie der linken Seite zur spontanen Füllung auch rechts durch Reflex von der Blase. Hierbei zeigte sich auf der rechten Seite eine doppelte Harnleiterbildung. Erst unmittelbar vor dem Blasenostium vereinigten sich beide Ureteren.

Studien an Ureter und Nierenbecken. Zusammenfassung der Ergebnisse von Experimenten an 11 Hunden, denen die Ureteren freigelegt worden waren. Die Ureterkontraktionen finden nicht synchron, sondern alternierend statt. Oft kontrahiert sich eine Seite doppelt so viele Male als die andere. Die Harnsäule, mit Indigokarmin gefärbt, wird deutlich abgegrenzt, der Harnleiter ist nicht gefüllt, doch findet sich in ihm stets etwas Harn entsprechend einer kapillären Attraktionsflüssigkeit. Durch Erzeugung einer künstlichen Asphyxie konnte keine Vermehrung der Harnleiterkontraktionen erzielt werden. Die Bewegungen des Harnleiters scheinen automatisch und nicht von zentral her geregelt zu werden. Antiperistaltik hat der Verf. am Harnleiter nicht gesehen. Nach Einspritzen von Kochsalzlösung in die Harnleitermündung kam es gelegentlich zu Reflexerscheinungen. Der Reflex kommt auch bei gewissen Kontraktionszuständen der Blase vor, z. B. in dem Moment, in dem Ostium erschlafft, wenn die Harnleiterwelle dieses erreicht hat. Durch Entnervung des Nierenstiels oder des Ureters allein wird die Tätigkeit des Harnleiters nicht verändert. Schon wenige Minuten nach gleichzeitiger Entnervung beider Gebilde läßt sich geregelte Aktion beobachten. Ohne Urämie zu bekommen, lassen sich beiderseits gleichzeitig Nieren und Harnleiter entnerven. Erweiterungen des Nierenbeckens oder Ureters konnte der Autor nie feststellen. Bei Anästhesierung des Nierenstils mit Novocain trat Veränderung der Ureterkontraktionen auf. Nur bei Einspritzung dieses Mittels in Nierenstiel und Ureter trat Atonie auf, da jetzt die Ganglien der Ureterwand mit getroffen werden. E. Lehmann, Hamburg.

Deutsche Zeitschrift für Homöopathie.

Heft 9, September 1927.

Bemerkungen zur Topo - Auto - Vakzine - Behandlung, besonders Besredkas Auto-Vakzine. Verf. empfiehlt besonders das Besredkasche Verfahren z. B. bei chronischer Otitis media, bei denen die bakteriologische Untersuchung ein Gemisch von Strepto-Staphylokokken ergab, ferner bei Furunkulose, eitrigen Augenprozessen und Osteomyelitis.

Ueber olygodynamische Wirkungen von Metallen und Metallsalzen. Die von dem Schweizer Botaniker von Nägeli beobachtete Tatsache, daß Algen in destilliertem oder auch Leitungswasser absterben, beruht auf den minimalen Mengen von Kupfer oder Blei, welche beim Stehen in der Leitung in das Wasser übergegangen sind. Es handelt sich hier um Mengenverhältnisse von etwa 1 auf 100 000 000. In dieser Tatsache sieht Verf. das für die Homöopathie Wichtige. Denn es beruht die Wirksamkeit auf der Konzentration. So ist z. B. Silberoxydhydrat in einer Lösung 1 : 3000 chemisch giftig, dagegen in der Lösung 1 : 10 000 000 olygodynamisch giftig, worin Verf. eine Bestätigung des Arndt-Schulzschen Gesetzes sieht (worüber man geteilter Ansicht sein kann. Ref.). Beyer sucht jetzt auf diesem Wege die Frage nach der Grenze der Wirksamkeit von Lösungen zu klären, indem er Bakterien-Versuche anstellt, ferner auch Flimmer-, Spermazellen und die Phagozytose als Testobjekt benutzt. Als Ergebnis kommt er dazu, etwa die tieferen bis mittleren Potenzen bis zur D 6 als wirksam anzusehen, dagegen glaubt er, Hochpotenzen jede Wirkung absprechen zu müssen und schließt daraus, daß letztere auch am Menschen keinerlei Wirkung ausüben. Damit verfällt der Verf. in den alten Fehler, von irgendwelchen Versuchsobjekten, mögen es nun Kaninchen, Frösche oder kleinzellige Lebewesen sein, auf den Menschen Rückschlüsse zu machen, was ganz entschieden abgelehnt werden muß. Auf diesem Wege ist eine Klärung der Hochpotenzfrage niemals zu erzielen, vielmehr kann nur die Wirkung am Menschen bei exakter Beobachtung und großen Reihen maßgebend sein. Und diese Beobachtungen haben Ref. die Wirksamkeit der Hochpotenzen eindringlich gezeigt.

Eine Causticum-Heilung. Eine 21jährige Patientin, welche wegen dauernd sehr starker und schmerzhafter Periode schon oft und lange vergeblich behandelt war, auf das Symptom: Periode nur tagsüber fließend im Zusammenhang mit den anderen Erscheinungen durch Causticum schnell gebessert und in der 1½jährigen Beobachtungszeit vollkommen befreit. Dermitzel.

Zahnärztliche Rundschau.

Nr. 41, 9. Oktober 1927.

Zur Kasuistik der Mikuliczschen Krankheit und ihrer Röntgenbehandlung. Ein Fall von symmetrischer Schwellung der Tränen- und Mundspeicheldrüsen. Schmerzempfindung bestand nur auf Druck. Die Tränensekretion war stark behindert. Im Munde bestand große Trockenheit. Leber und Milz waren o. B. Das Blutbild wies keine Veränderungen auf. Es wurde eine Röntgenbehandlung eingeleitet, und zwar eine Einzelbestrahlung der Schwellungen. Eine Filterung von 3 mm Al erwies sich als zweckmäßig. Die Veränderungen im Munde wurden durch entsprechenden Bleiglastubus direkt angegangen. Die Dosierung war pro Feld ⅓ H. E. D., Fokushautabstand 30 cm (3 mm Al. 4 M. A. 150 K. V.). Schon nach zehn Tagen besserte sich der Zustand ganz erheblich. Nach drei Wochen waren alle Erscheinungen geschwunden. Gegen die Trockenheit im Munde bewährte sich sehr gut das Neucesol (Merck). Die histologische Untersuchung eines exzidierten Stückchens ergab eine diffuse, starke Lymphozyteninfiltration. Es handelte sich also wahrscheinlich um eine lymphadenoide Neubildung.

Die Behandlung von Mundkrankheiten mit Tinctura Tormentillae (officinalis). Die heimische Tormentillwurzel (Rhizoma Tormentillae des D. A. B. VI) ist eine Paralleldroge der südamerikanischen Ratanhiawurzel. Im Volksmunde wird die Wurzel auch Blut-, Rot-, Ruhr, Birk- und Feigwurz genannt. Die Pflanze gehört zur Familie der Rosaceen. Das Rhizom enthält 15—20—35 % Tormentill-Gerbsäure. Die offizinelle Tinctura Tormentillae ist unverdünnt zu Pinselungen zu verwenden bei gequollenem, chronisch entzündetem, leicht blutendem Zahnfleisch und zur Zahnfleischmassage. Bei Verletzung der Mundschleimhaut und ulzerösen Geschwüren hat Verf. gute Erfolge erzielt durch einen Zusatz von Tinct. opii simpl. (Tinct. opii simpl. 3,0; Tinct. Tormentillae 12,0). Zu Mundspülungen empfiehlt Verf. folgende Rezeptur (bei Stomatitis ulcerosa und mercurialis): Tinct. Myrrhae, Tinct. Tormentillae aa 10,0; Liq. Alum. acetici 10,0; S. 15 Tropfen auf ½ Glas Wasser. Bei katarrhalischen Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle empfiehlt sich folgende Rezeptur: Acidi borici 6,0; Tinct. Tormentillae 20,0; S. 10 Tropfen auf ½ Glas Wasser.

Nr. 42, 16. Oktober 1927.

Nr. 43, 23. Oktober 1927.

Nr. 44, 30. Oktober 1927.

L. Gordon, Berlin.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift.

Nr. 20, 7. Oktober 1927.

Ueber Wirkungspotenzierung von Gemischen aus Kaliumsulfat und Novocain im Sinne der sogenannten „Zeitpotenzierung" nach Gros-Kochmann. Auch im klinischen Versuch läßt sich der Nachweis erbringen, daß Novocainlösungen von bestimmter Konzentration durch Kaliumsulfatzusatz schneller wirksam werden als ohne diesen. Die bei Mischung von Kaliumsulfat und Novocainlösungen zustande kommende Wirkungbeschleunigung zeigt sich bei Beschränkung auf bestimmte Versuchszeiten praktisch als Wirkungsstärkung. Unter Berückichtigung des eben Gesagten ergibt sich die Möglichkeit,

durch Kaliumulfatzusatz die zur Erreichung bestimmter Wirkungen nötigen Novocainkonzentrationen herabzusetzen. Wenn auch, wie Kochmann und Gros gezeigt haben, unter Ausschaltung der Zeit als Versuchsfaktor bei Novocain-Kaliumsulfat-Gemischen keine Konzentrationspotenzierung eintritt, so ist doch für den Zahnarzt und Chirurgen, der die Zeit als Faktor weder ausschalten will noch kann, im Interesse einer Wirkungsbeschleunigung und Vertiefung bei Injektionen von Novocainlösungen ein Zusatz von Kaliumsulfat zu empfehlen. L. Gordon.

Nr. 21, 21. Oktober 1927.

* Die Gefahren der Wurzelhauterkrankungen für den gesamten Organismus. Euler.
Drei zahnärztlich-dermatologische Fälle. Paul Wolpe.
Die „Ligatur-Matrize". C. Neuschmidt.

Die Gefahren der Wurzelhauterkrankungen für den gesamten Organismus. Das, was die amerikanische Forschung uns Neues in der Frage der Oralsepsis gebracht hat, läßt sich in vier Punkte fassen: 1. die Erweiterung der Zahl von Organ- und sonstigen Erkrankungen, die in ursächlichen Zusammenhang mit der chronischen Wurzelhautentzündung gebracht werden. Es kommen dabei in Betracht: Krankheiten der Bewegungsapparate (Gelenke, Muskeln), der Luftwege (Kehlkopf, Lungen, Rippenfell), des Zirkulationssystems (Herz, Gefäßwände), des hämopoetischen Systems (Anämie), des Verdauungstraktus (Magen, Darm, dann ferner Leber, Pankreas), des Urogenitalsystems (Nieren, Harnblase), des Nervensystems, des Auges usf. 2. Die Erweiterung des Begriffes „Infektionsherde am Zahn", indem unter Fokus nicht mehr etwa nur Eiterherde an der Wurzelspitze, sondern auch die pulpalosen Zähne, die röntgenologisch negativ sind, gemeint sind. 3. Die Erweiterung der Vorstellung von der sog. Permutabilität der Streptokokken dahingehend, daß die einzelnen Streptokokkenarten, und zwar in dem sie beherbergenden Wirt ineinander übergehen können und daß hier auch die Pneumokokken einzureihen seien. 4. Die Darstellung von einem spezifischen Lokalisationsvermögen der Krankheitserreger, einer elektiven Eigenschaft, die in einer gewissen Affinität zu einzelnen Organen sich auswirkt. Bei der Aufnahme und Nachprüfung dieser Ergebnisse amerikanischer Forschung in Deutschland überwog Ablehnung oder mindestens Zweifel gegenüber einer strikten Bestätigung: Um die gewaltige Erweiterung der Krankheitsliste als berechtigt anerkennen zu können, muß erst noch in systematischer Weise viel mehr Material gesammelt werden; die Erweiterung des Begriffes „Infektionsherde am Zahn" auf alle pulpalosen Zähne stößt ziemlich allgemein auf Widerspruch; nicht viel geringer ist auch der Widerspruch bezüglich der elektiven Eigenschaft der Streptokokken; und was endlich die Permutabilität betrifft, so steht hier vorerst noch Meinung gegen Meinung, wenn auch sehr gewichtige Stimmen für die Bejahung zu verzeichnen sind. Der gesamte Fragenkomplex wird vom Verf. folgendermaßen zusammengefaßt: Niemand kann heute mehr in Abrede stellen, daß die Wurzelhauterkrankungen für den Organismus eine ständige Gefahr bedeuten. Der Umfang dieser Gefahr ist in keiner Weise zu unterschätzen, wenn man sich natürlich auch andererseits von Uebertreibungen namentlich in bezug auf therapeutische Konsequenzen fernhalten muß. Für einzelne Teilprobleme der ganzen Frage werden wir erst noch von der Zukunft eine restlose Lösung zu erwarten haben. So viel kann aber heute schon als sicher gelten, daß die Gefahr um so größer wird, je geringer die Widerstandsfähigkeit des Organismus oder einzelner Organe gegenüber den Bakterien und ihren Toxinen ist. Die Tatsache, daß Krankheitsherde an der Zahnwurzel jahrelang nicht in klinische Erscheinung zu treten brauchen, ist weniger ein Zeichen von Geringfügigkeit der Gefahr als vielmehr ein Beweis für die Hartnäckigkeit der Gefahr. Um diesen Gefahren entgegenzutreten, muß man vor allen Dingen gründlich vorbeugen. Dazu gehört unter anderem: Eine energische Stützung und ein weiterer Ausbau der Schulzahnpflege; denn je früher wir anfangen vorzubeugen, um so wirksamer. Immer weitere Aufklärungen in die Volksmassen hineinzutragen über die Bedeutung der Zähne, über die Gefahren, die aus einer Vernachlässigung der Zähne entstehen können und dementsprechend über die Notwendigkeit, auftretende Schäden sofort behandeln zu lassen. Wärmste Befürwortung aller Bestrebungen. die auch den wirtschaftlich schlecht Gestellten eine rechtzeitige und ausreichende Behandlung ermöglichen.

L. Gordon, Berlin.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

Nr. 40., 1. Oktober 1927.

Ueber die Vermeidung von Glaskörper- und Irisvorfall nach der Erfahrung der Züricher Klinik an 385 Lappenextraktionen des Altersstars, mit Bemerkungen zur Technik der Extraktion. Ernst Kappeler.
Ein neues Konstitutionstypensystem (= K. T. S.) der Frau. Johann Snomann Galant.
Besteht eine Beziehung zwischen dem Geschlecht und der Seite des Corpus-luteum-Sitzes? Schöner.
* Erfahrungen des im Orient praktizierenden Arztes betreffs puerperaler Venenverstopfung. Yos. Fallscheer-Zürcher.
Die Rouxsche Zange und die Konsolidierung von Brüchen. Gilbert de Rham.

Erfahrungen des im Orient praktizierenden Arztes betreffs puerperaler Venenverstopfung. Jeder im Orient praktizierende Arzt kann feststellen, 1. daß trotz mangelnder Reinlichkeit puerperale Infektionen, speziell auch infektiöse Thrombosen, verhältnismäßig selten gefunden werden; 2. auch blande Thrombosen sind viel weniger häufig als in nördlichen Klimaten, was gewiß mit der Seltenheit von Varizen zusammenhängt. Letzteres ist sicher darauf zurückzuführen, daß die Orientalinnen von Jugend auf gewohnt sind, schwere Lasten auf dem Kopf zu tragen, ferner aber auch auf ihre hockende Lebensweise, auch das Frühaufstehen im Wochenbett bringt bei der nicht mit Varizen behafteten Orientalin eine gute Rückbildung der Generationsorgane mit sich und hindert eine habituelle Stromverlangsamung in den Venen. Wollen wir aus diesen Feststellungen eine Nutzanwendung auf europäische Verhältnisse ziehen, so empfehlen sich folgende Vorschläge: Im Mädchenturnen muß das Lasttragen auf dem Kopf systematisch betrieben werden und zwar im langsamen, wie im raschen Gehen, im Laufen wie im Springen. So viel als möglich sollte man das varizenbildende Stehen vermeiden, und, wo es nur angeht, in bequemen, niederen Sitzen arbeiten. Das Frühaufstehen im Wochenbett und das aktive und passive Betturnen wird bei ausgeprägten Varizen immer etwas Problematisches behalten, während es bei varizenfreien Wöchnerinnen nur eine Rückkehr zur Natur bedeutet und eine gute prophylaktische Maßnahme gegen blande Thromben darstellen dürfte.

Held.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 38, 22. September 1927.

Die Halbseiten-Fernreflexe als diagnostische Wegweiser. Knotz.
* Zur Klinik und Diagnostik der Pulmonalarterienerkrankungen. Schlesinger.
Ueber die Schwangerschaftsveränderungen der Hypophyse und ihr Einfluß auf das Gesichtsfeld. Urbanek.
Drei seltene Fälle von Tuberkulose der Aderhaut und Netzhaut. Mayrhofer.
Resorptionsförderung durch Spasmin bei Verabreichung von Hypophysenpräparaten per os. Petschacher.
Zur Frage der Gasfüllung des Nierenbeckens (Pneumopyelographie). Kornitzer
Vereinheitlichung in der Tuberkulose-Fürsorge. Götzl.
Ueber die für die Differentialdiagnose der Diphtherie in Betracht kommenden Erkrankungen. Morawetz.
Ueber die Beziehung der Arteriosklerose zum Schorgan. Fuchs.

Zur Klinik und Diagnostik der Pulmonalarterienerkrankungen. Dauernde schwerste Zyanose, kombiniert mit Dilatation und Hypertrophie des rechten Ventrikels, profuse, wiederholte Lungenblutungen und allgemeine Stauung sprechen mit Wahrscheinlichkeit für eine Erkrankung der Pulmonalarterie auch bei bestehender schwerer Atemnot. Klappenfehler und Lungen-Pleuraveränderungen müssen ausgeschlossen werden.

Nr. 39, 29. September 1927.

Die angeborenen Formabweichungen des menschlichen Schädels und ihre Entstehung. Abels.
Studien über die gegenseitigen Beziehungen des Magenvorganges zur Reaktion des Blutes. Holler und Blöch.
Ueber die praktische Brauchbarkeit einiger Trübungs- und Flockungsreaktionen. Gross.
Behandlung mit einem modifizierten Antivirus „Histan". Demel, Driak und Moritsch.
Zwei Fälle von Schwangerschaft bei Ductus Botalli persistens. Zins.
Zur Kasuistik der Fußballverletzungen. Biener.
Vorsicht mit Enkodal. Eibuschitz.
Die Halbseiten-Fernreflexe als diagnostische Wegweiser (Schluß). Knotz.
* Ueber die zweckmäßigste Behandlung der Angina bei Kindern und Erwachsenen. Marschik.
Wann darf bei Kreislaufkranken Morphium gegeben werden? Zak.

Ueber die zweckmäßigste Behandlung der Angina bei Kindern und Erwachsenen. Die Allgemeinbehandlung soll in Bettruhe und Salizylmedikation bestehen (am besten Salipyrin). Zweckmäßig ist die Kombination von Salizylaten mit Natrium bicarbonicum. Sehr bewährt hat sich die Applikation von Pyozyanase als Spray. Da häufig gleichzeitig oder vorwiegend die Rachentonsille erkrankt ist, soll die Pyozyanase durch Instillation von 10 Tropfen in beide Nasenlöcher auch auf diese Tonsille gebracht werden, was durch starke Neigung des Kopfes nach hinten erreicht wird. Gute Erfolge zeitigt auch die Chinindarreichung (1 g pro die), ferner die intravenöse Urotropin-, Atophanyl- und Cylotropindarreichung, welche jedoch nur bei schweren Fällen von septischem Charakter angewendet werden soll. Für lokale Pinselungen kommen weniger oberflächliche

Aetzmittel in Betracht als milde Antiseptika (Kollargol 5 %, Prcktanin, Trypaflavin). Die Schmerzen, die bei der Angina in der Tiefe lokalisiert sind, können nicht durch Anginapastillen beeinflußt werden, sondern durch Wärmezufuhr, in anderen Fällen wieder durch Kälteapplikation. Günstig wirkt örtliche Blutentziehung. Wichtig für die richtige Therapie ist die Diagnose; es müssen Diphtherie, Rachentuberkulose, Tonsillarsklerose, maligne Neubildungen und Leukämien ausgeschlossen werden. Septische Komplikationen müssen mit intravenös verabreichten Antisepticis, ferner mit Autovakzine und Reizkörpertherapie bekämpft werden. Bei Verschlechterung Tonsillektomie, eventuell mit Unterbindung der abführenden Venen.

Nr. 40, 6. Oktober 1927.

Der Duodenalsaft nach Magenresektion. Die Gewinnung des Duodenalsaftes bei Magenresezierten gelingt leicht in sitzender Stellung. Der Duodenalschlauch muß 60 cm eingeführt werden. In den meisten Fällen leidet die Fermentsekretion des Pankreas. Normale Lipasewerte werden in 30 %, normale Diastase- und Trypsinwerte nur in 20 % der Fälle gefunden. Auch die Reaktion des Duodenalsaftes ist nicht normal, sondern neigt eher nach der sauren Komponente.

Die Darmwirkung des Chinins. Die abführende Wirkung löslicher Chininpräparate wurde an 72 Fällen schwerer und schwerster Obstipation untersucht. Zur Verwendung kamen Chininum bimuriaticum, Chininum bimuriaticum carbamidatum und Chininum bihydrobromicum. Diese Präparate sind durch gute Löslichkeit und ihre leicht anästhesierende und nervenberuhigende Wirkung ausgezeichnet. Am besten wirkt die rektale Einverleibung (Suppositorien à 0.25 bis 0.5 g und Mikroklysmen, enthaltend 25 ccm einer 2% Lösung). Intravenös wurden 10 ccm einer 5% Lösung gespritzt. Vergiftungserscheinungen traten nie auf. Erfolge wurden in 75 % der Fälle erzielt. die Wirkung trat nach 3½ bis 48 Stunden ein. Die erzielten Stühle waren immer massig geformt, was für eine vorwiegende Erregung der Dickdarmperistaltik spricht. Lokale Reizerscheinungen fehlten auch bei rektaler Verabreichung fast immer.

Nr. 41, 13. Oktober 1927.

Die Spondylarthritis deformans vom Standpunkte des Internisten. Bei der Inspektion, die am vollkommen entkleideten Patienten bei guter Beleuchtung vorgenommen werden soll, spricht die stabförmige Wirbelsäule (Verwischung der physiologischen Krümmungen) für Sp. d., ebenso ein auffallender Tiefstand der Rippen gegen das Becken zu. Suspekt auf Sp. d. ist ferner ein besonders wulstartiges Vorspringen des M. erector trunci, das häufig in der Lendengegend zu sehen ist, und eine Atrophie bestimmter Bezirke der Rückenmuskulatur und Rückenhaut, letztere vom Typus der Striae. Bei der Funktionsprüfung spricht die Diskontinuität des Bogens beim Vornüberneigen. die Unmöglichkeit, beim Rückwärtsneigen über die Senkrechte hinauszugelangen, für die Sp. d. Bei der seitlichen Neigung ist die Unterbrechung der Skoliose an bestimmter Stelle und die zu geringe seitliche Bewegung für Sp. d. charakteristisch. Klopf- und Druckempfindlichkeit im Bereiche der Wirbelsäule spricht eher gegen Sp. d. Bei Lokalisation in der Halswirbelsäule finden sich oft Beschwerden vom Typus der Okzipitalneuralgie. meist beiderseitig. Die Schmerzen treten anfallsweise auf und rezidivieren häufig. Bei Lokalisation in der oberen Brustwirbelsäule sitzen die Schmerzen zwischen den Schulterblättern, strahlen manchmal in die Arme aus und kombinieren sich zuweilen mit Parästhesien in Armen und Händen. Bei Sitz der Sp. d. in der mittleren und unteren Brustwirbelsäule kommt es zu Beschwerden, die denen einer schartigen Pleuritis ähneln. Führt die Sp. d. zu einseitigen Thoraxschmerzen, so kann es sogar zu einem respiratorischen Zurückbleiben der einen Thoraxhälfte kommen. In anderen Fällen können die Beschwerden Aehnlichkeit mit Angina pectoris, stenokardischen Anfällen und Phrenokardie haben. Bei Sitz der Sp. d. in der unteren Brustwirbelsäule entsprechen die Beschwerden manchmal tabischen Gürtelschmerzen. manchmal einer Cholelithiasis, Pyelitis, Paranephritis usw. Bei Lokalisation in der Lendenwirbelsäule und im Ileosakralgelenk kommt es zu dumpfen Schmerzen der betreffenden Gegenden, die sich bei Bewegung steigern. Anfälle von Lumbago sind besonders dann verdächtig für eine Sp. d., wenn sie sich häufen oder wenn auch in anderen Gelenken arthritische Veränderungen festzustellen sind. Manchmal treten Zeichen einer meist doppelseitigen Wurzelischias auf.

Ernst Pick, Wien.

Hygiea.

89., Heft 19, 15. Oktober.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 42, 20. Oktober.

Aetiologie und Serumtherapie bei Scharlach. Streptokokken finden sich in allen Fällen von Scharlach im Speichel im akuten Stadium und auch in Hautschuppen, auch im Blute von tödlichen Fällen. Diese Streptokokken bei Scharlach bilden einen bestimmten Typus. Sie erzeugen ein Toxin, das bei scharlachempfindlichen Personen auf der Haut eine Reaktion bewirkt. Das Toxin bewirkt eine Vergiftung ähnlich der des Scharlachs; es findet sich auch im Serum Scharlachkranker. Dick gelang es, mit Reinkulturen von Scharlach-Streptokokken bei Menschen experimentell Scharlach zu erzeugen.

Serumtherapie bei Scharlach. Larsen schildert hier die Darstellung und Standardisierung des Scharlach-Streptokokken-Antitoxins. Er bestimmt die geringste Menge, die nötig ist, zur Schultz-Carltonschen Bleichungsreaktion und ihrem positiven Ausfall wie zur Neutralisationsmethode. Die Messungsmethode für den Antitoxingehalt des Serums erleichtert die Anwendung der Serumbehandlung bei Scharlach.

Diabetes mellitus in den ersten Lebensjahren. Die Prognose der Insulinbehandlung bei dem Diabetes der Kinder in den ersten Lebensjahren wird noch verschieden beurteilt. Verf. betont besonders die Infektionsgefahr für die kleinen Kinder für Masern, Varizellen, Keuchhusten, sei es, daß die Injektionen im Hause oder im Krankenhaus gemacht werden. Auch ist die Beurteilung der Dosierung bei kleinen Kindern besonders schwer. In vier Fällen konnte hier Besserung erzielt werden. Andere Autoren hatten unter 130 Fällen 10 Todesfälle bei Kindern.

Nr. 43, 27. Oktober.

Die Initialsymptome des Paratyphus. Zu den Initialsymptomen des Paratyphus rechnet Nielsen zum Unterschiede von der gewöhnlichen akuten Gastro-Enteritis erstens hohes Fieber ohne große Schwankungen, starke Obstipation, keine subjektiven Beschwerden oder Klagen, auffallendes Wohlbefinden, Pulsverlangsamung bis 76 bis 80 trotz des hohen Fiebers (39 bis 40 °). Es fehlen Kopf-, Rückenschmerzen usw.

S. Kalischer.

Upsala Läkareförenings Förhandlingar.

33., H. 1 und 2, 20. September 1927.

* Ueber die abnormen statischen Zirkulationsphänomene und die damit zusammenhängenden krankhaften Symptome. Die arterielle orthostatische Anämie, ein bisher wenig beachtetes Krankheitsbild. Alfred Bjure und Hugo Laurell.
* Eine Studie über die körperlichen Bedingungen bei der manisch-depressiven Psychose. Torsten Soudén.

Arterielle orthostatische Anämie und ihre Folgen. Auf die verschiedene Wirkung der Körperstellung (Lage, Stehen, Stehen mit elastischem Bauchgürtel, oder im Wasser usw.) bei asthenischen Personen wird besonders hingewiesen. Durch Mischvolumbestimmungen des Blutes, Berücksichtigung der Pulsfrequenz und des Schlagvolumens konnte eine Störung der Zirkulation in den Bauchorganen bei Asthenischen im Stehen festgestellt werden. Die gleichen Zirkulationsstörungen im Stehen führen zu Neurasthenie, Asthenie, psychischer Insuffizienz, Kopfschmerz, Anämie und endlich auch orthotische Albuminurie; auch eine Neigung zu Ulcus ventriculi und Lungentuberkulose wird dadurch unterstützt, indem Magen und Lunge zu wenig Blutzufuhr haben, das sich in den unteren Extremitäten und im Bauch staut. Stärkung der Muskelkraft, der Rückenmuskulatur, öfteres Liegen, Beseitigung der Viszeralstase, auch Anlegung einer elastischen Bauchbinde können hier Abhilfe schaffen neben allgemeiner Kräftigung und Fleischansatz sowie Fettvermehrung.

Somatische Erscheinungen bei Manisch-Depressiven. Somatische Ursachen des manisch-depressiven Irreseins sind nicht sicher festzustellen, wenn auch verschiedene körperliche Begleiterscheinungen vielfach beobachtet sind. Die Untersuchungen der Respiration wie des Stickstoffstoffwechsels ergaben kein positives Resultat, ebenso die Untersuchungen des Blutzuckers und des vegetativen Nervensystems und Blutdrucks. Es bestätigte sich nicht, daß der Depression eine Vagotonie und dem manischen Zustand eine Sympathikotonie entspricht. Die Zahl der Leukozyten und der Neutrophilen schien in dem erregten Zustand größer als in dem deprimierten. Auch die Temperatur, die Pulsfrequenz, der Blutdruck zeigten kein einheitliches Verhalten in den verschiedenen Krankheitsphasen. In einigen Fällen stieg die Erythrozytenzahl in dem manischen Zustand. Sicher sind einige körperliche Erscheinungen wie diese sekundäre Folgen der psychischen Erregung oder Depression. Auch die vasomotorische oder toxische Basis dieser Psychose und ihres Wechsels konnte nicht erwiesen werden. Auch die Hormone der endokrinen Drüsen (Thyreoidea, Nebennieren, Genitalorgane) können nicht ursächlich in Betracht kommen und das Nervensystem zu dieser Psychose veranlassen. Vielleicht kann ein periodisch wechselndes Arbeiten der endokrinen Organe mit zur Auslösung der einzelnen Krankheitsphasen beitragen. Die eigentliche Ursache dürfte aber in der hereditären Disposition und Konstitution des Zentralnervensystems gelegen sein. S. Kalischer.

33., H. 3 und 4, 10. Oktober 1927.

Morphologische Uebersicht über das myogene Reizleitungssystem des Herzens bei den Vertebraten. Erik Agdahr.
* Ueber das Verschwinden des Adrenalins aus dem zirkulierenden Blute. Carl Gustav Sundberg.

Des Hydrazinetto, Hydroxylaminets und Amidoguanidinets Wirkung auf die Harnsäure-Ausscheidung. N. Nielsen und G. E. Widmack.
Ueber Augenverletzung in dem Marsjö-Prozeß. J. W. Nordensen.
* Eine neue Methode zur Abnahme von Finger- und Handabdrücken zwecks Daktyloskopie und Blutgruppenbestimmung in der Erblichkeitsforschung. E. D. Schött.
* Betrachtungen über die Gefährdungsmöglichkeiten bei Lipiodolinstallation in die Luftwege aus Anlaß eines beobachteten Falles. C. Grill.

Verschwinden des Adrenalins aus dem zirkulierenden Blute. Verf. konnte Tatams' Angaben über ein adrenalin-zerstörendes Vermögen des Arteriengewebes in vitro nicht bestätigen. Durch Vergleich der Blutdruckwirkung einer Dauerinfusion vor und nach dem betreffenden Gefäßgebiet kann die in verschiedenen Kapillargebieten stattfindende Elimination des Adrenalins feststellen. Solche Versuche werden an Katzen vorgenommen. Bei der gleichen Adrenalinzufuhr vor und nach der Leber ist bei der ersten die Blutdruckerhöhung im Durchschnitt 45% der bei der zweiten erhaltenen. Infusion in die Art. femoralis (Hinterbein) gab im Durchschnitt 75% der bei der Jugularis-Infusion erhaltenen Erhöhung. Durch Vergleich verschiedener Dosen, die auf verschiedenem Infusionswege dieselbe Blutdruckerhöhung gaben, wurde in Einzelfällen die Adrenalinzerstörung in den betreffenden Kapillargebieten quantitativ bestimmt. Von der Leber wurden 50—100% des eingeführten Adrenalins zerstört, vom Hinterbein 80% und darunter, in einigen Fällen sogar gar nichts.

Methode zur Aufnahme von Finger- und Handabdrücken (Daktyloskopie und Erblichkeitsforschung). Eine kosmetisch-photographische Methode wurde statt der Druckerschwärze zur Daktyloskopie angewandt, und zwar Lanolin und photographisches Entwicklungspapier, Film oder Platten anstatt Papier. Die Manipulation kann bei Tageslicht vorgenommen werden. Die Entwicklung erfolgt ebenfalls bei Tageslicht mit 1 : 10,0 Rodinal. So kann man, ohne Hände und Kleider zu beschmutzen, in ein paar Minuten einen Handabdruck nehmen, und die mühevolle Reinigung der Hände von der Druckerschwärze fällt fort.

Gefahr der Lipiodolin-Installation in die Luftwege. Grill beobachtete einen Fall, in welchem 8 Tage nach einer Lipiodolin-Installation in die Lungen zu diagnostischen Zwecken eine akute, zum Tode führende Verschlimmerung eintrat, die im Zusammenhang mit dem Eingriff stand. Er betont die rein infektiösen Gefährdungsmöglichkeiten dieser Installationen. Die Gewebeschädigung der Alveolen scheint weniger gefahrvoll. Auch die Gefahr der Jod-Intoxikation dabei ist minimal. S. Kalischer.

Česká Dermatologie.

Nr. 7.

* Ein Beitrag zur Pathogenese der Dermatitis herpetiformis Duhring. Hynie.

Unsere Erfahrungen mit antigonorrhoischen Vakzinen der Staatsgesundheitsanstalt. Durdello.

Ein Beitrag zur Pathogenese der Dermatitis herpetiformis Duhring. In dem beschriebenen Falle ergab die histologische Untersuchung, daß die Blasenbildung früher beginnt als man makroskopisch feststellen kann. In den Papillen entsteht ein Oedem mit beträchtlicher Gefäßerweiterung und unspezifischer Infiltration. In den einzelnen Papillen bilden sich subepidermale Bläschen; in der Epidermis findet man nur sekundäre Veränderungen. Es scheint, daß die Krankheit endogen bedingt ist. Unser Patient starb unter septischen Symptomen, was für eine infektiös-toxische Aetiologie spricht. Aus der vergrößerten Milz wurden kulturell Streptokokkenstämme gezüchtet. Einige Autoren sprechen von einer sympathischen, andere von einer sympathisch-endokrinen Aetiologie. Müller, Prag.

Časopis lékařů českých.

Nr. 31, 29. Juli 1927.

* Die Ernährung des gesunden und kranken Kindes mit Kefir und Kefirsuppen. Švehla.

Ueber die disseminierte Zystizerkose der Muskeln. Sigmund.
Ein Fall von Hermaphroditismus. Kohout.
Leiomyoma oesophagi. Renč.
Senium praecox. Vyšin.

Die Ernährung des gesunden und kranken Kindes mit Kefir und Kefirsuppen. Der Kefir ist eine Milchkonserve, die Jahre hindurch den angenehmen Geruch und Geschmack behält. Wie aus klinischen Beispielen hervorgeht, läßt er sich 1. bei gesunden Kindern gut verwenden: a) als allaitement mixte schon im 1. Säuglingsquartal, b) als ausschließliche oder teilweise Nahrung eines künstlich genährten Kindes, c) die rohe Kefirmilch als eine Nahrung mit hohem Vitamingehalt, als Ersatz für die verschiedenen Vitaminpräparate. Die Kinder nehmen die Kefirsuppe gern, nehmen an Gewicht zu und zeigen gutes Gedeihen: rosige Hautfarbe, guten Turgor, normalen Muskeltonus. 2. zeigt sich der günstige Einfluß der Kefirsuppe bei ernährungsgestörten Kindern: bei akuten und chronischen gastro-intestinalen Störungen werden die Stühle bald geregelt, die Krankheitssymptome schwinden. Im Reparationsstadium kann man dann leicht durch langsame Zugabe von Kohlehydraten und Fetten, die in der Kefirnahrung gut vertragen werden, eine kräftigere Nahrung verabreichen.

Nr. 32, 5. August 1927.

* Blutbild bei Morbus Basedow. Charvát.

Luxation im Talo-navikulargelenk. Skřivánek.
Bemerkungen über das Auftreten des Rhinoskleroms in Mähren in den Jahren 1899 bis 1921. Pur.
Embolien der Pulmonalis. Tatterova.

Nr. 33, 12. August 1927.

Ein Beitrag zur Kasuistik des Ulcus pepticum des Jejunums. Slaaky.
Die Toleranz des Staphylococcus pyogenes aureus zur Milchsäure. Maršalek.
* Blutbild bei Morbus Basedow. Charvát.

Blutbild bei Morbus Basedow. 1. Die Veränderungen des roten Blutbildes bei Morbus Basedow sind nicht bedeutungsvoll. Normalwerte haben wir nur in wenigen Fällen gefunden, manchmal eine Tendenz zur Polyglobulie, manchmal zur Anämie. Der Hämo-

globingehalt pflegt in 60% der Fälle normal zu sein, der Färbeindex in der Hälfte der Fälle. Es ist also die Erythropoese beim Hyperthyroidismus in der Regel nicht wesentlich und regelmäßig betroffen. 2. Das weiße Blutbild ist beinahe immer verändert. In ⅓ der Fälle ist eine deutliche Leukopenie, im weiteren Drittel hält sich die Leukozytenzahl in den unteren normalen Leukozytengrenzen, das restliche Drittel zeigt Durchschnittswerte. Nur in einem einzigen Falle haben wir eine Leukozytose gefunden. In mehr als 85% aller Fälle finden wir eine relative Neutropenie, in 56% eine absolute. Wir finden keine bedeutende Eosinophilie, die basophilen fehlten meist. Eine relative Lymphozytose finden wir in mehr als 80%, eine absolute in nur 47%. Wir finden gewöhnlich eine relative Mononukleose (Mono- und Lymphozytosen) aber eine absolute nur in 38% aller Fälle. Die Veränderungen des Blutbildes gehören zu den Zeichen des Morbus Basedow. Man kann aber nach ihnen nicht auf die Schwere oder die Prognose der Krankheit schließen. Der Rückgang der Krankheitssymptome und Besserung des Allgemeinbefindens gehen nicht parallel mit der Besserung des Blutbildes, im Gegenteil, es kann das Blutbild noch mehr von der Norm abweichen. Müller, Prag.

British Medical Journal.

Nr. 3479, 10. September.

Mißbrauch der Schnittentbindung. Der Fortschritt der chirurgischen Technik und irrige Vorstellungen über die Gefahrlosigkeit der Schnittentbindung führen zu der Auffassung, daß dieser Eingriff die einfachste Methode darstellt, geburtshilflichen Schwierigkeiten zu begegnen. Die Mortalität des Kaiserschnittes gestaltet sich verschieden, je nach dem Stadium der Geburt, in dem die Operation vorgenommen wird. Während beim Kaiserschnitt wegen engen Beckens vor der Geburt eine Sterblichkeit von 1,4% besteht, steigt diese Ziffer mit Beginn des Partus auf 1,8%, um nach längerem Kreißen den Wert von 10% zu erreichen. Nach versuchter Einleitung der Frühgeburt führt die Schnittentbindung in 14% der Fälle zum Tode. Nach Zangenversuchen und dem Versuch der Kraniotomie ist mit einer Mortalität von 26 resp. 50% zu rechnen. Die Durchschnittssterblichkeit beträgt etwa 10%. Die große Zahl der Opfer bei der Sectio caesarea nach längerer Dauer der Geburt ist durch die latente Infektion zu erklären, die späterhin eine generalisierte Peritonitis nach sich zieht. Um diese Gefahr auszuschalten, gibt es nur ein Heilmittel, die Totalexstirpation des Uterus. Durch Ausführung dieses radikalen Eingriffes, einer verstümmelnden Operation statt der konservativen Schnittentbindung, läßt sich die Mortalität auf etwa 2% herabdrücken. Mit dem guten Ueberstehen der Operation sind die Gefahren der Schnittentbindung keineswegs vorüber. In etwa 25% kommt es an der durch Narbengewebe geschwächten Uteruswand zur Ruptur bei einer späteren Geburt. Relativ seltener tritt dieses Ereignis schon während der Schwangerschaft ein. Bei etwa ⅓ der Operierten bedingen die postoperativen peritonealen Adhäsionen ernstliche Gesundheitsstörungen (Sterilität, Ileus u. a. m.). Als Hauptgebiet der meist unberechtigten Anwendung der Sectio caesarea müssen die leichteren Grade der Beckenverengerung, Eklampsie und Placenta praevia angesehen werden. Die überwiegende Mehrheit (95%) der Beckenverengerungen ist nur leichten Grades. Bei einer Konjugata vera über 8 cm ist kaum je ein Grund zu Eingriffen irgend welcher Art gegeben, da die Geburt in 80% spontan erfolgt. Bei einem Beckendurchmesser von 6 bis 8 cm kann die Sectio caesarea gewöhnlich durch Einleitung der vorzeitigen Geburt oder durch die Pubeotomie (besonders bei Multiparae) vermieden werden, sofern nur durch genaue innere und äußere Beckenmessung sowie durch Abschätzung des Verhältnisses vom kindlichen Kopf zur Beckenenge zeitig genug die Richtlinien des therapeutischen Handelns vorgezeichnet sind. Gewiß gibt es Grenzfälle, bei denen abgewartet werden muß. In der Regel ist es jedoch falsch, ohne genaues Abwägen aller Momente die Geburt eintreten zu lassen, in der Annahme, als rettenden Ausweg den Kaiserschnitt vornehmen zu können. Bei der Eklampsie kommt der Sectio caesarea eine noch geringere Bedeutung zu. Sie ist nur dann indiziert, wenn die konservative Behandlung nicht zu einer Besserung führt. Denn die Statistiken ergeben für die Schnittentbindung eine Gesamtsterblichkeit zwischen 17 und 34%, während sie bei den verschiedensten konservativen Methoden zwischen 2 und 12% schwankt. Aehnliche Zahlen liefern die verschiedensten Statistiken für die Behandlung der Placenta praevia (konservative Verfahren 3%, Schnittentbindung 12% Sterblichkeit), ohne daß etwa nur an den schwersten Fällen der Kaiserschnitt ausgeführt wurde. Bei der Sectio caesarea gelingt es einzig, daß kindliche Leben häufiger zu retten, freilich auf Kosten der Mutter. Auch bei verschleppter Querlage bietet die Schnittentbindung selten die Möglichkeit, zu einem Erfolg zu gelangen. Zumeist kann die Querlage durch die innere Wendung in eine Fußlage verwandelt werden. Wenn die innere Wendung unmöglich ist, so muß sich die Kraft, die erforderlich ist, um bei der Sectio caesarea das Kind aus dem Becken zu befreien, verhängnisvoll für den Uterus auswirken. Zumeist ist die Infektionsgefahr so groß, daß nur die Hysterektomie ratsam erscheint. Sobald das Kind abgestorben ist, kommt die Schnittentbindung nicht mehr in Frage. Die Statistiken der Spitäler, an denen die Schnittentbindung relativ häufig vorgenommen wird, ermutigen keineswegs dazu, die Indikation dieses Verfahrens zu erweitern.

Einfluß des Allgemeinzustandes auf die Menstruation. Maßnahmen, die während der Menses selbst getroffen werden, sind von viel geringerer Bedeutung für den störungsfreien Ablauf des physiologischen Geschehens als das Verhalten in der prämenstruellen Phase. Ausgedehnte Untersuchungen von Schülerinnen beweisen, daß dysmenorrhoische Störungen auffallend selten geworden sind, seitdem der körperliche Allgemeinzustand durch regelmäßige Teilnahme an Turnübungen und Spielen — wie sie jetzt allgemein der Lehrplan vorschreibt — beträchtlich gehoben wurde. An und für sich ist bei Gesunden während der Menstruation keine Einschränkung der körperlichen Betätigung notwendig. Doch bietet in den Internaten eine dreitägige Ruhezeit gewisse Vorteile. Allgemein wird angenommen, daß innerhalb weniger Monate nach dem ersten Auftreten die Menstruation sich in einem regelmäßigen Rhythmus einstellt. Bei der Mehrzahl der Schülerinnen findet sich jedoch während der ersten Jahre eine intermittierende Amenorrhoe. Die normale Periode tritt während der zu Hause verbrachten Ferien ein, vermutlich weil die ständige geistige und körperliche Anstrengung in der modernen Schule den heranwachsenden Organismus in gewisser Weise belastet.

Verhinderung menstrueller Störungen. Bei den aus finanziell besser gestellten Familien stammenden Schülerinnen beginnt die Menarche im Durchschnitt etwa 1 bis 2 Jahre früher als bei den in bescheideneren Verhältnissen Aufgewachsenen, wenn auch größere Unterschiede im körperlichen Allgemeinzustand zwischen beiden Gruppen nicht zu erkennen sind. Zwischen dem Ablauf des Wachstums und dem Zeitpunkt des Eintretens der ersten Menstruation sind gesetzmäßige Beziehungen erkennbar. Im zweiten und dritten Jahr vor dem Menstruationsbeginn ist die Wachstumsgeschwindigkeit am größten. Die größte Gewichtszunahme tritt in dem Jahr hervor, das auf den Menstruationsbeginn folgt. Im Jahre des ersten Auftretens der Menses zeigt sich eine Verlangsamung der Gewichtszunahme und des Längenwachstums. Das Körperwachstum hält nach Beginn der Perioden noch mindestens zwei Jahre an. Es kommt bei früher Menarche entsprechend vorzeitiger zum Stillstand. Solange Längenwachstum und Gewichtszunahme noch ansteigen, ist es unberechtigt beim Ausbleiben der Menses eine primäre Amenorrhoe anzunehmen und die natürliche Entwicklung durch therapeutische Maßnahmen zu beeinflussen. Grund zur Besorgnis ist erst dann vorhanden, wenn bis zum 15. Lebensjahre die sekundären Geschlechtsmerkmale sich nicht entwickelt haben, besonders wenn die Wachstumsintensität sich vermindert. In diesen überaus seltenen Fällen bleibt die Organtherapie zumeist wirkungslos.

Nr. 3480, 17. September.

Abteilung für Tropenkrankheiten.

Untersuchungen zur Biologie der Entamoeba hystolytica. Warrington Yorke und A. R. D. Adams.

* Neuere Fortschritte in der Behandlung der Amöbendysenterie. Philipp Manson-Bahr und E. G. Sayers.

Vakzinebehandlung der Lobärpneumonie. Der allgemeinen Anwendung der Vakzinetherapie steht die Annahme entgegen, daß die Injektion bei akuter Erkrankung eine Phase herabgesetzter Immunität, eine schädliche Reaktion auslöst. Eine solche Reaktion kann jedoch nur in einem Organismus zustande kommen, der bereits sensibilisiert ist, der spezifische Antikörper besitzt und allergisch geworden ist. Während bei den chronischen Infektionen Antikörper reichlich vorhanden sind und auf Vakzinezufuhr sehr leicht Reaktionen erfolgen, sind bei den akuten infektiösen Erkrankungen Antikörper erst nach einer gewissen Zeit nachweisbar. Diese Zeitspanne zwischen Infektion und Eintritt der Sensibilisierung bietet die Möglichkeit, ohne eine Reaktion befürchten zu müssen, große Mengen von Vakzine zu injizieren. Die Intoxikation steigt bei der Pneumonie sehr schnell und bleibt für einige Tage konstant, dem Verlauf der Temperaturenkurve ungefähr entsprechend. Um den vierten Tag herum treten zuerst Antikörper, die sich langsam und dann rascher vermehren. Gegen Ende der ersten Woche schneiden sich Intoxikations- und Antikörperkurve, es kommt zur Krise. Es gilt, einen Anstieg der Antikörper so frühzeitig herbeizuführen, daß die sich entwickelnde Intoxikation gehemmt werden kann und bevor die Toxine in schadenbringenden Mengen an die Gewebszellen gebunden sind. Die frühzeitig injizierte Vakzine scheint auf unspezifischem Wege zu wirken, da Antikörper noch nicht gebildet sind. Die Vermehrung der Antikörper ist eine willkommene Folgeerscheinung. Es wurde eine von virulenten Organismen stammende Vakzine angewendet, die aus 24 Stunden alten Kulturen von verschiedenen Pneumokokkenstämmen gewonnen wurde. Beim Erwachsenen wurden 100 Millionen Keime gespritzt, bei 12jährigen die Hälfte und bei 3- bis 4jährigen Kindern ein Viertel der Dosis. Mit diesen Injektionen konnten in der Mehrzahl der Fälle (83%) innerhalb von 24 Stunden Temperaturabfall und erhebliche Besserung des Allgemeinzustandes erzielt werden, sofern nicht später als 24 Stunden nach dem anfänglichen Schüttelfrost gespritzt wurde. Die physikalisch nachweisbaren Lungenveränderungen bildeten sich — nach symptomlosen Bestehen — innerhalb einiger Tage zurück. Wenn die Vakzine am zweiten Krankheitstag zugeführt wurde, war der Erfolg ein ähnlicher, doch erwies sich des öfteren eine Wiederholung der Injektion als notwendig (57% innerhalb eines Tages fieberfrei). Bei der Injektion am dritten Tag sank das Fieber viel langsamer, in nur einem Fünftel der Fälle ging die Temperatur im Laufe der nächsten 24 Stunden zur Norm zurück. Von den während der ersten drei Tage gespritzten 49 Kranken starb nur einer, während von den später spezifisch behandelten 51 Patienten 12 der Erkrankung erlagen.

Neuere Fortschritte in der Behandlung der Amöbendysenterie. In den Frühstadien der akuten Amöbenruhr und bei der Amöbenhepatitis ist die Emetinbehandlung die Methode der Wahl. Trotz sorgfältigster Behandlung stellen sich jedoch in einem gewissen Prozentsatz Rezidive ein, in denen sich die Erreger als emetinfest erweisen. Noch häufiger sprechen chronische Fälle auf selbst lange Zeit durchgeführte Emetinkuren nicht an. Durch Verwendung von dem peroral zu verabfolgenden Emetin-Wismut-Jodid läßt sich die Zahl der Dauerheilungen bei der chronischen Ruhr beträchtlich steigern. Doch bleiben auch bei dieser Methode ziemlich viele Kranke, bei denen mit Gewißheit früher oder später ein akuter Krankheitsschub sich einstellt. Häufig läßt sich die Emetintherapie nicht ohne Intoleranzerscheinungen durchführen (Blutdrucksenkung, Emetinpuls mit unregelmäßiger Schlagfolge, Neuritis, Hautabschuppung, depressive Stimmungslage), die zum vorzeitigen Absenken zwingen. Einen entscheidenden Fortschritt bedeutet die Einführung des Yatrens in die Therapie der Amöbenruhr. Trotz des Jodgehaltes bedingt dieses Medikament keine toxischen Erscheinungen und vermag chronische, den sonstigen Behandlungsarten trotzende Erkrankungen zur Ausheilung zu bringen. (10 Tage lang 0,25 bis 0,5 g per os 3 mal täglich, zugleich 200 ccm der 2½% Lösung täglich als Klysma: nach 5 bis 7 Tagen Pause Wiederholung.) Bei milden Erkrankungen sowie bei Zystenträgern ist Bettruhe während der Kur nicht erforderlich. Die Wirkungsweise des Yatrens ist unbekannt. Im Reagensglasversuch entfaltet es gegenüber der Entamöba histolytica kein sonderlich großes Desinfektionsvermögen. Auch bei der Amöbenhepatitis erweist sich die schonendere Yatrenbehandlung als erfolgreich. Im allgemeinen sprechen die Fälle gut auf die Yatrentherapie an, bei denen die pathologischen Veränderungen in den unteren Abschnitten des Dickdarms gelegen sind. Bei den Kranken mit Läsionen im Zaekum und im Querkolon kommen Rezidive vor. Als Methode der Wahl hat sich an 153 Fällen ein Verfahren bewährt, daß auf eine Kombination der Yatrenmedikation mit Darreichung von Emetin-Wismut-Jodid darstellt. Die etwas drastisch erscheinende Kur, bei der nachts 0,18 g der Emetinverbindung und am Morgen ein Yatreneinlauf gegeben werden, wird besser vertragen als die alleinige Medikation des Emetin-Wismut-Jodids (keine Durchfälle, kein Erbrechen). Die klinische Beobachtung und die fortlaufende rektoskopische Ueberwachung beweisen eindringlich den Wert dieser Arzneimittelkombination, deren Komponenten an verschiedenen Dickdarmabschnitten ihre Wirkung entfalten. Bei der Verabfolgung der Emetinverbindung müssen zur Vermeidung ernsterer Nebenerscheinungen gewisse Vorsichtsmaßregeln unbedingt beachtet werden (Gesamtdosis in einer Gelatinekapsel vier Stunden nach der letzten Nahrungsaufnahme bei völliger Bettruhe, warme Umschläge auf das Epigastrium zur Verhütung des Erbrechens.) Unentbehrlich für die Diagnose der intestinalen Amöbiasis und für die Beurteilung des Heilerfolges eines therapeutischen Verfahrens ist eine genaue Kenntnis der mit dem Rektoskop erkennbaren Darmschleimhautveränderungen. Die intra vitam sichtbaren Läsionen unterscheiden sich wesentlich von den gewöhnlich bei der Autopsie ins Auge fallenden pathologischen Prozessen. Sie sind viel oberflächlicher, kleiner und schwerer zu entdecken. Während des akuten Krankheitsstadiums erinnert das Aussehen der Darmschleimhaut an die bazilläre Ruhr (oberflächliche, zackige Geschwüre, zahlreiche Blutungen und Erosionen). Die Läsionen reichen im Rektum bis an den inneren Schließmuskel herab. In Abstrichen von der blutenden Schleimhaut finden sich die Erreger in Massen. Im subakuten Stadium erscheint die Schleimhaut gefältet mit netzartiger Zeichnung. Das Darmlumen ist mit blutigem Schleim angefüllt. Die Läsionen erscheinen als kleine gelbliche Erhebungen und kleine sternförmige Schleimhautblutungen. Aus ihnen lassen sich nur spärlich Amöben gewinnen. Doch finden sich Charcot-Leydensche Kristalle als charakteristische Zeichen der Amöbeninfektion. Bei der chronischen Amöbenruhr, wo Stuhluntersuchung und Anamnese häufig keine Aufklärung über das Wesen der mit uncharakteristischen Symptomen einhergehenden Erkrankung vermitteln, sind mit dem Rektoskop Geschwüre von beträchtlicher Größe erkennbar, die durch die Submukosa hindurchdringen und von deren unterminierten, blutigen Rändern amöbenhaltiges Material abgekatzt werden kann. Am wertvollsten erweist sich die Rektoskopie in den Latenzstadien der Infektion, wo weder Zysten im Stuhl sich finden, noch Amöben aus den Schleimhautläsionen gewonnen werden können. Die Schleimhaut erscheint eigentümlich gefältet oder sie ist übersät mit kleinen Einziehungen, die abgeheilten Geschwüren entsprechen. Die eigentlichen Läsionen springen als gelbliche Papillen über die Schleimhautoberfläche vor. Zwischen ihnen finden sich kleine, submuköse Blutungen verstreut.

Nr. 3481, 24. September.

Traumatische Ruptur einer malignen Ovarialzyste. H. Jaffé.

Kongenitaler Dünndarmverschluß. Bernhard Shea.

Fall von Sklerodermi. Arthur W. Tibberts.

Zweiter Anfall von Pityriasis rosea. B. Gordon Edelston.

Verschluß der Laparotomiewunden. Hugh Keith.

Kongenitaler Brusttumor. Cicely N. Twinnig.

Jahresversammlung der British Medical Association.
Abteilung für venerische Erkrankungen.

Regelmäßige Liquoruntersuchungen bei Lues. Claude H. Mills.

Abteilung für Psychiatrie und Neurologie.
Verhandlung über die eidemische Enzehalitis.

Epidemiologische Betrachtungen. Ivy Mc. Kenzie.

Pathologie der Encephalitis epidemica. J. Godwin Greenfield.

Chronische Enzephalitis. George Riddoch.

Psychische Veränderungen bei der epidemischen Enzephalitis. Robert Macnab Marshall.

Unabhängigkeit der Bradykinese und des Hypertonus beim Parkinsonismus. Renee Cruchet.

Abteilung für Biochemie und Physiologie.

Optimaler Rhythmus des Säugetierherzens und Wirkung der Herznerven. I. A. Mac William und G. S. Melvin.

Mechanismus der Ermüdung des willkürlich innervierten Muskels. Charles Reid.

Zirbeldrüse. P. T. Herring.

Eiweißstoffwechsel bei Zystinurie. D. Murray Lyon und W. Robson.

Abteilung für Geschichte der Medizin.

Wege, auf denen Medikamente zur Verwendung gelangten. Walter J. Dilling.

Biberfeld.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 75, 17. September 1927.

Ein dritter Fall von ventrikulärer Bradyrhythmie durch Stenose der Arterie des Reizleitungssystems. E. Geraudel, R. Benard.

Ist die primäre tuberkulöse Infektion eine Krankheit des Kindesalters? Phelebon.

* Das ketogene Regime zur Behandlung der Epilepsie. Ph. Pagnier.

Das ketogene Regime zur Behandlung der Epilepsie. Das ketogene Regime, d. h. eine an Fett sehr reiche, an Eiweiß und Kohlehydraten arme Nahrung bei epileptischen Kindern hat eine auffallende Abnahme der Anfälle zur Folge, die bei einem Drittel der beobachteten 91 Fälle zur völligen Heilung und bei über 50% zu einer dauernden Besserung geführt hat. Den Anstoß zu dieser Therapie gab die Beobachtung, daß während einer Fastenkur die epileptischen Anfälle ebenfalls, wenn auch nur vorübergehend aufhören, wobei eine stark vermehrte Ausscheidung von Ketonkörpern im Blut, in der Alveolarluft und im Urin stattfindet. Dieselbe Tatsache zeigt sich bei sehr fettreicher Ernährung; schon nach etwa 3 Tagen tritt Azeton und Azetessigsäure im Urin auf, während die Anfälle, sowie andere Symptome epileptiformer Art nachlassen. Das wirksame Regime für Kinder umfaßt etwa 15 g Kohlehydrate, 25 g Eiweiß und 180 g Fett, wobei die Azidose auftritt, während nach den Beobachtungen Bigwoods die Anfälle dann besonders heftig sind, wenn im Blut eine deutliche Alkalose besteht. Haber.

Nr. 76, 21. September 1927.

* Ueber den Gaswechsel bei Fettleibigen, Beitrag zur Pathogenese und Therapie. K. Faillie und P. Mathieu.
Zur Behandlung der Lungentuberkulose mit Thiochrysin. Ch. Garin
Die Rolle des osmotischen Druckes der Blut-Proteïne bei der Oedembildung. A. Raviner.

Ueber den Gaswechsel bei Fettleibigen. Die Untersuchungen erstrecken sich bei Fettleibigkeit verschiedenster Aetiologie auf das Verhältnis von Grundumsatz und respiratorischem Quotient, wobei fünf Typen unterschieden werden: 1. solche mit erhöhtem Grundumsatz und niedrigem Quotienten, 2. mit herabgesetztem Grundumsatz und niedrigem Quotienten, 3. mit erhöhtem Umsatz und hohem Quotienten, 4. mit herabgesetztem Umsatz und erhöhtem Quotienten, 5. Uebergangstypen. Bei 1. besteht lebhafte Kombustion und „Luxusverbrauch" als Verteidigung gegen die Fettüberschwemmung bei normaler Lipodiärese. Bei 2. ist die Verbrennung zu wenig aktiv, daher zu geringer Kalorienverbrauch bei sonst normaler Fettverdauung; Gewichtszunahme ohne alimentäre Exzesse. Bei 3. lebhafte Verbrennung, die aber hauptsächlich die Kohlehydrate betrifft und den Fettvorrat nicht angreift. Es besteht ungenügende Lipodiärese. Bei 4. handelt es sich meist um eine Vereinigung von endokriner und lipodiäretischer Störung. Die Therapie ergibt sich aus der vorherrschenden Insuffizienz. Haber.

Nr. 77, 24. September 1927.

Alimentärer Eklektismus der Kotwanzen als Ueberträger des Trypanosoma Cruzi. E. Brumpt.
Die Resultate von 6000 Rachianästhesien. J. Ducuing.
* Zur Pathogenese des ödematösen Brightismus. H. Chabanier, M. Lebert, C. Lobo-Onell und F. Lumière.
* Kann man dem Hypophysenvorderlappen einen therapeutischen Wert zuschreiben? J. Nouzon.

Zur Pathogenese des ödematösen Brightismus. Die pathogene Basis des Syndroms beruht auf einer Senkung des osmotischen Druckes des Plasmas und dieser wiederum auf einer Modifikation der plasmatischen Proteine. Nach Epstein bedeutet diese Modifikation eine Ernährungsstörung, wofür ein zweiter Beweis die lipoiden Veränderungen des Plasmas wären. Als erste Ursache der Stoffwechselstörung will derselbe Autor eine Schilddrüsenerkrankung annehmen und stützt sich dabei auf folgende Beobachtungen: 1. die beträchtliche Toleranz der Oedematösen gegen Schilddrüsentherapie, 2. die häufige Alteration des Grundumsatzes, 3. die mögliche Umwandlung des Syndroms in ein typisches Myxödem. Die Schilddrüsentherapie liefert dem Organismus einen Ueberfluß an Proteinen, die zur Rekonstruktion der Plasma-Proteine dienen sollen.

Kann man dem Hypophysenvorderlappen einen therapeutischen Wert zuschreiben? Der therapeutische Einfluß des Vorderlappens zeigt sich in mehrfacher Hinsicht: deutliches Wachstum des Skelettes, Entwicklung und Funktion des Genitalapparates und des Gesamtstoffwechsels. Um diese Wirkungen erzielen zu können, ist es unbedingt nötig, nur Produkte mit bekannter Herstellungsweise zu benutzen, die einer beständigen experimentellen Kontrolle unterliegen. Irgendwelche Schäden oder Gefahren sind bei der Anwendung nie beobachtet. Haber.

Nr. 78, 28. September 1927.

Der Proteïnzucker und seine physio-pathologische Bedeutung. H. Bierry und F. Rattery.
* Die Behandlung von Flechten und bestimmten trichophytären Follikulitiden durch intravenöse Injektionen von Lugolscher Lösung. P. Ravaut, Duval und Rabeau.

Die Behandlung von Flechten und bestimmten trichophytären Follikulitiden durch intravenöse Injektionen von Lugolscher Lösung. Diese neue Behandlungsart hat sich den äußeren lokalen Behandlungen der Herpeserkrankungen bedeutend überlegen erwiesen und entzündliche sowie eitrige Prozesse in 2 bis 4 Wochen beseitigt. Das Jod hat die Bedeutung eines Spezifikums; in der Lugolschen Lösung entwickelt es die stärkste Wirkung, besonders bei intravenöser Anwendung. Doch kann es im Notfall auch oral gegeben werden. Gegeben werden 5 bis 10 ccm aufgelöst im vierfachen Volumen destillierten Wassers. Dabei wird mit ganz geringer Dosis begonnen und allmählich gesteigert bis zu 10 ccm; ein anfängliches Brennen in der Vene läßt bald nach. Ein Uebelstand besteht darin, daß nach 8 bis 10 Injektionen häufig die Vene induriert und obliteriert, was weiter keine Gefahr bedeutet, aber zum Aufhören der Injektionen zwingen kann. 12 Injektionen genügten meist zur Heilung. Haber.

Journal des Praticiens.

Nr. 37, 10. September 1927.

* Antidiphtherische Immunisierung auf nasalem Wege. Lesné, Marquézy u. Lemaire.
Tetanie. (Spasmogene Diathese oder Spasmophilie.) Marfan.
Pottscher Buckel eine Scherkelhernie vortäuschend. Hartmann.
Ist der Bouillaudsche Rheumatismus epidemisch? Weber.

Die Anti-Diphtherie-Immunisierung auf nasalem Wege. Unerwünscht starke Reaktionen auf subkutane Diphtherie-Impfungen bei größeren Kindern haben zur Erörterung der Frage geführt, ob man das Anaxtoxin dem Organismus nicht auf anderem Wege zuführen könne. Da bekanntlich die rhinopharyngeale Schleimhaut eine große Resorptionsfähigkeit besitzt, so wurden Versuche nach dieser Richtung hin angestellt, in der Hoffnung, schickpositive Patienten negativ zu machen. 130 Schickpositive Kinder wurden mit Einträufelungen von Anatoxin behandelt und zwar 8 Tage lang täglich, in mehreren Serien, mit je einer Woche Pause. Bei keinem der so behandelten Kinder trat eine lokale oder allgemeine Reaktion auf. Die Hälfte der Patienten wurden in 3 Wochen negativ, 83% in 40 Tagen, 95% in 50 Tagen. Die Einfachheit der Anwendung bei gleichem Erfolg macht die nasale Immunisierung der subkutanen entschieden überlegen.

Nr. 38, 17. September 1927.

Tetanie. (Spasmogene Diathese oder Spasmophilie.) Marfan.
* Ein Fall von Primärtuberkulose der Kniescheibe. Fouchou-Lapeyrade.

Primärer Tuberkuloseherd der Kniescheibe. Die primäre tuberkulöse Erkrankung der Kniescheibe gehört zu den Seltenheiten. Nur muß man an die Möglichkeit einer solchen denken, wenn eine Hydarthrose übermäßig lange bestehen bleibt und die zunächst als reine Vorsichtsmaßregel unternommene Radiographie kann überraschende Aufschlüsse liefern. Die konservative Behandlung dieser Fälle erweist sich nicht immer als ausreichend. Das geringere Risiko liegt nach Ansicht des Verf. auf seiten des unverzüglichen chirurgischen Eingriffs. Ein kurzer Schnitt, der parallel einem der Kniescheibenränder verläuft, gestattet die Kurettage der Höhle unter Schonung des Lig. patellae. Nach Bedarf kann der Schnitt weitergeführt werden in der bekannten klassischen U-Form, wie das bei der Knieresektion geschieht.

Nr. 39, 24. September 1927.

Tetanie. (Spasmogene Diathese oder Spasmophilie.) Marfan.
Das klare Bewußtsein und das tiefe Ich der Psychoneurotiker. Laiguel-Lavastine.
Osteitis des Humerus und Entzündung der Bursa subacromio-coracoidea. Hartmann.
Fibromyom der Hinterwand der Vagina. T. Sordina.

Held.

Archives des Maladies de l'appereil digestif et de la nutrition.

Nr. 1, Januar 1927.

* Aetiologie der gangränösen Appendizitis. Michel, de Lavergne und Abel.
Insulin und Magenmotilität. Limici, Giurea, Dimitrin.
Insulin und Magensekretion. Limici, Popesco und Diculesco.
Immotivität bei Fermentationskolitis. Savignac und Sarles.

Aetiologie der gangränösen Appendizitis. Die gangränösen Formen der Appendizitis sind an die Intervention der Anaerobier gebunden. Versuche zeigen jedoch, daß ihre Rolle als Krankheitserreger sehr gering, jedenfalls sekundär, ist. Sämtlichen Krankheitsbildern der Appendizitis liegt immer derselbe entzündliche Prozeß zugrunde, der sich zur Eiterung hin oder zur Gangräne, manchmal zu beiden hin entwickeln kann. Da nach Tierversuchen die Rolle der Anaerobier als Krankheitserreger sich als sehr gering erwiesen hat, ist die Prognose weniger schlecht, als man nach dem eindrucksvollen Bild des Herdes annehmen könnte.

Nr. 2, Februar 1927.

Die Pyloro-Duodenitis. Die Autoren betonen die Häufigkeit des ...iten, schmerzhaften Syndroms, wobei es sich weder um Geschwüre, ...ch um Krebse, Cholezystitis, Appendizitis oder toxische oder ...dikamentöse Gastritis handelt, trotz dem, daß Magensekretion und ...agenblutungen nicht, aber Radiodiagnose für Ulcus g. zu sprechen ...eeinen. Durch Intervention konstatiert man Periduodenitis in den ...wöhnlichen Formen. Die in 2 Fällen erfolgte histologische Unter...chung, erlaubte die typische pathol. Veränderung entzündeter ...webe (Plasmozyten, Fibroblasten, Polynukleärzellen, Gefäßverän...rungen) festzustellen. In beiden Fällen kein Ulkus, nur oberfläch...he Erosion. Prognose: Heilung oder Entwicklung zum Ulkus hin. ...erapie: die des Ulkus.

Nr. 3, März 1927.

Nr. 4, April 1927.

Bemerkungen zum experimentellen transitorischen hämolytischen ...terus beim Menschen und zum therapeutischen Werte des Phenyl...drazins. Der hämolytische Ikterus ist von Landau und Held zu ...erapeutischen Zwecken experimentell verwirklicht worden bei ...kundärer Polyzythämie, in der rechten Herzinsuffizienz und bei ...ronischer Lungenerkrankung. Benutzt wurde Phenylhydrazin, das ...eiche abgedämpfte Erscheinungen hervorruft wie Essigsäure. Sub...tan infiziert verursachte Phenylhydrazin latenten hämolytischen ...erus, nur durch Hyperbilirubinämie und durch starke Urobilinogen...ie feststellbar. Wirkung vorübergehend. Zyanose und Dyspnoe ...uert länger an. Hypercholesterinämie begünstigt Ikterus. Funk...nelle Prüfung erweist Leberzelle intakt. Also ist die Bilirubinämie ...r hämolytischen Wirkung zuzuschreiben.

Nr. 5, Mai 1927.

Nr. 6, Juni 1927.

Einfluß der Na- und Ca-Salze auf den Blutzuckergehalt. Intra...nöse Zufuhr. Die Na- und Ca-Ionen wirken verschieden, je nach ...en Verbindungen mit verschiedenen Säuren. Na-Ionen in Ver...ndung mit Kohlensäure- und Milchsäure-Ionen erhöht den Blut...ckergehalt bei normalen Menschen wie bei Diabetiker. In Ver...ndung mit PO_4-Ionen keine Hyperglykämie (Elias und Weiß). Beim ...abetiker, der Glykose mit mono- und bimetallischen Phosphaten ...nimmt, ist die hyperglykämische Wirkung weniger stark als bei ...nnahme von Glykose allein. Die Wirkung ist somit dem Anion PO_4 ...er als dem Kation Na zuzuschreiben. Die Ca-Chloride oder Laktate ...i Diabetikern erzeugen Hyperglykämie, abhängig vom Kation Ca. ...e hyperglykämische Wirkung des Ca ist um so weniger zweifel...ft, da dieses Metall verbunden ist mit Milchsäure, die Glykose ...rstellen kann. Es handelt sich vielleicht um eine spezifische ...irkung der Salze auf das insulinische Hormon, das je nachdem ...hibiert oder verstärkt wird. Die Ca-Salze und die alkalischen ...osphate können also zur Diabetesbehandlung benützt werden.

Die Peristaltik des Duodenoms. Klinische und radiologische ...ntersuchung mit Hilfe von Serienaufnahmen und der Einhornschen ...onde (16 Abbildungen). Es handelt sich besonders um die anti-peristaltischen Bewegungen. Ihr normales Vorhandensein ist bewiesen durch das Zurückfließen des Duodenalinhaltes, festgestellt bei doppeltem Tubieren und nach Instillation von Na_2SO_4, durch das Zurückfließen der Galle in den Magen nach dem P. F. Volradt-Boldyref, endlich durch das Zurückschnellen der Sondenolive, Radiologisch sind sie nachweisbar durch ein Zurückfließen der Kontrastmasse. Die Antiperistaltik ist immer in dem zweiten Duodenalschnitt feststellbar mit oder ohne Einhornsche Sonde, selten im Bulbus. Dort ist sie nur durch serienweise aufgenommene Radiographien zu konstatieren. Sie ist sehr wenig entwickelt oder ganz abwesend im unteren Abschnitt. Paulett Dreyfus, Strasbourg.

Revue Neurologique.

2., Nr. 4, Oktober 1927.

Enzephalographie. Sie stellt gleichsam eine Biopsie des Gehirns, ein pathologisch-anatomisches Bild am Lebenden dar. Die Technik wird genau beschrieben. Die Enzephalographie ist nicht gefährlicher als die Lumbalpunktion, sie soll aber nur mit Vorsicht und bei gewissenhafter Indikationsstellung zur Anwendung kommen, und zwar in solchen Fällen, in denen der Neurologe neue nützliche Fingerzeige für Diagnose oder Therapie durch sie zu erlangen hofft. Alsdann gibt es aber keine Kontraindikation (höchstens vielleicht ein Zustand zu starker Parasympathikotonie); auch Tumoren der hinteren Schädelgrube vertragen die Enzephalographie nicht schlechter als andere Kranke. Verf. macht immer 6 Aufnahmen: 2 in sitzender, 2 in liegender Stellung, 2 in Seitenlage. So wird die Luftverteilung im Schädel und Hirn in den 3 Dimensionen erkannt. Verf. wendet ferner das Lipiodol ascendens mit gutem Erfolge und ohne unangenehme Nebenwirkungen für den Patienten an, insbesondere zur Erkennung des Hydrozephalus.

Die Zirbeldrüse bei Sängern. Bei Säugetieren in voller sexueller Aktivität funktioniert die Glandula pinealis aktiv, und zwar beim Weibchen stärker als beim Männchen. Bei denselben erwachsenen Tieren, welche sich aber im Zustande sexueller Hypofunktion befinden, zeigt sich die Zirbeldrüse auch in Hypofunktion. Eine Hirnverletzung, welche im Augenblick voller sexueller Tätigkeit gesetzt wird, bewirkt nach einer Zeit von ungefähr 30 Tagen einen Zustand von Hypofunktion der Zirbeldrüse, und zwar ausgesprochener beim Weibchen als beim Männchen, welche mit der Hypofunktion der Geschlechtsdrüsen parallel geht, aber im Gegensatz steht zu der Hyperfunktion des thyreo-surrenalen-hypophysären Systems.

Ein neuer pathologischer Reflex: die schmerzhafte Zehe. Der Reflex besteht darin, daß, wenn man mit dem Zeigefinger und Daumen die Nagelglieder des Kranken ziemlich stark drückt (mit der kleinen Zehe beginnend und bis zur 2. Zehe fortschreitend), eine starke Extension der großen Zehe sich einstellt; der Druck dieser Großzehe bewirkt aber eine Flexion der anderen Zehen mit Fächerstellung. Dieser „Reflex“ zeigt sich nur, dann aber konstant in allen Lagen des Pat., bei Pyramidenbahnerkrankung, oft als frühzeitiges Symptom, schon vor dem Babinskischen Zeichen, er bleibt länger bestehen als letzteres. Bei Myelitis transversa, multipler Sklerose, amyotrophischer Lateralsklerose, Littlescher Krankheit, Hämorrhagien usw. zeigte sich der Reflex deutlich positiv. Er ist kortikal lokalisiert.

Kurt Mendel-Berlin.

Annales des maladies vénériennes.

Nr. 7, 1927.

Kadmium als Antisyphilitikum. Lehnhoff-Wyld weist darauf hin, daß er bereits vor Kochmann und Grouven, also im Jahre 1923, über Kadmium Versuche angestellt hat. Diese wurden erst August 1924 und November 1926 in den Annales des maladies vénériennes publiziert. Die mit dem Kadmium und andern Metallen erzielten Resultate waren sehr gut, wenn das Metall mit Sulfarsenol kombiniert wurde. Kadmium erhöhte die Arsenobenzolwirkung, und zwar konnten Laboratoriumstiere mit um zwei Drittel schwächeren Dosen Sulfarsenol plus Kadmium sterilisiert werden als mit Sulfarsenol allein. Autor liegt nichts an seiner Priorität, er will nur die Wichtigkeit seiner Tierversuche hervorheben und hofft, daß

die Klinik sich der Frage annimmt. (Dies ist in Deutschland geschehen, ohne daß man über bedeutende Resultate bezüglich Wirksamkeit und Unschädlichkeit viel gehört hätte. Ref.) Es handele sich vermutlich um katalytische Wirkung des Metalls gegenüber dem Arsen. Kurt Heymann, Berlin.

Nr. 8, 1927.

* Ein Fall von bullösen Syphiliden mit ungewöhnlicher Lokalisation bei einem kongenital-syphilitischen Neugeborenen. N. Vatamanu.
* Eine neue Behandlung der Gonorrhoe: die Ozonothermie. J. E. Marcel.
* Noch ein Fall von Reinfektion! G. Belgodère.

Ein Fall von bullösen Syphilitiden bei einem kongenitalsyphilitischen Neugeborenen. Es wird eine bullöse Form der kongenitalen Syphilis beschrieben, die sich vom gewöhnlichen Pemphigus syphiliticus unterscheidet. Dieser tritt viel früher auf, gewöhnlich schon am Ende der Intrauterinperiode oder in den ersten Tagen nach der Geburt, dann bleibt er stets auf die Palmar- und Plantargegend beschränkt. Die einzelnen Elemente sind außerdem oft hämorrhagisch. Dagegen hat das bullöse Syphilid erst mehrere Wochen nach der Geburt beobachtet werden können: es läßt die Handteller und Fußsohlen frei und lokalisiert sich auf dem behaarten Kopf, dem Gesicht und der oberen Partie des Thorax. Klinisch sind also diese beiden Typen kongenitalsyphilitischer Blaseneruptionen verschieden. Die Differentialdiagnose dieses bullösen Syphilids gegenüber dem Impetigo, die gleichfalls einen klaren Blaseninhalt hat, der nur durch Sekundärinfektion purulent wird, kann unmöglich sein. In diesem Fall gaben die zahllosen Spirochäten den Ausschlag.

Eine neue Behandlung der Gonorrhoe: die Ozonothermie. Der Autor glaubt mit einer neuen Methode, deren Erfinder Morgenstern ist, und die in der Applikation von Hochfrequenzströmen mit hoher Spannung besteht, gute Ergebnisse in der Gonorrhoebehandlung erzielt zu haben. Diese Ozonothermie wird genau beschrieben, sie unterscheidet sich von der Diathermie durch die Spannung, es handelt sich nicht um Wechselströme.

Noch ein Fall von Reinfektion. Die einen halten die Reinfektion für eine banale und wissenschaftlich erwiesene Tatsache, die andern dagegen leugnen sie oder halten sie wenigstens für unbewiesen, da man nie wisse, ob es sich nicht um einen Chancreredux handle. Auf dem Kongreß zu Brüssel vor einem Jahre haben drei Berichterstatter, gewiegte Syphilisforscher, das Problem besprochen. Vollständig geklärt ist die Frage nicht. Belgodère glaubt zum Unterschied von anderen, daß die Reinfektion ziemlich häufig ist. Wenn man mit irgendeinem Syphilidologen spricht, berichtet er sofort über zwei oder drei Fälle seiner eigenen Praxis. Mithin sind sicher die publizierten Reinfektionen nur ein Teil derer, die wirklich passiert sind. Einen Fall hat Autor z. B. nicht publiziert, weil er die erste Syphilis nicht gesehen hatte. Es handelte sich um einen jungen Mann, der jedes Jahr eine Sicherheitskur machte; WaR. war negativ. Vor einigen Monaten und kurze Zeit nach der letzten Kur kommt er mit einem typischen Primäraffekt, einer typischen Drüsenschwellung und einem WaR., der negativ war, aber während der Beobachtung positiv wurde. Kann man an der ersten Syphilis zweifeln, die in Bukarest von offiziellen Aerzten behandelt wurde? Man kann annehmen, daß durch die Fortschritte der Therapie die Spirochäten allmählich minder virulent werden und schließlich nur diejenigen angesteckt werden dürften, die besonders empfänglich sind (?). Autor macht sich darüber lustig, daß man Grundsätze aufgestellt hat, wann man von Reinfektion sprechen dürfe. Die Zahl dieser Grundsätze beträgt zur Zeit 15. Man dürfe in der Pathologie keine Bedingungen stellen; man muß ihre Gesetze feststellen und nicht Gesetze geben. Die Gesetze sind experimentell und nicht doktrinär. Die eine der Bedingungen für die Reinfektion lautet: „Die WaR. von der ersten Infektion muß negativ geworden sein", aber was weiß man davon? Ist es so sicher, daß jemand mit einem positiven WaR. nicht reinfiziert werden kann? Nur der Beweis ist schwierig, weil aus Gründen der Allergie der neue Primäraffekt einer Tertiärerscheinung gleichen könnte. Es sei also nötig, weiterhin die Reinfektion genau zu studieren und möglichst viele Tatsachen über sie zu berichten. November 1922 kam ein junger Mann in Behandlung, der an dem freien Rande seiner Vorhaut ein erbsengroßes Knötchen zeigte, das mit einer oberflächlichen Erosion bedeckt war. Das Ganze sah aus wie ein nodulärer Primäraffekt. Drüsenschwellung deutlich. Da der Kranke sich schon behandelt hatte, war auf Spirochätenbefund nicht viel zu rechnen. Die WaR. war stark positiv. Die Partnerin des Kranken war syphilitisch, was ihm bekannt war, was ihn aber nicht zurückgehalten hatte. Sie war Tänzerin und zeigte bei der Untersuchung eine Angina specifica, die seit Wochen bestand und mit nächtlichen Kopfschmerzen einher ging. Die Syphilis war schon in Spanien diagnostiziert und behandelt. Auch in Paris war die gleiche Diagnose gestellt und eine Kur gemacht worden. Ihre WaR. war stark positiv. Im Ganzen ein banaler Fall syphilitischer Ansteckung. Die Frau wurde d Jahre hindurch behandelt, ihre WaR. wurde negativ und nach d Jahren wurde tsie schwanger von einem andern. Das Kind wur rechtzeitig geboren, starb aber nach einigen Monaten.

Der junge Mann wurde 15—16 Monate behandelt. Vier Kur Novarsenobenzol à 5 g, dazwischen 3 Kuren Quecksilber, Hg. be zoicum, 12 Injektionen à 0.02 cgr. Die WaR. wurde bei der erst Kur negativ. Er bekam keine Sekundärerscheinungen.

1924 während der Militärzeit keine Behandlung. Erst im Se tember 1926 kam er wieder, sein ganzer Körper war bedeckt n frischen Sekundärerscheinungen, Drüsenschwellungen, Angina, pap löse Syphilide. Der Kranke berichtet, daß er an der Stelle d Schamgegend, wo jetzt noch eine dunkelrote, infiltrierte kreisförmi Narbe sichtbar war, seinen Primäreffekt gehabt hatte, dieser sei n einer dicken, schwarzen Kruste bedeckt gewesen. Ueber sei Partnerin gibt er folgende Auskunft: Es handelt sich um eine ande Frau, die seit einiger Zeit abmagerte und blaß wurde, nächtlic Kopfschmerzen und häufige Anginen hatte, so daß er sie in ärztlic Behandlung schickte, wo sie als syphilitisch erkannt wurde. B ihrer Untersuchung fand Autor noch perianale hypertrophisc plaques muqueuses. Ihre Syphilis war mehrere Monate alt, so d nur sie ihn angesteckt haben konnte. Autor kommt zu dem Schlu daß es sich bei dem jungen Mann um eine Reinfektion handelt, ei Meinung, die auch von Kollegen geteilt wurde. Wird man nun sage seine Krankengeschichte sei unvollständig, weil er den zweit Schanker nicht gesehen habe? Aber gerade die Tatsache, daß dies zweite Schanker von dem Kranken in klassischer Weise beschrieb wurde, daß er sich an einer andern Stelle als der ersten, mithin einem ganz andern Lymphgefäßgebiet befand, macht die Hypothe eines chancre redux sehr unwahrscheinlich. Für Verfasser ist nicht zweifelhaft, „daß man zweimal Syphilis haben kann". Ob sich um Reinfektion oder Superinfektion handelte, ist ein Spiel m Worten. War er von der ersten Syphilis geheilt, dann ist es ei Reinfektion, war er es nicht, dann ist es eine Superinfektion. M möge das Problem nicht durch zwei verschiedene Fragen trübe nämlich ob man geheilt werden kann, oder ob man sich zweim anstecken kann. Theoretisch gibt es keine indiskutierbaren Bewei für die Reinfektion. Man muß sich aber in der Medizin häufig m relativen Wahrheiten abfinden. Die praktische Seite der Fra steht also an erster Stelle. Man muß den jungen Leuten sage daß sie sich reinfizieren können.

Nr. 9, 1927.

Perniziöse Anämie und Syphilis. F. Wyss-Chodat.
Die syphilitische Sterilität. J. E. Marcel.
* Zwei Fälle von weichem Schanker mit morphologischem Parallelismus ihrer Aut inokulationsschanker. Kitchewatz.
* Mitteilung über verlängerte Inkubation des syphilitischen Primäraffekts. Belmir Valverde.

Zwei Fälle von weichem Schanker. Zwei Kranke hatten si an derselben Quelle mit Ulcus molle infiziert, der Tag war d gleiche, die Inkubationszeit bei beiden 3 Tage. Bei beiden wurde Ducreysche Bazillen gefunden, die in beiden Fällen in gleich lang Ketten lagerten. Klinisch unterschieden sich die beiden Ulzera se von einander: Der eine Kranke zeigte 9 kleine Schanker am Pra putium, während der andere 4 Ulcera elevata an entsprechend Stelle hatte. Sollte die Multiplizität der Erscheinungen eine Fol der Virulenz des Streptobazillus sein? Beide bekamen in der Fol Bubonen. Bei beiden Patienten wurden Autoinokulationen gemach Sehr bemerkenswert ist, daß nun der Kranke, dessen primä Ulzera normal geschwürig aussahen, auch an der Inokulationsstel die gleichen Ulzera bekam, während der andere mit der Ulce mollia elevata auch am Arm erhobene plateauförmige Geschwü zeigte. Dieser Charakter blieb während dreitägiger Beobachtung zeit der gleiche. Dies alles läßt sich nur durch entscheidende Ei flüsse des Terrains auf die Entwicklung der Schanker erklären.

Verlängerte Inkubation bei Syphilis. Spezifische Behandlu während der Inkubation kann diese verlängern. Auch bei Hered syphilitikern scheint die Inkubation abnorm lang zu sein. Autor b richtet über die einschlägige Literatur und über eigene Beobach tungen. Die Inkubationszeit in seinen eigenen Fällen war 32, 39 un 68 Tage. Kurt Heymann, Berlin.

La Riforma medica.

43., Nr. 36, 5. September 1927.

Der diagnostische Wert der Augensymptome beim Basedow. A. Ferrannini.
* Die anatomischen Veränderungen der Leber und Milz nach Ligatur des Ductus chol dochus. R. Paolini.
Befund von unreifen Knochenelementen bei infektiösen Krankheiten. G. Lazzar

chnelle Demonstration des Choleravibrio mit einem neuen Apparat für die Serumdiagnose. A. Mastroianni.
in zweifelhafter Fall tertiärer Lues der Glandula submaxillaris. G. de Crescenzo.

Die anatomischen Veränderungen der Leber und Milz nach atur des Ductus choledochus. Durch Versuche an Hunden wurde h einem mechanischen Verschluß des Choledochus infolge der llenstase ohne begleitende Infektion konstant ein zirrhotischer ozeß in der Leber festgestellt, und es wurden alle Merkmale einer erogenen Milz angetroffen. Die bei dem ersten Hund in der Leber undenen Keime der verschiedensten Art, vorzugsweise Kolibazillen ren infolge der Gallenstase aus dem Darm in die Leber gelangt. nekrotischen Herde, die sklerogenen Vorgänge in den Kupfer- en Zellen, die mächtigen sklerotischen Schichten um die Gallen- ge und Gefäße, in deren Geweben, besonders um die neu- ildeten Gefäße, sich zahlreiche Plasmazellen fanden, kommen rch die mechanische Wirkung der Kompression oder durch die misch-toxische Wirkung der Galle oder durch beide Faktoren stande. Auf Rechnung der chemisch-toxischen Wirkung der Galle mmen auch die sklerotischen Prozesse in der Milz.

43., Nr. 37, 12. September 1927.

ie Diagnose der chronischen Splenomegalie. G. Izar.
itus inversus viscerum mit Stenose der Lungenarterie und Offenbleiben des Septum interventricolare. D. Liotta.
eber einen Fall alternierender Skoliosis ischiadica. M. Dainelli.

Situs viscerum inversus mit Stenose der Lungenarterie und enbleiben des Septum interventricolare. Die Literatur berichtet reits über mehr als 250 Fälle von vollständigem Situs viscerum ersus, eine mit vollkommenem Wohlbefinden vereinbare Anomalie. rf. bringt den Fall eines 17jährigen Mädchens, bei welchem sich der Dexiokardie mit vollkommener Transposition der Bauch- ane eine Stenose der Lungenarterie (systolisches Geräusch im Interkostalraum) und eine Perforation des Septum interventri- are (differentes systolisches Geräusch im 3. Interkostalraum dicht Sternalrand) gesellte. Der Herzschatten war vergrößert, die htung der großen Herzachse verlief von oben links nach unten hts; der am meisten nach rechts gelegene Teil war die abge- dete und nach aufwärts gerichtete Herzspitze. Es ist der 20. in r Literatur beschriebene Fall von Komplikation des Situs inversus t diesen beiden Herzanomalien. Von fünf lebenden Geschwistern gten zwei gleichfalls einen Situs inversus viscerum, eine ver- ratete, kinderreiche Schwester und ein im Militärdienst stehender uder.

43., Nr. 38, 19. September 1927.

er Einfluß von Ergotamin auf die Glykämie bei Tieren und beim Menschen und seine therapeutische Anwendung beim Diabetes mellitus. M. Bufano e A. Masini.
spergillus-Bronchopneumonien. E. Sica.

43., Nr. 39, 26. September 1927.

ie Frühdiagnose des Uteruskrebses. V. Lenzi.
eber den Wert der Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit. R. Paolini e N. Sanguigno.
rfahrungen mit Hautextrakten. P. A. Meineri e O. Levi.
ur Aetiologie des akuten Lichen ruber planus. R. Pecorario.

Ueber den Wert der Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit. gibt einen normalen Typus der B. S. R., deren Werte jedoch je ch der angewandten Technik variieren. Eine Beschleunigung der S. R. beobachtet man bei vielen Krankheitszuständen, aber weder sie konstant, noch für irgendeine Krankheit charakteristisch. ch bestehen keine Beziehungen zwischen B. S. R. und Entwicklung er Ausdehnung des Krankheitsprozesses wie z. B. bei der Tuber- lose. Eine starke Beschleunigung findet man bei allen Zuständen werer Unterernährung und bei der wahren Kachexie. Alle thera- utischen Maßnahmen verändern die B. S. R. beim Menschen wie im Tiere, aber ihr Einfluß ist verschieden und unbeständig. Man nn also der B. S. R. weder einen diagnostischen noch einen pro- ostischen Wert zuschreiben.

Erfahrungen mit Hautextrakten. Verf. wiederholten und er- iterten die Meirowskyschen Versuche mit Hautextrakten; sie nutzten Extrakte von Rinderhaut, die teils im Mailänder serothera- utischen Institut, teils von ihnen selbst hergestellt waren. Sie zielten am enukleierten Froschauge häufig Mydriasis, am nschlichen Auge in 62% der Fälle nach etwa ½ Stunde (Instillation n 2—3 Tropfen alle 5 Minuten) eine geringfügige Mydriasis, eine mpathikotomische Wirkung auf den okulokardialen Reflex. nstant hatten sie negative Resultate bei direkter Anwendung auf Haut, sei es nach einer leichten Kontinuitätstrennung, sei es ch intrakutaner Injektion. Die Reizwirkung der Hautextrakte auf s sympathische Nervensystem nähert sich derjenigen des Adre- lin, ohne jedoch mit ihr in allen Punkten identisch zu sein.

Rontal.

Il Policlinico Sez. prat.

34., Nr. 42, 17. Oktober 1927.

Salvarsan und Chinin in der Therapie der essentiellen Trigeminusneuralgien. A. Furno.
Hydatidenschwirren in einer nicht durch Echinokokkus erzeugten Ovarialzyste. F. Marchini.
Zur Verteidigung der spinalen Anästhesie. G. Pieri.
* Eine neue chromatische Reaktion der Harnsäure. E. Pittarelli.
Gedanken über den Unterricht in der chirurgischen Pathologie. G. Baggio.

Eine neue chromatische Reaktion der Harnsäure. Fügt man zu einem mit 15 bis 20 Volumen Wasser verdünnten Harn nach einander 4 bis 5 Tropfen Natr. causticum (10%), Methol oder Paramidophenol (0,5%) und Natriumpersulfat (1%), so tritt die Reaktion selbst bei den allergeringsten Spuren von Harnsäure sofort in Erscheinung (Gelbfärbung), erreicht aber ihre größte Intensität erst nach ½ Stunde. Ist Methol im Ueberschuß zugesetzt, so verwandelt sich die gelbe in eine sehr schöne grüne Farbe, da das Persulfat in Methol Blaufärbung hervorruft. Die Erscheinung eines grünen Schleiers gibt also das Ende der Harnsäurereaktion an und kann bei Anwendung einer titrierten Methollösung zu einer volumetrischen Probe benutzt werden. Durch die Reaktion werden sowohl die Harnsäure, wie die Purinbasen aufgedeckt. Zur Unterscheidung beider eignet sich das Zinksulfat. Bei Mischung gleicher Volumina Urin, $^1/_{10}$ N-Zinksulfat und $^1/_{10}$ N-Natr. causticum kommt es zu Fällung der Harnsäure, während die Purinbasen im Filtrat bleiben. Die durch die Reaktion hervorgerufene Farbe ist identisch mit der Farbe sehr verdünnter Lösungen von Vesurin oder Pikrinsäure; darauf läßt sich in einfacher Weise eine quantitative, kolorimetrische Methode aufbauen.

34., Nr. 43, 24. Oktober 1927.

Ueber positiven Befund der WaR. im Liquor bei nichtluetischer Meningitis. G. Pilotti.
Klinisch-statistische Studie der Organ- und Nervensyphilis in Apulien. G. Sannicandro.
Beitrag zur Wismuttherapie der Syphilis. M. Dogalino.
Betrachtungen über die Fiebertherapie der progressiven Paralyse. A. Trossarelli.

Rontal.

Rivista Ospedaliera.

17., Nr. 6, Juni 1927.

* Intoxikationen hepatischen Ursprungs. Michele Lombardo.

Intoxikationen hepatischen Ursprungs. Von seiten der Atemorgane hat man öfters Gelegenheit, toxische Dyspnoe zu beobachten, insbesondere im Terminalstadium. Wie bei Intoxikationen renalen Ursprungs ist sie auf die Wirkung der Gifte auf das bulbäre Atemzentrum zu beziehen. Häufig sind Hämorrhagien in den Atemwegen, besonders Nasenbluten. Das Blut weist fast immer eine Verzögerung der Gerinnungszeit auf, in ernsten Fällen sogar Aufhebung der Gerinnungsfähigkeit. Die Entwicklung der Azotämie ist nach französischen Autoren im allgemeinen ein sicherer prognostischer Führer; bei fortschreitender Erkrankung dauert sie an oder nimmt zu; tendiert die Erkrankung zur Heilung, so verschwindet sie allmählich. In Wien kann man jene reiche Symptomatologie antreffen, die den veränderten organischen Stoffwechsel anzeigt, sowie Intoxikation durch funktionelle Insuffizienz der Leber: Cholalurie, Urobilinurie, spontane und provozierte Glykosurie, Hypo- oder Hyperazoturie, Hyperaminoazidurie (Tyrosin- und Leuzinkristalle) spontane und provozierte Ammoniurie, Zunahme der Azidose im Urin, Auftreten von Azetonkörpern. Schleimhautblutungen des Verdauungstrakts können kapillär oder okkult sein, in ernsten Fällen kann es aber auch zu Hämatomesen oder Melaena kommen. Drei Symptome kennzeichnen die im Gefolge von Leberleiden auftretenden Neuritiden: rapide Ausdehnung, besonders auf die oberen Gelenke, vorzeitige psychische Störungen, Inkontinenz oder Spasmen der Sphinkteren. Schwere Störungen des Nervensystems machen sich in den Endstadien von Leberkrankheiten bemerkbar, es sind hyper- bzw. akinetische Phänomene. Grade so wie von einer Urämie renalen Ursprungs spricht man von einer Uraemia hepatica. Das hepatische Koma bietet keine besonderen Eigentümlichkeiten und läßt sich daher kaum von anderen komatösen Zuständen unterscheiden. Hautblutungen (Purpura, Petechien, Vibezes) kommen bei schweren Krankheitsformen vor; die Gerinnbarkeit des Blutes ist herabgesetzt.

17., Nr. 7, Juli 1927.

* Schwangerschaftspyelitis. Carlo Colombino.

Schwangerschaftspyelitis. Wie verschieden auch der klinische Verlauf sei, allen Formen — auch den leichten und kurzdauernden — ist der akute, fieberhafte Beginn eigen. Die Fieberperiode kann schon in wenigen Tagen abklingen, kann aber auch intermittierend Wochen und Monate dauern. Die Krankheit befällt vorzugsweise Erstgebärende, und zwar solche im fünften bis siebenten Schwangerschaftsmonat, und endet meist erst nach erfolgter Geburt. Hochfieberhafte Fälle rechtfertigen eine Unterbrechung der Schwangerschaft, meist im Sinne der Einleitung einer Frühgeburt. Eine glücklicherweise sehr seltene Kombination ist die von Pyelonephritis und Schwangerschaftsnephritis. Die Möglichkeit, daß die Infektion sich auch auf die Genitalwege ausdehnt und zu einer puerperalen Infektion Anlaß gibt, ist aus einer kleinen Zahl veröffentlicher Fälle bekannt. Auf den Foet wirkt die Infektion nicht ungünstig ein, die Fälle von Frühgeburt sind weitaus zahlreicher als die von Fehlgeburten. Bei der Behandlung kommt man oft schon mit allgemeinen und lokalen symptomatischen Mitteln aus, wie: Liegen auf der gesunden, warme Prießnitzumschläge auf die erkrankte Seite, Opiate, Blasenberuhigungsmittel, flüssige Diät; unterstützend wirken Natr. bicarbon. und Natr. citric., da ja bekanntlich das Bact. coli sich hauptsächlich im sauren Medium entwickelt. Die Wirksamkeit der Blasen-Desinfizientien (Salol, Helmitol, Urotropin) ist nicht über jeden Zweifel erhaben. Die endokrine Anwendung von Urotropin in 40%iger Lösung, 2 bis 6 g täglich, erweist sich häufig, aber nicht immer, als sehr heilsam. Die Vakzinetherapie hat sich inzwischen einen dauernden Platz in der Therapie erworben. Als lokale Maßnahmen kommen in Betracht: Drainage und Auswaschung des Nierenbeckens. Eine von P a s t e a u angegebene Methode besteht darin, die Blase leicht zu weiten durch Einführung einer lauwarmen antiseptischen Lösung, bis der Patient den Reiz empfindet, zu urinieren; diesen Vorgang wiederholt man mehrmals täglich; er bezweckt die Anregung der uretralen Peristaltik und damit die Behebung der Stase. Der chirurgische Eingriff bleibt der präzisen Ueberlegung des Urologen vorbehalten. An sich bildet die Schwangerschaft als solche kein Hindernis für Eingriffe am urologischen Apparat.

17., Nr. 8, August 1927.

* Die alimentäre Anaphylaxie des Kindes. Armando Drago.

Die alimentäre Anaphylaxie beim Kinde. Damit eine alimentäre Anaphylaxie zustande kommt, müssen zwei Bedingungen erfüllt sein: 1. ein Teil der Nahrungsproteine muß der auflösenden Tätigkeit der Verdauungsfermente entgangen sein, 2. diese nicht, oder nur zum Teil transformierten Albumine müssen — unabhängig von den Absorptionsvorgängen im Darm — in den Blutkreislauf gelangt sein. Eine Insuffizienz der Verdauungskräfte, eine abnorme Durchlässigkeit des Epithels des Verdauungstrakts gestatten die Absorption ungenügend aufgespaltener Nahrungsstoffe, indem die Phänomene chemischer (Toxizität) oder physikalischer Natur (Kolloidoklasie, anaphylaktoider Schock) hervorgerufen oder wenn sie ihre antigenen Eigenschaften bewahrt haben, einen echten anaphylaktischen Schock. Indessen ist der Darm nicht die einzige Barriere, die sich dem Eindringen heterogener Albumine in den Blutkreislauf widersetzt; nicht zu vergessen ist die Leber mit ihrer neutralisierenden Wirkung auf Albumine, und das Blutplasma mit seiner rekonstruktiven Funktion. Ein weiteres Verteidigungsmittel besitzt der Organismus in den Abderhaldenschen Schutzfermenten. Nur die Multiplizität der Abwehrkräfte erklärt die Tatsache, daß bei weitem nicht alle Kinder mit akuten Magen-Darmstörungen heterogene Albumine im strömenden Blut aufweisen. Zum Unterschied von der Anaphylaxie ist die Idiosynkrasie ein angeborenes unspezifisches Phänomen, dem keine Inkubationszeit voraufgeht. Die Idiosynkrasie ist fast immer erblich, und die mit ihr behafteten Individuen zeigen funktionelle, nervöse und diathetische Stigmata.

Eine Periode der Anergie existiert nicht; deshalb wird bei jeder neuen Einführung der Materia peccans, die Abwehrreaktion des Organismus intensiver. Gewöhnlich ist die idiosynkratische Ueberempfindlichkeit nicht gleich bei der Geburt da, sondern tritt erst in einem bestimmten Lebensalter hervor, gleichsam als brauchte der hereditäre Faktor eine Reifungszeit, die sich in den ersten Lebensjahren vollendet. Besteht eine paterne Heredität, so tritt das Phänomen zwischen 20 bis 25 Jahren auf, bei mütterlicher im Alter von 10 bis 15 Jahren und, wenn die erbliche Belastung von beiden Eltern herstammt, dann schon im 5. bis 10. Lebensjahr.

H e l d.

La pediatria.

Jahrg. 35, H. 19, 1. Oktober 1927.

* Beiträge zur Kenntnis der pseudohypertrophischen Muskellähmungen. Luigi Auricchio.
* Die wahre Reaktion des Blutes und Harnes bei Nephropathien im Kindesalt M. Giuffre und A. S. Pagliaro.
Die Hypertermie bei Keuchhusten. Renato Canirio.
* Ueber einen seltenen Fall von Darmverschluß. De Stefano.
* Ueber einen Fall von praeleukämischer Myelose bei einem Säugling. F. De Cap
Die Bronchiektasien im Kindesalter (Sammelreferat). De Capite.

Beiträge zur Kenntnis der pseudohypertrophischen Musk lähmungen. Beschreibung eines Falles von progressiver Musk hypertrophie mit Pseudohypertrophie der betroffenen Muskelparti ohne neue Gesichtspunkte.

Die wahre Reaktion des Blutes und Harnes bei Nephropathi im Kindesalter. Bestimmungen von Wasserstoffionenkonzentrati und Kohlensäuregehalt des Blutes bei Nierenkranken ergeben, d Stickstoffretention eine Verminderung der Ionenkonzentration u Kohlensäuregehaltes bedingt, deren Grad mit der Schwere d klinischen Erscheinungen parallel verläuft. Die Verminderung d Kohlensäuregehaltes tritt früher und auch bei leichteren Fällen, d Aenderung von PH nur in schweren Fällen auf. Die Urämie immer von einer erheblichen Azidose und erhöhtem Reststicksto gehalt begleitet, wenn auch letztere wiederum nicht unbedingt ei Urämie zur Folge hat. Die Wasserstoffionenkonzentration d Harnes erlaubt keine Schlüsse auf den Krankheitsprozeß, nur b schweren Nephropathien, wenn auf Wasserstoß keine Veränderung auftreten, dann kann man daraus auf einen pathologischen Proz schließen.

Ueber einen seltenen Fall von Darmverschluß. Beschreibu eines Falles im Alter von zwei Jahren, bei dem zwei Monate a exitum Obstipation mit Remissionen, schließlich hartnäckige O stipation, Koterbrechen und Peritonitis (in diesem Stadium Aufnahm auftraten, die ad exitum führten. Die Ursache des Darmverschluss waren Bindegewebsstrangbildungen, wahrscheinlich von einer vo ausgegangenen Peritonitis herrührend, die zu einer Okklusion d Dickdarms führten.

Ueber einen Fall von präleukämischer Myelose bei eine Säugling. Unter dieser Bezeichnung wird ein klinischer Symptome komplex der der Leukämie (hämorrhagische Diathese, Milztumo entspricht, mit einem Blutbild, das durch Anämie, leichte Leuk zytose mit Neutrophilie, Auftreten von Myoblasten und Myelozyt gekennzeichnet ist, bei einem 16 Monate altem Kinde, das nach vi Wochen an Keuchhusten ad exitum kommt, geschildert. Knoche mark und Milzpunktat zeigen eine myeloische Metaplasie. Sekti wurde nicht vorgenommen. Histologische Untersuchung fehlte. D Differentialdiagnose gegen Jaksch-Hagen'scher Anämie und Per ziosa wird erörtert.

E u g e n S t r a n s k y, Wien.

Rivista di clinica pediatrica.

25., H. 9, September 1927.

* Diphtherieintoxikation und Muskelveränderungen. P. Poletti.
* Die Hypertermie bei Keuchhusten.
* Einfluß der ultravioletten Strahlen auf das außerhalb des Organismus bestrah Blutserum. S. Frontalis.
* Ueber einen Fall von Cutix laxa. M. Raspi.
* Ueber einzelne besondere Bedingungen der Strychnintoleranz im Kindesalt B. Trambusti.

Diphtherieintoxikation und Muskelveränderungen. An der Ha einer postdiphtherischen Lähmung wird erwiesen, daß auf star elektrische Ströme die betroffenen Muskeln wohl in einen Tetan verfallen, aber derselbe ist von wesentlich kürzerer Dauer, als d der normalen Muskeln. Die Reaktion erinnert an die myasthenisc Reaktion und ist bedingt durch schwere, histologisch nachweisbar degenerative Aenderungen der Muskel. Bei der histologischen Unte suchung der postdiphtherisch gelähmten Muskeln lassen sich zw Typen aufstellen; die erste ist die der spätdiphtherischen, na Wochen auftretenden, also echten postdiphtherischen, die zwei die der wenige Tage nach der Diphtherie auftretenden Lähmung (toxische Fälle). Von beiden Gruppen wurden je zwei Fälle hist logisch post mortem genau untersucht. Bei der zweiten Grup stehen die schweren degenerativen Veränderungen im Vordergrun und zwar trübe Schwellungen des Muskels — im Mikroskop e scheinen die Muskeln durch geronnenes Eiweiß wie mit feine Staub bedeckt — die Muskelfasern verlieren zum Teil die chara teristischen Streifen, an deren Stellen teilweise eine hyaline Su stanz zu sehen ist. An anderen Stellen wiederum innerhalb d Muskelfasern Fettkügelchen. Am stärksten ausgeprägt sind die Veränderungen an den Muskelendigungen vor den Sehnen. Bei d ersten Gruppe sieht man neben den geschilderten Prozessen, die kleinerem Maßstab vorhanden sind, auch reaktive Prozesse, w verdünnte Muskelfasern, deren Sarkolemna vermehrte Kerne a Zeichen erhöhter regenerativer Tätigkeit aufweist.

Die Hypertermie bei Keuchhusten. Nach Keuchhusten geht die Körpertemperatur infolge der Muskelarbeit infolge des Hustenanfalles sofort in die Höhe (½ bis 1°) oder etwas darüber. Wenn nicht rasch neue Anfälle kommen, sinkt die Temperatur teils sofort, teils allmählich auf normale Werte. Auch bei fieberhaften Komplikationen bedingt der Anfall weitere Temperaturerhöhungen.

Einfluß der ultravioletten Strahlen auf das außerhalb des Organismus bestrahlte Blutserum. Durch Höhensonnenbestrahlung von 5 bis 60 Minuten Dauer gelingt es sowohl im Serum rachitischer Kinder, das an anorganischem Phosphor arme, wie auch teilweise in Normalserum, eine Vermehrung des anorganischen Phosphors und damit gleichzeitig eine Verminderung der Wasserstoffionen zu erzielen. (Die Differenzen liegen allerdings entweder innerhalb, oder nur teilweise knapp oberhalb der durch die Methodik bedingten Fehlergrenzen. Der Ref.)

Ueber einen Fall von „Cutis laxa". Beschreibung eines Falles im Alter von 14 Monaten. Bei dem Mädchen fiel schon bei der Geburt eine eigentümliche ödematöse Durchtränkung der Haut auf; es blieb später in geistiger Entwicklung zurück. Die Haut bei dem Kind bildet zahlreiche Falten, da sie ihre Elastizität verloren hat. Wenn man die Haut in Falten zieht, bleiben dieselben bestehen wie an den der Arbeit beigefügten Photographien ersichtlich ist. Die histologische Untersuchung ergibt eine Unterentwicklung des elastischen Gewebes der Haut, erweiterte subkutane Lymphräume und eine Atrophie des subkutanen Fettgewebes. Das Krankheitsbild wird mit einer endokrinen Störung wahrscheinlich Schilddrüsenstörung in Verbindung gebracht, über Schilddrüsentherapie allerdings nichts berichtet.

Ueber einzelne besondere Bedingungen der Strychnintoleranz im Kindesalter. Bei einem 25 Monate alten Kinde mit postdiphtherischer Lähmung wurde irrtümlich anstatt 1 mg Strychnin nitric. 4 mg injiziert. Diese Dosis bedingte nur leichte, vorübergehende, motorische Reizerscheinungen, wurde aber sonst gut vertragen. Infolgedessen dürften Kinder bedeutend höhere Strychnindosen vertragen, als man allgemein annimmt.

Eugen Stransky, Wien.

The Journal of the American Medical Association.

89., Nr. 14, 1. Oktober 1927.

Ulzeration der Harnblase als Späterscheinung der Radiumbehandlung des Uterus. Radiumapplikation im Uterus mit Dosen über 3500 mc-Stunden kann ausgedehnte Zerstörungen der Blasenschleimhaut zur Folge haben, die bisweilen so hochgradig sind, daß sie tödliche Blutungen verursachen. Zwischen Bestrahlung und Einsetzen von Blasensymptomen liegt wenigstens ein Zeitraum von einem Jahr. Da in diesen Fällen Alter, Anamnese, Symptomatologie und sogar Zystoskopie einen Verdacht auf Blasenkarzinom erwecken, so muß dem Beginn jeder Behandlung eine histologische Untersuchung vorausgehen. Die Ulzerationen entstehen infolge Endarteriitis obliterans. Da es sich um eine zentrale Nekrose infolge ungenügender Blutzufuhr handelt, so führen wahrscheinlich alle destruktiven Behandlungsmethoden, wie Fulguration, Kauterisation, Diathermie, weitere Bestrahlung zur Bildung einer Blasenscheidenfistel. Nach vielen Versuchen erwies sich als beste Behandlung eine alkalische Hyoscyamuslösung (Natr. citric. 20,0, Tct. hyoscyami 25,0, Aq. cinnam. ad 120,0, 1 Teelöffel in Wasser zwei Stunden nach jeder Mahlzeit) mit gleichzeitiger Instillation in die Blase von Chromquecksilber (3 mal wöchentlich 15 ccm einer ½%, allmählich bis zu 2% steigenden Lösung). Vollkommene Heilung erfordert mehrere Monate.

Anomalien des untern Teils der Wirbelsäule. Untersuchungen von 100 Röntgenogrammen der lumbosakralen Gegend und von 150 Kreuzbeinknochen und fünften Lendenwirbeln. In 33% der Röntgenbilder Veränderungen geringeren oder stärkeren Grades, die nicht häufiger bei Kranken aus den orthopädischen als aus den andern Abteilungen des Krankenhauses vorkamen. Die häufigste Anomalie (13%) war der sakralisierte Querfortsatz des fünften Lendenwirbels (entweder Verschmelzung oder Artikulation mit dem Kreuzbein, ein- oder beiderseitig). In einer Anzahl von Fällen lag der Querfortsatz sehr nahe an den Flügeln des Kreuzbeines, in einer Reihe von Röntgenbildern wurden Gleiten und Verlagerung der Gelenkfortsätze beobachtet. Die Knochen zeigen sehr große Verschiedenheiten der Gelenkfortsätze, die ein Gleiten leicht ermöglichen, eine häufige Ursache von Schmerzen. Aus dem Vergleich der Röntgenbilder mit Befunden an der Leiche geht hervor, daß die Anomalien in den Röntgenbildern stärker in Erscheinung treten, als es der Wirklichkeit entspricht. Zweifellos kommen die meist linksseitigen Anomalien des Querfortsatzes des 5. Lendenwirbels am häufigsten vor und sind am häufigsten eine Ursache für Kreuzschmerzen. Die Veränderungen der sogenannten normalen Wirbelsäule führen oft zu Schwierigkeiten in der Beurteilung von Unfallfolgen. Zur Vermeidung derselben sollten alle Arbeiter, deren Beschäftigung eine stärkere Ueberanstrengung der Wirbelsäule erfordert, vor der Anstellung röntgenographiert werden.

Bestrahlungstherapie bei malignen Erkrankungen der Schilddrüse. Von 10 355 Schilddrüsenkrankheiten waren 1,6% sicher maligner Natur. Von den 166 sicheren bösartigen Tumoren betrafen 65% Frauen (der jüngste Patient war 15, der älteste 83 Jahre alt). 1,5% der Kranken waren unter 30, 54% zwischen 50 bis 70 Jahre alt. In 78% der Fälle bestand Schilddrüsenvergrößerung seit mehr als zwei Jahren, die in 72% bei Frauen zuerst in der Pubertät oder Gravidität bemerkt war; bei Männern bestand die Vergrößerung erst seit wenigen Wochen, und das Wachstum war bei ihnen viel rascher. Bei den Kranken unter 30 Jahren wurde die Diagnose der Malignität nur in 3%, zwischen 30 bis 50 Jahren in 40%, über 50 Jahre in 80% gestellt. Der maligne Tumor ist meistens einseitig, unregelmäßig knotig, hart. Das wichtigste diagnostische Zeichen, die Fixation, fand sich nur in weniger als der Hälfte der Fälle. Hyperthyreoidismus kam in 22% der Fälle vor. Im Frühstadium bestand ein Erstickungsgefühl. Schmerzen traten erst ziemlich spät auf. Bisweilen Heiserkeit, Husten, Schluckbeschwerden. Kongestion der Hautvenen an Hals und Thorax ist ein Spätsymptom rasch wachsender Tumoren (Sarkome). Thyreoidektomie kam in 57% der Fälle zur Ausführung, und in 54% derselben wurde die Diagnose der Malignität erst vom pathologischen Anatomen gestellt. Die besten chirurgischen Resultate gaben die undiagnostizierten Fälle. Von den als bösartig diagnostizierten waren nur 31% operabel. Damit die Operation erfolgreich ist, muß der Tumor eingekapselt sein oder wenigstens innerhalb der Drüsenkapsel liegen. Metastasen der Lungen oder der mediastinalen Lymphdrüsen kamen in 6% der Fälle, auch bei sehr kleinen, primären Tumoren vor. In keinem andern Organ entstehen maligne, epitheliale Tumoren so direkt aus einem zuvor bestehenden gutartigen Tumor, führen so häufig zu Metastasen und ähneln in ihrer histologischen Erscheinung so sehr dem gutartigen Muttergewebe. Unter malignen Adenomen versteht man Karzinomformen, die in 90% der Fälle aus einem Adenom entstehen, meistens besteht der Tumor aus vielen Arten von Neubildungszellen, die bisweilen einem unbestimmbaren Typus angehören. Viel seltener sind Skirrhusformen, papilläre Karzinome, Sarkome, Lymphosarkome und Karzinom-Sarkome. Von allen 166 behandelten und unbehandelten Kranken lebten 47 (28,3%) länger als 1 Jahr, 24 (14,4% länger als 3 Jahre, seit sie zur Beobachtung kamen. Unter den 125 Behandelten lebten 37,6% länger als ein Jahr, 18,8% länger als 3, 12,8% fünf Jahre und mehr nach Behandlungsbeginn. Die besten Resultate wurden durch Bestrahlungstherapie im Anschluß an Operation erzielt, da in dieser Gruppe 22,6% über 5, 36,6% über 3 Jahre leben. Bei methodisch durchgeführter Kombination von Operation und Bestrahlung wird zweifellos die Bestrahlung in manchen Fällen erfolgen, die auch durch Operation allein heilbar sein würden. Trotzdem hält Verfasser nach seinen Erfahrungen diese Kombination in allen Fällen für indiziert. Anscheinend sind die Zellen vieler Tumoren wegen ihres foetalen oder embryonalen Ursprungs und auch die kleinen Blut- und Lymphgefäße sehr strahlenempfindlich.

Ein Studium von 200 Fällen chronischen Hustens. Frühere Untersuchungen an 100 Kranken hatten das Resultat, daß Sputum bei negativem Tuberkelbazillenbefund niemals positive Krankheitsherde bei Meerschweinchen erzeugte, selbst wenn physikalische und Röntgenuntersuchung fibröse Lungenpartien oder tracheobronchiale Veränderungen zeigten. Sie fanden damals 34% Kranke mit akuter Bronchitis und Asthma, meistens nach vorangegangener Influenza und 32% mit peribronchialer und Hilusverdickung, ver-

größerten Bronchialdrüsen an der Lungenwurzel und fibrösen Lungenherden. Sie setzten ihre Untersuchungen an einer Gruppe von 200 mehr oder weniger tuberkuloseverdächtigen Kranken mit etwa dem gleichen Resultat fort. Sie hatten dieses Mal 37% von Kranken der ersten Gruppe, meist im Anschluß an Influenza und fanden bei ihnen als vorherrschende Keime M. catarrhalis, nichthämolytische und hämolytische Alpha- und Beta-Streptokokken, Str. viridans und sekundäre Keime, wie grampositive Diplokokken und Staphylokokken. Etwa 10% dieser Kranken blieben nach Behandlung mit einer autogenen Vakzine seit 2 Jahren symptomenlos. Die 38% der zweiten Gruppe ließen sich diagnostisch nicht sicher unterbringen; es ist anzunehmen, daß sie in Zukunft entweder als tuberkulös oder als bronchiektatisch erklärt werden müssen. Sorgfältige physikalische, Sputum- und Röntgenuntersuchungen sind bei allen Kranken, die länger als 6 Wochen husten, dringendes Erfordernis. Beginnende Bronchitiden müssen ebenso ernst genommen werden, wie beginnende Tuberkulose. Intrabronchiale Jodölinjektionen und diagnostischer Pneumothorax mit folgenden Röntgenogrammen sind zur Differentialdiagnose der verschiedenen, nichttuberkulösen Erkrankungen unschätzbare Methoden.

Primäres Karzinom der Bronchien. Die neueren Statistiken ergeben, daß Lungenkarzinom an Häufigkeit zunimmt. Die meisten Lungenkarzinome nehmen ihren Ursprung von den Bronchien. Verfasser konnten 218 Fälle von primärem Bronchialkarzinom aus der Literatur sammeln und sie verfügen über 14 eigene klinisch und histologisch genau untersuchte Fälle. Diese Bronchialtumoren sind anscheinend relativ wenig bösartig, und die Annahme ist daher berechtigt, daß eine Frühdiagnose zu einer wesentlichen Verlängerung des Lebens und in einigen Fällen zur Heilung führen kann. Bronchoskopische Entfernung wird nur selten möglich sein, aber eine intensive Röntgenbestrahlung kann großen Nutzen bringen, und durch weitere Fortschritte in der Lungenchirurgie wird eine Heilung durch Lobektomie häufiger möglich werden. Der springende Punkt ist die Frühdiagnose, die in den meisten Fällen möglich ist, wenn man sich bei Kranken mit unklaren Lungen- und Bronchialsymptomen mehr der bronchoskopischen Untersuchung bedienen würde. Die Frühsymptome weisen gewöhnlich auf eine bronchiale Reizung, und die frühesten Zeichen sind solche einer Verlegung der Bronchien.

Tarso-metatarsale Luxation. Eine eigenartige Form dieser Luxation bei einem 11 jährigen vom Automobil überfahrenen Kinde führt Verf. in Röntgenbildern vor. Die Haut war intakt. Die ersten 4 Metatarsi waren, ohne irgendwelche Verlagerung nach oben oder unten, nach außen disloziert, das erste Kuneiforme nach innen rotiert und an der Innenseite des Fußes stark hervorspringend. Unblutige Reposition führte zu gutem, funktionellem Resultat.

Rontal.

The biochemical Journal.

Vol. XXI, April 1927.

Der Einfluß der Alkalose auf die Chlorausscheidung und den Kohlehydratstoffwechsel. Die maximale Bikarbonatkonzentration im Urin bei höchster oraler Zufuhr beträgt nur etwa 3,2%. Der Anstieg des Bikarbonats im Urin geht immer parallel mit einem Sinken der Chlorausscheidung ohne gleichzeitige Aenderung der Blutchloride. Die Chlorausscheidung durch den Magen bleibt unbeeinflußt durch die Alkalose. Bei Alkalose findet sich eine herabgesetzte Kohlehydrattoleranz, mitunter eine Ketose. Die Hungerketose wird durch Alkalose verstärkt, die ketolytische Wirkung des Zuckers durch Alkali herabgesetzt. Insulinwirkung wird durch peroral gegebenes Alkali vermindert, ebenso die Glykogenablagerung in Leber und Muskel.

Fritz Müller (Neukölln).

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy.

Vol. 18, 2. Heft.

Einige Wirkungen der Röntgenbestrahlungen des Herzens bei der rheumatischen Karditis. Ueberlegungen führten dazu 20 an Carditis rheumatica Erkrankte mit einer für das Herz homogenen Röntgendosis (hochwertiger Art) von $^{1}/_{10}$ HED wiederholt zu bestrahlen. 14 mal wurden Veränderungen des Elektrokardiogramms danach beobachtet, aber keine der Größe des Herzens. 17 Kranke wurden definitiv gebessert, bei 2 Fällen von Streptococcus viridans ließ sich keinerlei Veränderung des Elektrokardiogramms erzielen noch ließ sich das fatale Ende vermeiden.

II. Histologische Veränderungen am Sino-aurikularknoten und dem angrenzenden Gewebe beim Hund nach Radiumemanationanwendung. Radiumemanation in Glastuben wurde steril Hunden in den Sino-aurikularknoten appliziert. Die Dosen betrugen 0,6 bis 5,0 Millicurie, die Verweildauer 8 Stunden bis 8 Monate. Die Gewebe wurden in Paraffin gebettet und Serienschnitte von 10 Mikra angefertigt. Van Gieson und Hämatoxylinfärbung bzw. Eosin-Hämatoxylin. Es zeigte sich der Sino-aurikularknoten gegen Radiumemanation empfindlicher als das umgebende Gewebe, man kann annehmen, daß er primitiver ist. Die Wirkung sehr kleiner Dosen oder die Frühwirkung größerer ist zunächst ein Blutandrang und später Gefäßruptur mit Blutaustritt. Obliteration der größeren Gefäße an der Cava-aurikularverbindung war unter den Bedingungen des Experiments nicht regelmäßig. Die Elastica der größeren Arterien der Cava-aurikulargegend zeigte große Widerstandskraft gegen Radiumemanation. Die anatomische Lage des Sino-aurikularknotens ist genauer beschrieben, als befände er sich in enger Verbindung zur Cava-aurikularvereinigung, das Muskelbündel und die ernährenden Gefäße — die Crista terminalis — lagen praktisch der oberen Hohlvene an, gerade unter dem Epikard. Der Sino-aurikularknoten läuft kopfwärts spitz in ein sehr schmales Bündel aus; ein keulenförmiger Knoten wurde nirgends beobachtet. Infolge der Bestrahlung des

-no-aurikularknotens und des umgebenden Gewebes kommt es ßer zu Zirkulationsstörungen zu Zellschrumpfungen, fettiger Degeneration, Kernschrumpfungen, Verlust des Chromatins und aryorrhexis, gefolgt von Nekrose, Bindegewebsersatz und Verlkung. Die primären Folgen der Bestrahlung zeigen sich an Zellen id Kernen, sie sind keine sekundäre Folge von Zirkulationsörungen.

Röntgendiagnose und Therapie der Thymus beim Kinde. Thymus-pertrophie und Status thymicolymphatikus sind häufiger als verutet wird. Klinisch kann die pathologische Thymus den Thymustod, s Asthma thymicum infolge Vergrößerung der Drüse verursachen, ihrend der Status thymicolymphaticus mit Vergrößerung der ngenfollikel, Hyperplasie des Rachenrings, lymphoiden Wucherngen in der Nase, Vergrößerung der Drüsen des Nackens, der cilla und der Leistengegend, Hyperplasie der Peyerschen Plaques, s roten Knochenmarks sowie vergrößerter Milz neben der veröẞerten Thymus einhergeht. Ein häufiger Befund ist Enge der orta und des gesamten Arteriensystems sowie Hypoplasie des erzens, obgleich es hypertrophisch sein kann. Kinder von Müttern vischen 15 und 20 Jahren besitzen in 33% eine vergrößerte Thymus, aren die Mütter zwischen 20 und 25 Jahre in 44%, waren sie 25 s 30 Jahre in 52%, zwischen 30 und 35 Jahre in 55%, zwischen 35 d 42 Jahre brachten die Mütter 100% Kinder mit vergrößerter iymus zur Welt. Neben dem Stridor thymicus ist ein anderes ichtiges Zeichen: das Anhalten des Atems. Bei diesem Typ von ndern handelt es sich um unterernährte, schwache und blasse, stöse Kinder mit Schnuffelnase und Erkältungsneigung. Der andere yp ist das große, übergewichtige Kind, zurückgeblieben im Gehen d Stehen, mit verspäteter Zahnung. Dieser Typ, den der Laie als rachtexemplar ansieht, stirbt leicht an trivialen Infektionen oder i einer Allgemeinnarkose. Diese Krankheit kann bis ins jugendliche ter hinein bestehen. Aufnahmetechnik: Die Wärterin drückt mit iden Daumen die Kassette gegen die Brust des Kindes, während e Finger die Schultern entgegendrücken. Es werden Aufnahmen i der Exspiration, d. h. während des Schreiens und bei der Inpiration, d. h. sobald das Kind einmal aufhört zu schreien, gemacht. e wechselnde Größe der Thymus wird durch den Zustrom von ut während des Schreiens, nach einer anderen, wahrscheinlicheren isicht durch das Hochsteigen des Zwerchfells während der forerten Exspiration bedingt. In- und Exspiration bewirken eine Wanrung des Zwerchfells zwischen der 5. und der 8. Rippe. Nur in eser Weise lassen sich die Verhältnisse bei wiederholten Kontrolltersuchungen richtig beurteilen. Der Thymusschatten ist im egensatz zum Schatten tuberkulöser Drüsen im oberen Mediastinum nvex, auch ist der Thymusschatten weiter unten wie oben und ht in den Schatten der Herzbasis über, welches er beiderseits mmetrisch wie ein Hut bedeckt. So unterscheidet er sich auch m Thyreoideaschatten, der sich weiter oberhalb befindet. Der hatten tuberkulöser Mediastinaldrüsen ist meist dichter, liegt iher der Lungenwurzel, weil es sich um das Befallensein der iteren Lymphdrüsengruppe handelt. Auch bei negativem Röntgenfund kann die Unmöglichkeit zu schlucken, ohne den Kopf zu ben, für Thymusvergrößerung beweisend sein. Es wird am besten öntgenbehandlung — 1/10 HED in einer Sitzung — unter 3 mm Al-F. —5 mal in Intervallen von etwa einer Woche angewandt. Zu ıfang muß man besorgt sein, eine reaktive Schwellung der Thymus id dadurch eine Steigerung der Beschwerden zu vermeiden.

Röntgenographie der Wirbelsäule. Drei Fälle, welche beweisen, ıß nicht nur die anterior-posteriore Aufnahme der Wirbelsäule, ndern auch die laterale bei jedem derartigen Patienten nötig ist.

Die Diagnose des Pylorusulkus. Unterscheidung von Ulcus praeyloricum, U. pyloricum und U. pyloro-duodenale. U. praepyloricum: pastische Kontraktion am Antrum, an seiner kleinen Curvatur, rkulär oder der großen Curvatur; schließlich kann es an der großen ırvatur zu einer oder zwei konstanten Spasmen kommen, wobei e präpylorische Partie der kleinen Kurvatur im allgemeinen astisch-rigid erscheint. Ein zweiter Typ des präpylorischen Ulkus igt das Antrum mehr oder weniger flach abgedacht. Im extremsten rade ist die Differentialdiagnose zwischen chronischem Ulkus und arzinom recht schwer. Alle diese Erscheinungsformen können itürlich auch die Folge postulzeröser Prozesse (Narben und Infiltraonen) sein. U. pyloricum: Das Pylorusband ist verlängert und ıch links eingebogen. Seine Oeffnung kommt der kleinen Curvatur s Bulbus näher und näher, so daß der Bulbus unsymmetrisch wird. ıst immer kann man am Antrum eine seichtere oder tiefere vergernde spastische Einziehung an der kleinen Curvatur beobachten, elche das Antrum in 2 ungleiche Teile spaltet, wobei der Teil der oßen Curvatur nach links verzogen ist. Nicht selten findet man ı Pylorusband einen Bariumfleck nahe dem Bulbus oder in der itte des Pylorusbandes oder an seiner Basis; dieser Befund spricht r eine Nische. In vorgeschrittenen Fällen, wenn das Antrum meist vollständig kontrahiert oder irregulär deformiert ist, bestehen große Schwierigkeiten, das Ulcus chronicum von Karzinom zu unterscheiden. Sie sind auch bei der Konusform des Pylorus und der Verlängerung des Pylorusbandes in beiden Richtungen gegeben. U. pyloroduodenale: Es geht mit den geschilderten Erscheinungen am Pylorus in Verbindung mit den Veränderungen spastischer Art am Bulbus duodeni einher. Hier kann man sagen, je größer die Deformität, um so größer die duodenalen Veränderungen. Die indirekten Symptome des Ulkus sind im Vergleich zu den direkten uncharakteristisch. Die lokale Empfindlichkeit korrespondiert zuweilen mit der Lokalisation des Ulkus, zuweilen liegt sie im Epigastrium, häufig fehlt sie ganz. Der Sitz des Ulkus am Pylorus bedingt keineswegs Obstruktionserscheinungen in jedem Fall, lediglich bei Stenose organischer Natur, sonst ist die Motilität normal oder beschleunigt. Man ist oft über die rasche Entleerung — 1½ bis 2 Stunden — beim Ulcus cailosum erstaunt.

Röntgenstrahlen und das automatische Nervensystem. Röntgenstrahlen haben eine depressive Wirkung auf das automatische Nervensystem, wenn es zur Zeit der Behandlung übererregt war. Die Funktion der Zelle und das Wachstum werden wahrscheinlich aufs innigste von dem autonomen Nervensystem kontrolliert. Die Fernwirkung der Röntgenstrahlen läßt sich am besten durch ihre Beeinflussung des autonomen Nervensystems erklären, wodurch der Stoffwechsel der Zelle wieder zur Norm gebracht wird. Die sogenannte Stimulierung durch Röntgenstrahlen ist ein depressiver Effekt. Die lähmende Wirkung der Radium- und Röntgenstrahlen auf das autonome System beraubt die wildwachsenden Krebszellen ihres Regulators, wenn die Wirkung zu stark war. Die ideale Behandlung des Krebses muß zum Ziele haben, das Gleichgewicht der Funktion zwischen Sympathikus und Parasympathikus herzustellen.

Messung der Streustrahlen in Röntgenkliniken. Vor dem Röntgenschirm erhielt der Untersucher zwischen 10,2 bis 10,3% von 1000 R/Stunde, der übrige Körper 2 × 10,3 % von 1000 R/Stunde bis zu einer unmeßbaren Dosis herab (kleiner wie 10.4 % Stunde, 550 R entspricht 1 HED). Die größte Intensität, welche bei den untersuchten Röntgenologen als absorbiert errechnet wurde, war innerhalb eines Jahres 2,4% von 1000 R/Stunden, die geringste 0.5%. Entsprechend diesen geringen Werten waren keinerlei Blutveränderungen zu konstatieren.

Messung der Streustrahlen in den Röntgenkliniken der Stadt New York. Auch diese Messungen ergaben wesentlich die gleichen Resultate.

Ursachen der Zerstörung des Cholesterols in vitro durch Röntgenstrahlen. Die Zerstörung des Cholesterols durch Röntgenstrahlen erfolgt lediglich in Chloroform und Karbontetrachloridlösungen. Es liegt eine indirekte Wirkung vor, beruhend auf der Bildung oxydierender Substanzen, wahrscheinlich Oxysäuren des Chlors. Die Reaktion ist wegen der Unmöglichkeit der Ausschaltung des Härtefaktors zur Messung von Röntgenintensitäten nicht brauchbar.

Vol. 18, Heft 3.

Knochenmetastasen bei Thyreoideatumoren: Frühdiagnose und Radiotherapie. Knochenmetastasen kommen häufig nicht nur beim Karzinom und Sarkom, sondern auch beim einfachen Adenom der Thyreoidea vor, wobei sie sich nicht etwa auf die Endstadien beschränken, vielmehr auch in den Frühstadien zu einer Zeit guten Allgemeinzustandes des Patienten, frei von Kachexie und Blutveränderungen, auftreten. Große Knochentumormetastasen kommen vereinzelt oder multipel vor auch bei kleinen Thyreoideaadenomen, welche sich selbst im Stadium der Ruhe oder gar des Rückgangs befinden können. Das Ausgangsadenom der Thyreoidea braucht sich weder klinisch noch anatomisch oder histologisch zu verraten. Es kann die Benignität eines kolloidalen Kropfes vortäuschen. Die Metastasen der Thyreoideakarzinome, -Sarkome und -Adenome machen im Skelett Zellnekrose, Knochenerosion und Knochenzerstörung mit entzündlichen Reaktionen, die von allen Arten von Fieber begleitet sein können. Ist die Knochenschale erodiert und

perforiert, so macht die Thyreoideametastase für gewöhnlich Fluktuation und Pulsation. Die Größe der Thyreoideaknochenmetastase kann mit der Periode wechseln. Es kann bei allen Knochenmetastasen der Thyreoidea zu Remissionen kommen, selbst pathologisch durch sie erzeugte Frakturen können spontan heilen. Die Radiosensibilität und die Vielzahl der Metastasen macht die Radium- und Röntgenbehandlung in Zukunft zur Methode der Wahl.

Endotheliales Myelom (Ewings Tumor). Es handelt sich um eine neue klinische und pathologische Einheit, scharf unterschieden vom Angioendotheliom und dem osteogenen Sarkom. Gleichwohl ist die Diagnose nicht leicht; es gibt kein charakteristisches Zeichen. Probeexzisionen sollen unterbleiben wegen der Förderung der Metastasierungsmöglichkeit. Der Tumor reagiert so gut auf Radium- und Röntgenbehandlung, daß dieses Verhalten für ihn bezeichnend ist.

Röntgenologische Erscheinungen der Primärtumoren der Lunge. Definitive Kriteria einer Röntgendiagnose der Primärtumoren in der Lunge gibt es nicht. Einer der eindrucksvollsten Befunde ist der seltene eines dichten Hilusschattens mit Knoten und Ausstrahlungen in das Lungenfeld. Typisch ist als Lungentumor das Karzinom des rechten Bronchus bei einem Manne von 50 Jahren. Die von dem Hilusschatten ausgehenden radiären Ausstrahlungen in ein kleines immobiles Lungenfeld können verdunkelt sein durch die Schatten pneumonischer oder anderer Komplikationen.

Die Wichtigkeit des Beckenröntgenogramms bei der Behandlung des Mammakrebses. Bei keinem Patienten soll eine Mammaentfernung wegen Karzinom vorgenommen werden, ehe nicht wegen des evl. Vorhandenseins von Metastasen im Brustraum und vor allem im knöchernen Becken Röntgenogramme gemacht wurden. Sie kontraindizieren die Operation.

Der relative Wert der Cholezystographie und gastrointestinaler Serien bei der Diagnose der Cholezystitis. Gallenblasenerkrankung wird angezeigt: 1. Durch das Vorhandensein eines Gallenblasenschattens noch vor Verabreichung der Kontrastfarbe, 2. wenn eine Stunde nach der intravenösen Einspritzung der Farbe kein Gallenblasenschatten zu erkennen ist, 3. wenn er nach 2 Stunden nicht intensiver wird, 4. wenn die Verdichtung des Schattens nach 4 Stunden noch fehlt, 5. wenn Schattenveränderungen auch nach Einnahme stimulierender Fettmahlzeiten innerhalb einer halben Stunde ausbleiben, 6. wenn der Gallenblasenschatten nicht homogen ist, vielmehr 7. irregulär oder gedreht. Die Gallenblase ist krank, wenn sich bei der Untersuchung mit Kontrastmahlzeit bereits die Gallenblasenkonturen oder die Schatten von Steinen darstellen, wenn ösophageale Regurgitation auftritt, wenn Antrumspasmus besteht, wenn Druckdefekte am Magen, Duodenum oder dem Kolon zu sehen sind, wenn es zur Verlagerung des Duodenumbulbus gekommen ist, oder wenn er fixiert erscheint, wenn Winkelbildung am Duodenum besteht und wenn Ileumstase im 6 Stundenfilm in Erscheinung tritt. Zur Darstellung dieser Sekundärzeichen wird folgende Technik angewandt: 750 ccm Malz-Mlichbariummischung werden sogleich in ihrem Verlauf kontrolliert, ferner 6 Stunden und 24 Stunden später. Man muß immer daran denken, daß es sich bei den Patienten um Gallenblasenkranke handeln kann. Die Technik zur Cholezystographie ist verschieden von der allgemein üblichen. Nachmittags erhalten die Patienten 2 Unzen (etwa 55 g) Rizinusöl. Das Abendessen wird nicht beschränkt, er kommt nüchtern zur Untersuchung; 8 Uhr früh. Es wird eine gewöhnliche Gallenblasenuntersuchung gemacht, dann werden $^{5}/_{100}$ g pro Kilo Körpergewicht — jedoch nie mehr wie 4 g Tetrajodphenolphthaleinnatrium intravenös injiziert. Die orale Anwendung des Mittels ist zu großen Zufälligkeiten während der Darmpassage ausgesetzt. Der Farbstoff wird in 40 ccm dreifach destillierten Wassers gelöst, im Wasserbad 20 Minuten gekocht, abgekühlt und sogleich injiziert. Nach 1, 2 und 4 Stunden werden Aufnahmen gemacht. Ist nach 4 Stunden ein Gallenblasenschatten vorhanden, so erhält der Patient ein Glas Rahm. Unter Verwendung der Buckyblende wird ½ Stunde später eine Aufnahme zur Prüfung der physiologischen Gallenblasenfunktion gemacht. Es zeigte sich, daß normale Patienten einen scharfen Gallenblasenumriß bereits nach einer Stunde erkennen ließen. Die Konzentrationskraft der Gallenblase erweist sich innerhalb der ersten 4, häufiger 8—12 Stunden erschöpft. Die Reaktion auf die Injektion der Kontrastfarbe kann sehr unangenehm sein, wenn sie meist auch vorübergeht. Das neue Isosalz scheint gut verträglich, doch sind seine Kosten zur Zeit zwölfmal höher. Irrtumsquellen der Deutung sind andere Erkrankungen des hepathobiliären Systems einschließlich Hepatitis, Cholangitis und Zirrhose. Weder gastrointestinale noch Gallenblasenuntersuchung vermag Eindeutigkeit herbeizuführen, da gewisse anormale physiologische und anatomische Manifestationen augenscheinlich den Krankheiten dieses Systems gemeinsam sind. Irrtümliche Diagnosen bei gastrointestinaler Beobachtung wurden bei tuberkulöser Lymphadenitis der Mesenterialdrüsen, Duodenalulkus, Karzinom des Pankreas und Pankreatitis gemacht. Die Cholezystographie unterstützt die älteren Methoden der sekundären Krankheitszeichen durch intestinale Untersuchung, aber sie vermag sie nicht zu ersetzen.

J. Kottmaier, Mainz.

The Journal of General Physiology.

Vol. XI, 1. 20. September 1927.

Fritz Müller (Neukölln).

The Journal of experimental medicine.

46., Heft 4, 1. Oktober 1927.

Fritz Müller (Neukölln).

The Tokohu Journal of experimental medicine.

9., 2. u. 3. Heft, 12. September 1927.

Ueber Präparate der Digitalisgruppe. Verschiedene Pharmaka der Digitalisgruppe, aus je 100 g der getrockneten Droge hergestellt, werden in ihrer Wirksamkeit miteinander verglichen. Die tödliche Dosis, auf 1 kg Gewicht der Katze berechnet, von dem in 100 ccm Ringerlösung aufgenommenen Alkoholätherextrakt, beträgt für die Digitalisdrogen 0,265 ccm, für Strophantus 0,017 ccm, für Convallaria 0,062 ccm, für Scilla 0,152 ccm und für Adonis 0,175 ccm. Die lokal reizende Wirkung wird durch subkutane Injektion verglichen. Hier erweist sich Digitalis, Scilla und Adonis als etwa gleich stark, während Strophantus und Convallaria nur ⅓ der reizenden Wirkung besitzen. Die Wirkung auf das Brechzentrum wurde durch intravenöse Injektion bei der Katze durch die kleinste erbrechenbewirkende Dosis gemessen. Setzt man hier die Intensitätswirkung von Digitalis = 100, so ist die relative Intensität für Strophantus 76, für Adonis 71, Convallaria 52, Scilla 48. Die Resorptionsfähigkeit be-

bkutaner und oraler Darreichung, die Wirkung auf die Herztätig-
it und auf den Vagus in gleicher Weise in relativen Zahlen ver-
chen wird durch folgende Tabelle veranschaulicht:

	Resorption oral	Resorption subkutan	Wirkung auf Herztätigkeit	Wirkung auf Vagus
Digitalis	100	100	100	100
Strophantus	168	127	14	300
Adonis	125	106	14	150
Convallaria	57	110	20	250
Scilla	53	72	20	88

Blutdrucksenkende Substanz im menschlichen Harn. Wie aus n verschiedensten Organen kann man auch aus dem Harn des rmalen Menschen eine blutdrucksenkende Substanz isolieren, mittter soviel, daß der Extrakt von einer Tagesmenge ein Kaninchen hypoglykämischen Schock töten kann. Eine Isolierung dieser bstanz im Diabetikerharn ist unmöglich; jedoch, wenn er mit ichlich Insulin behandelt ist. Wo sonst diese blutdrucksenkende bstanz nicht nachzuweisen ist, besteht niedrige Toleranz für hlehydrate oder beginnender Diabetes.

Fritz Müller (Neukölln).

Buchbesprechungen.

Friedrich Pineles und Dr. Hans Spitzer: **Nerven-ankheiten und innere Sekretion.** (Sammlung zwangsloser Abhandngen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankiten.) Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1927. nd X., Heft 3, 60 S. geh. 2,30 M. — Das schon seines beachtenserten Literaturverzeichnisses wegen lesenswerte Heft versucht s Grenzgebiet der Psychiatrie und der inneren Sekretion ordnend beleuchten. Daß dies bei den noch manchmal nicht genügend klärten genetischen und topischen Zusammenhängen oft nur unter nem leichten der schwierigen Materie angetanen Zwang geschehen nn, darf nicht getadelt werden. Ohne den Verfassern in allen nzelheiten unbedingt folgen zu können, sei jedoch besonders bend hervorgehoben, daß die vorhandene Literatur vorsichtig itisch gewertet ist, und daß die Verfasser bei ihren eigenen hlüssen die gegebenen Tatsachen nie zugunsten einer zweifelften Hypothese vernachlässigen. Für das therapeutische Handeln aus der kleinen Schrift mehr zu lernen, als aus langatmigen, ysiologisch-chemischen Untersuchungen. Es wäre zu wünschen, ß in entsprechenden Fällen die diagnostischen Hilfsmittel für örungen der inneren Sekretion (Grundumsatzbestimmungen usw.) in r Praxis stets benutzt würden. Das Material für die besprochenen sammenhänge würde dann wahrscheinlich bedeutend reichlicher in. Als Anregung hierzu ist die vorliegende Schrift warm zu beüßen.

Arnold Hirsch, Berlin.

E. Grafe: **Innere Sekretion und Zirkulationsapparat.** (Sammng zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungsd Stoffwechselkrankheiten). X. Band, Heft 4. Carl Marhold, Halle S., 1927. 42 Seiten, geh. 1,75 M. — Nicht genug kann immer ieder darauf hingewiesen werden, welch unselige Irrtümer durch onosymptomatische Betrachtungsweise gerade auf dem Gebiete r Herz- und Gefäßerkrankungen entstehen können. Es ist deshalb ßerordentlich verdienstvoll, wie in der vorliegenden Schrift auf e Zusammenhänge zwischen der inneren Sekretion und dem Zirlationsapparat hingewiesen wird, besonders da der Individialitätsktor und die meist unkontrollierbaren Einflüsse des Nervensystems, s allerdings seinerseits wieder in so engen Beziehungen zur neren Sekretion steht, weitgehend berücksichtigt werden. Was er als gesetzmäßig faßbar und eindeutig übrig bleibt, ist von so her Bedeutung, daß die Lektüre der Schrift anregend und behrend ist. Auch diese Schrift mahnt zu systematischen Unterchungen und wird dem Praktiker manche Zusammenhänge erären, die es ihm ermöglichen, diagnostisch und therapeutisch erlgreicher vorzugehen, als es ohne Berücksichtigung der inneren kretion bei Herz- und Gefäßerkrankungen bislang möglich war. s ist allerdings sehr bedauerlich, daß der bedeutungsvollen Unterchungen Haberlandts über das Herzhormon keinerlei Erwähnung tan wird.

Arnold Hirsch, Berlin.

Otto Klieneberger: **Psyche und innere Sekretion.** (Sammng zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungsd Stoffwechselkrankheiten.) X. Band, Heft 5. Carl Marhold, Halle a. S., 1927, 76 Seiten, Preis. geh. 2,75 M. — Der Verfasser bekennt sich zu einem gesunden Dualismus, indem er gerade angesichts der Inkretion die psychophysischen Wechselwirkungen für bewiesen hält und interpretiert deshalb das bekannte „mens sana in corpore sano“ so, daß nicht nur in einem gesunden Körper eine gesunde Seele sein kann, sondern daß es wichtig ist, daß in einem gesunden Körper auch eine gesunde Seele ist. Die Wichtigkeit der inneren Sekretion für die psychische Entwicklung des Individuums und das psychische Geschehen wird meisterhaft geschildert, wobei der Verfasser sich von den bekannten Einseitigkeiten und Uebertreibungen mancher Autoren und besonders mancher Sexualforscher fernhält. Die geistig sehr hochstehende Schrift ist besonders für den Arzt lesenswert, der ein gewisses Maß philosophischer Betrachtungsweise auch rein körperlicher Vorgänge für unerläßlich hält, die Notwendigkeit einer solchen Denkweise wird überzeugend in der vorliegenden Arbeit dargetan.

Arnold Hirsch, Berlin.

H. Strauß: **Kohlehydrat-Stoffwechsel und innere Sekretion.** (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechsel-Krankheiten.) X. Band, Heft 8. Carl Marhold, Halle a. S., 1927, 78 Seiten, Preis geh.: 3,— M. — Der Verfasser hat es gegenüber denjenigen der drei vorerwähnten Schriften etwas leichter, da sein Thema scharf umrissen und mit den Mitteln exakter Untersuchungen anzufassen ist. Das Material ist sehr fleißig zusammengetragen und nicht zuletzt durch eigene Forschungen wertvoll ergänzt. Die souveräne Beherrschung des Stoffes ermöglicht es dem Verfasser, in dieser relativ kurzen Abhandlung ein vollkommenes und abgerundetes Bild der Wechselbeziehungen zwischen Kohlehydratstoffwechsel und innerer Sekretion zu entwerfen, das dem Praktiker bezüglich des Diabetes wertvolle Aufschlüsse gibt, und dem therapeutischen Handeln eine sichere Basis gesetzmäßiger Tatsachen an die Hand gibt. Die Schrift sei wärmstens empfohlen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Dr. C. J. Schurmann, Gouvernementsarzt in Niederländisch-Indien: **Der Bakteriophage, eine Ultramikrobe. Das D'Hérellesche Phänomen.** Uebersetzt von Dr. G. Fenner, Radeborg. 1927. Verlag Paul Rohrmoser, Bonn. — Seitdem D'Hérelle im Jahre 1917 entdeckte, daß eine durch Chamberlandkerze filtrierte Fäzes-Emulsion eines Bazillenruhrkranken imstande ist, die krankheitserregenden Mikroben aufzulösen, ist der Streit darüber noch nicht entschieden, ob das lytische Agens ein lebender Ultramikrobe ist oder nicht. Gerade in den Kreisen deutscher Wissenschaft wird die Ansicht D'Hérelles, daß der Bakteriophage ein Lebewesen darstelle, besonders bekämpft. Verf., der mit D'Herelle gemeinsam gearbeitet, sucht in diesem Buche die Ansicht seines Lehrers D'Hérelle, zum Teil durch Experimente, zu stützen. Verf. nimmt an, daß der Bakteriophage in der Vorbeugung und Therapie bakterieller Erkrankungen eine große Rolle zu spielen geeignet ist. Leider hat sich ja bisher diese Hoffnung noch nicht exakt bestätigt. Den 138 Seiten Text des Buches schließt sich ein Literaturverzeichnis von 35 Seiten resp. 622 Arbeiten an.

Dr. Fritz Müller, Neukölln.

Prof. Dr. Gotthold Herxheimer: **Krankheitslehre der Gegenwart.** Strömungen und Forschungen in der Pathologie seit 1914. XVII. Bd. der naturwissenschaftlichen Reihe der Wissenschaftlichen Forschungsberichte. Verlag von Theodor Steinkopf. Dresden und Leipzig 1927. XVI + 256 S. — Wissenschaftliche Forschungsberichte dieser Art, die den in einem bestimmten Zeitraum gewonnenen Zuwachs an positiven Kenntnissen und wertvollen Theorien zusammenfassend darstellen, sind bei der ungeheuren Anzahl von Zeitschriften, die heutzutage jeden Ueberblick unmöglich machen, ferudigst zu begrüßen. Auch das regelmäßige Durchlesen der Referatenblätter macht eine von berufener Feder einheitlich zusammengefaßte Uebersicht nicht überflüssig. Verf. hat es glänzend verstanden, auf so kurzem Raum alle wesentlichen Fragen der allgemeinen Pathologie, soweit sie in diesen Jahren seit 1914 bedeutsame Fortschritte gemacht, von hoher Warte zu beleuchten und in fesselnder Weise, wenn auch nicht ohne subjektive Färbung, die modernen Strömungen und Forschungsarbeiten einem weiteren Kreise darzustellen. Natürlich mußte sich Verf. bei einem Gebiete, in dem in dieser Zeitspanne weit über 10 000 Arbeiten erschienen sind, manche Beschränkung auferlegen. Bedauerlich bleibt es dabei allerdings, daß die ausländische Literatur etwas zu kurz gekommen, ja fast ganz unberücksicht geblieben ist. Ein besonders breiter Raum ist den Kapiteln „Entzündung“ und „Degenerationen“ gewidmet, während für das Kapitel „Geschwülste“ nur 8 Seiten ab-

fallen. Alles in allem bedeutet das leicht lesbare Buch für jeden wissenschaftlich interessierten Arzt eine wertvolle, ja notwendige Ergänzung seiner aus älteren Lehrbüchern gewonnenen pathologischen Kenntnisse und findet so seinen Platz in der Bibliothek gewissermaßen als Nachtrag zum veralteten Lehrbuch der Pathologie.

Fritz Müller, Neukölln.

P. Lazarus: **Handbuch der gesamten Strahlenheilkunde, Biologie, Pathologie und Therapie.** — 2 Bände. 1. Bd., 1. Lieferung. 16,50 RM. Verlag Bergmann, München. — Die Strahlenwissenschaft mußte sich fortschreitend weitgehend zersplittern; das Studium des Stoffes an seinen Quellen ist dem einzelnen Strahlentherapeuten nicht mehr restlos möglich und wäre es nur wegen der Verschiedenheit der Sprache. Allein die praktische Strahlentherapie des Arztes kann einzig auf wissenschaftlicher Grundlage beruhen. Ohne gleichmäßig-modernes biologisches, physikalisches und klinisches Verstehen würde sie sich kaum wesentlich von der Praxis des Kurpfuschers unterscheiden, der gewissenlos genug, seinen Anhängern nur zu häufig Schaden bereitet, auch wenn sich die Folgen nicht immer sogleich bemerkbar machen. In diesem Sinne bedeutet das Programm dieses grundlegenden Werkes beruhigende Gewißheit für den Strahlentherapeuten in seiner Praxis und zugleich Befreiung von der drückenden Fülle des Wissens, indem ihm hier das Wissensnotwendige von Meistern der Strahlenforschung aller Länder unter Führung von Lazarus in Aussicht gestellt wird. Die knappe und dabei verständliche Form der in der ersten Lieferung abgehandelten Kapitel läßt uns verheißungsvoll dem baldigen Erscheinen der folgenden 9 Lieferungen entgegensehen. Besprochen sind bis jetzt: Neue Wege, Wesen und Indikationen der Strahlenheilkunde von Lazarus. Es ist ein Genuß, den Ausführungen des Autors auf 94 Seiten zu folgen. Ueberall spürt man den erfahrenen Arzt. Daß er, der gerade neue Wege auf diesem Gebiete beschritten hat, hier zu uns redet, macht dieses Kapitel in seiner Klarheit besonders wertvoll. Der Einheitsgedanke der Energie in allen ihren Formen und allen ihren Umwandlungsmöglichkeiten, welche dem ganzen Werke programmgemäß zugrunde gelegt ist, kommt auch in der praktischen Abwandlung stark zum Ausdruck. A. Sommerfeld gelingt es, auf 14 Seiten uns die physikalischen Grundlagen der Strahlenbiologie und Therapie zu vermitteln — ein vortrefflicher Abriß des modernen physikalisch-chemischen Denkens. 26 Seiten sind von Dorno der Physikalischen Grundlage der Sonnen- und Lichttherapie gewidmet. Er bringt eine Analyse der Sonnenstrahlen, der Flammen und Glühlampen, der Lichtquellen mit diskontinuierlichem Spektrum, der Quarzlampe, der Lampen mit gemischtem Spektrum. Es folgt die Umwandlung der Strahlenenergie und schließlich die Besprechung der Diathermie, der Punktwärmetheorie und der photochemischen Wirkungen. Es ist unmöglich, an dieser Stelle mehr wie eine Aufzählung zu bieten.

Wer den Menschen „als Wanderer zwischen strahlenden Welten" verstehen will — und welcher Arzt wollte dies nicht —, der greife zu diesem Werk! Gerade auch den älteren Kollegen, die nicht in den modernen Anschauungen geschult wurden, kann es ein trefflicher Lehrer sein.

J. Kottmaier, Mainz.

Walter Guttmann: **Medizinische Terminologie.** 21. u. 22. Auflage mit 581 Abbildungen. Urban u. Schwarzenberg. Berlin-Wien. 20,— M. — Seit vielen Jahren benutze ich das Werk, dessen Aufgabe es ist, in Lexikon-Form die gebräuchlichsten Fachausdrücke der gesamten Medizin und ihrer Hilfswissenschaften begrifflich und etymologisch zu erklären, habe verfolgt, wie die neuen Auflagen sich jeweils den Fortschritten der Wissenschaft anzupassen bestreben, und kann auf Grund dieser Erfahrung das Werk jedem Interssenten angelegentlichst empfehlen.

Keller.

Dr. Walter Tuchel: **Zur Philosophie des Stummen.** 1927. Selbstverlag. — Eine philosophische Studie über die Erhaltung der reinen Bewußtseinsformen und über die psychologischen Ablauffunktionen.

P. Heyman, Berlin.

Dr. W. Cimbal, Altona: **Die Neurosen des Kindesalters.** Urban u. Schwarzenberg, 1927. — Der Zweck dieses Buches ist folgender: es soll verständlich gemacht werden, in welchen Situationen, aus welchen neurotischen Bereitschaften und Konflikten heraus das Kind versagt, und wie dieses Versagen verhindert, oder die Gesundung herbeigeführt werden kann. In der Syndromle[hre] werden die einzelnen neurotischen Erscheinungsbilder zusamm[en]gestellt in einer nicht immer übersichtlichen Aneinanderreihung[;] der Strukturanalyse wird versucht, die Entstehungsbeding[ungen] dieser Erscheinungen aufzudecken. Die Eigenart der Kind[er]neurosen besteht darin, daß überwiegend die mangelnde ge[...] Verarbeitung disharmonischer Keimlinien und endokriner Vorgä[nge] ihr eigentümliches Kennzeichen ist. Hieraus ergibt sich eine Mann[ig]faltigkeit der Erscheinungsbilder, die sich schwer in einheitli[che] Typen und Krankheitsgruppen einfügen läßt. Dementsprechend [...] in den einzelnen Kapiteln eine fast verwirrende Fülle von Krankhe[its]bildern beschrieben. Verf. unterscheidet einfache Neurosen (Stott[ern,] Tics, Nabelkolik, Bettnässen usw.), kombinierte neurotis[che] Symptomkomplexe (neurasthenischer, thymogener, hysterisch[er,] epileptischer Formenkreis), Sozialneurosen (neurotische Schw[er]erziehbarkeit, Verwahrlosung — diese Unterscheidung ist wichtig[,] Lernschwäche). Als Strukturgrundlage der Nervosität werden [an]genommen psychogene, endogen konstitutionelle, endokrine [...] exogen durch Krankheit oder äußere Schädigungen erworbene. [Es] ist ein besonderes Verdienst des Buches, daß es den Ursachen [des] neurotischen Verhaltens sehr eingehend nachgeht und daß es da[bei] die im praktischen Leben und besonders in der Schule gegeben[en] Verhältnisse besonders würdigt. Es wird nachdrücklich betont, [daß] für den Lehrer der Minderwertigkeitsbegriff eines Kindes v[er]schwinden, daß die Einstellung des Erziehers und Fürsorgers solch[en] Kindern gegenüber eine verstehende, nicht eine moralisieren[de] werden muß. Ebenso wird sehr eingehend dargelegt, welche F[ak]toren bei der Lernschwäche mitwirken können; der Hinweis, [daß] manchem gehemmten Kind mit einer kurzen Zeit Einzelunterri[cht] besser und durchgreifender geholfen ist als mit einer Umschulung [in] die Hilfsschule, in die es nicht hineinpaßt, ist wichtig. Verf. geiß[elt] die Tendenz des Abschiebens schwieriger Kinder, die für Eltern u[nd] Lehrerschaft so bequem ist. Sehr berechtigt ist die Warnung v[or] kritikloser Ueberweisung in Fürsorgeerziehung, obgleich Verf. [in] seiner sehr herben Kritik an den Fürsorgeanstalten den moderr[nen] Bestrebungen auch in diesem Erziehungszweige nicht gerecht wi[rd.] Beachtenswert sind weiterhin die Ausführungen über die Verwa[hr]losung. In therapeutischer Beziehung legt Verf. großen Wert auf ei[ne] medikamentöse Therapie mit stärkenden Mitteln wie Phosph[or]präparaten, Promonta, Lebertran usw., außerdem verwendet er vi[el]fach die Hormontherapie. Bei der Behandlung erbsyphilitisch[er] Kinder zieht er die Hg-Jodbehandlung dem Sa-Wismut vor. Für [die] Einweisung in heilpädagogische Heime verlangt er strenge Indikati[on] und fordert für solche Heime eine ärztlich geleitete Beobachtun[gs]station und das pädagogisch geleitete Erziehungsheim. In dies[en] Heimen soll auch von den analytischen Methoden nach Freud-Ad[ler] Gebrauch gemacht werden. Leichtere Fälle sollen im Familienpfle[ge] gegeben werden. Dem Buch ist ein genaues Untersuchungsche[ma] und eine kleine Rezeptsammlung beigegeben worden.

P. Heyman, Berlin.

Heinz Fendel: **Die vegetative Neurose als kausaler Fak[tor] in der Genese körperlicher und seelischer Erkrankungen.** Verlag [de]r Hauserpresse Werner und Winter, Frankfurt a. M. 108 S. — Un[ter] vegetative Neurose werden Tonusanomalien im Bereich der ve[ge]tativen Nerven verstanden, die in Form von funktionellen Störung[en] an den von diesen Nerven versorgten Erfolgsorganen in Erscheinu[ng] treten.

Die vegetative Neurose ist trotz ihrer von Fall zu F[all] wechselnden Sympathologie ein einheitlicher Krankheitszustand. [Die] Vagtonie, die Sympathikektomie, der Hyperthyreoidismus und [das] große Heer der Organneurosen sind nur besonders geart[ete] Symptome oder Symptomenkomplexe derselben. Die vegetative Ne[u]rose spielt eine wichtige Rolle bei der Verursachung organisch[er] Krankheitsprozesse. Viele pathogene Einflüsse nehmen ebenso w[ie] viele therapeutische — ihren Weg über das vegetative Nervensyst[em] und werden durch Tonusanomalien desselben weitgehend modifizie[rt.] Die Symptome einer organischen Krankheit werden nicht durch [die] anatomischen Veränderungen hervorgerufen, sondern sind se[lb]ständige Produkte der vegetativen Neurose. Die vegetative Neuro[se] ist ferner an der Entstehung psychoneurotischer Zustände (Psyc[h]asthenie, Hysterie, Angst- und Zwangsneurose) ursächlich beteili[gt;] sie vermittelt die kausalen Beziehungen zwischen seelischen u[nd] körperlichen Leiden. — Dies sind die Ergebnisse, zu denen Verfass[er] in seiner Arbeit, in welcher er die Symptomatologie und Charakt[e]ristik der vegetativen Neurose, ihre kausalen Beziehungen zu [or]ganischen und psychischen Störungen beleuchtet, kommt. Er ford[ert] auf, zu lernen, die verschiedenen Krankheitserscheinungen in de[m] großen Zusammenhang, wie ihn die vegetative Neurose herstellt, [zu] sehen und zu beurteilen.

Kurt Mendel, Berlin.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

'erlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Bergmann 2732 und 2854

UMMER 49 | BERLIN, DEN 9. DEZEMBER 1927 | 45. JAHRGANG

Originalien.

Aus der Univ.-Kinderklinik zu Königsberg i. Pr.
Direktor: Prof. Dr. Stoeltzner.

ʒedeutung und Wege der Rachitisprophylaxe*).

Von

Priv. Doz. Dr. med. C. FALKENHEIM.

Meine Damen und Herren!

Der Schaden, der der Volksgesundheit durch die Rachitis zu-efügt wird, ist außerordentlich groß. Die auch jedem Laien als nglische Krankheit bekannten Auswirkungen am Knochensystem es Säuglings bilden nur einen Teil der Schädigungen, die im Ge-olge der Rachitis auftreten. Erkrankt ist der g a n z e Organismus. rhöht ist dabei die Empfänglichkeit besonders für katarrhalische nfektionen, die in dem widerstandslosen Körper ungünstiger und esonders häufig tödlich verlaufen, es wird die Entstehung einer rampfbereitschaft im Frühjahr, deren Manifestation ebenfalls manches pfer fordert, begünstigt. Die rachitische Stoffwechselstörung ist aber icht auf das Säuglingsalter beschränkt, sondern kann auch in den päteren Wachstumsperioden des Organismus zur Ausbildung ge-ngen. Häufig hinterläßt jedoch auch die Säuglingsrachitis Schädi-ungen für das ganze Leben, wie die Beeinträchtigung der körper-chen Leistungsfähigkeit durch Verbildungen am Skelettsystem, die efährdung der Frau durch das rachitische enge Becken beweist.

Die Beeinflussung der Volksgesundheit durch die Rachitis mit hren kurz skizzierten vielfältigen Auswirkungen ist deshalb so rnst zu beurteilen, weil die Rachitis eine der h ä u f i g s t e n Er-rankungen überhaupt darstellt. In deutschen Kliniken und Poli-liniken waren bei dem kindlichen Kranken- und Sektionsmaterial eichen von Rachitis in ca. 90% aller Fälle festzustellen. Auch die statistiken von Chirurgen und Orthopäden dürften einen lehrreichen eitrag zu dieser Frage liefern, da ihnen vor allem auch die Spät-chädigungen zu Gesicht kommen, zum Teil auf Grund des Krüppel-ürsorgegesetzes.

In den Medizinalstatistiken kommt die wahre Bedeutung der Rachitis nicht zum Ausdruck, da sie als disponierendes und kom-lizierendes Moment vor der sogenannten Hauptdiagnose in den Hintergrund tritt und auch auf Totenscheinen meist nicht mit auf-geführt wird. Die statistische Bearbeitung dieser ganzen Fragen wird dadurch so gut wie unmöglich gemacht.

Wenn die Rachitis auch in allen Volksschichten anzutreffen ist, o ist sie doch vorzugsweise in den ärmeren Kreisen heimisch. hre schwersten Formen, die größte Häufigkeit von Komplikationen inden sich immer dort, wo die Lebensweise sich am weitesten von ler Natur entfernt, wo unter schlechten hygienischen Bedingungen zahlreiche Menschen in licht- und luftlosen Quartieren zusammen-gedrängt hausen.

Dort vermag auch die Ernährung an der Brust keinen aus-reichenden Schutz zu gewähren. Wenn die Erkrankung infolge des Stillens wenigstens häufig milder verläuft, die Immunitätssenkung nicht so hohe Grade erreicht, so ist das immerhin als ein wesent-licher Vorteil zu buchen.

Dieser Vorteil wird aber dadurch wieder eingeschränkt, daß gerade in den am stärksten gefährdeten Kreisen das Stillen meist sehr frühzeitig abgebrochen wird, weil wirtschaftliche Not auch die Mutter zum Miterwerb des Lebensunterhaltes zwingt.

*) Vortrag, gehalten am 9. Juli 1927 in Königsberg i. Pr.

Durch die Art der Verbreitung der Rachitis in den einzelnen Volksschichten nach Häufigkeit und Schwere, durch die Mannig-faltigkeit der durch sie bewirkten Schädigungen wird die vor-beugende Bekämpfung dieser Krankheit zu einer wichtigen sozialen und volkshygienischen Forderung.

Wie läßt sich nun diese Forderung der Rachitisprophylaxe er-füllen? Bevor die einzelnen Wege dazu, die heute bereits gangbar erscheinen, aufgezeigt werden sollen, erscheint es zweckmäßig, ein-mal neben den idellen Gesichtspunkten auch die rein wirtschaft-liche Seite der ganzen Frage anzuschneiden.

Wie groß ist der Schaden, der dem Volksvermögen durch die Auswirkungen der Rachitis erwächst? Welches ist demgegenüber der Nutzen einer großangelegten Prophylaxe? Liegt also die Durch-führung auch im volkswirtschaftlichen Interesse?

Jedes Kind repräsentiert ja bereits bei der Geburt einen ge-wissen Kapitalwert durch die Aufwendungen der Eltern und des Staates aus diesem Anlaß. Die auf längere Zeit hin verminderte Arbeitskraft der Mutter ist dabei ebenfalls in Rechnung zu stellen.

Bei normaler Entwicklung bedeutet jede Aufwendung für das Kind eine werbende Anlage, bis das Kind schließlich erwachsen durch eigene Arbeit neue Werte schaffen kann. Jeder vorzeitige Todesfall bedeutet einen völligen Verlust des investierten Kapitals, jede Erkrankung den Zwang zu vermehrten Aufwendungen.

Die Berücksichtigung alles dessen, was über die Steigerung der Erkrankungsziffern und Todesfälle durch die Rachitis und ihre Folgezustände gesagt worden war, zeigt ohne weiteres, daß un-gezählte Millionen der Volkswirtschaft zur Verwendung für ander-weitige wichtige Aufgaben durch eine energische Rachitisprophylaxe erhalten werden könnten, die jetzt verloren gehen müssen. Eine genaue zahlenmäßige Erfassung ist vorläufig wegen der Unzuläng-lichkeit der Statistik nicht möglich.

Gerade die Ergebnisse der Rachitisforschung der letzten Jahre haben der Durchführung einer solchen Prophylaxe die Wege ge-ebnet.

Lange Jahre war die Praxis der Forschung vorausgewesen. Auf der einen Seite hatte sich der Lebertran, auf der anderen die natürlichen Heilfaktoren wie Sonnenlicht und Luft als ausgezeichnete Heil- und Vorbeugungsmittel gegen die englische Krankheit er-wiesen. Eine Erklärung für die gleichgerichtete Wirkung so heterogener Mittel konnte allerdings nicht gefunden werden.

Einen natürlichen Beweis für die Möglichkeit wirksamer Pro-phylaxe auf diesen beiden Wegen bildet dabei die Rachitisfreiheit der Eskimos unter unzureichenden Besonnungs- und hygienischen Verhältnissen durch starken Lebertrangenuß, andrerseits die Rachitisfreiheit gerade der ärmeren Volksschichten des indischen Nasikbezirkes, deren Kinder nach der Geburt nicht durch Sonder-gesetze der Kaste zu langem Aufenthalt in lichtlosen Wohnungen gezwungen wurden.

Als Träger der antirachitischen Wirkung des Lichtes wurden bestimmte Wellenlängen im ultravioletten Teil des Spektrums von der Größenordnung um 300 $\mu\mu$ erkannt. Der Reichtum an diesen Strahlen veranlaßte die Einführung der Quarzquecksilberlampe, der „künstlichen Höhensonne“ als bisher wirksamstes Therapeutikum. Zu einer Prophylaxe im großen Stile war die künstliche Höhen-sonne nicht geeignet durch die Notwendigkeit einer umfangreichen Apparatur, die Abhängigkeit von elektrischem Strom und die Ge-fahr von Schädigungen bei unsachgemäßer Anwendung. Außer-

dem erscheint das Zusammenströmen zahlreicher Kinder am Bestrahlungsorte bedenklich wegen der Uebertragungsgefahr von Infektionen.

Die natürliche Besonnung kann in unseren Breiten infolge der klimatischen Verhältnisse, der geringen Sonnenscheindauer gerade im Winter immer nur als unterstützendes Hilfsmittel in Betracht kommen.

Inzwischen hatte die Vitaminforschung die von Funk im Jahre 1913 erstmalig geäußerte Ansicht, daß auch die Rachitis eine Vitaminmangelkrankheit sei, aufgenommen. Ihr gelang bald der Nachweis, daß die antirachitische Wirksamkeit des Lebertrans auf seinem Reichtum an einem bestimmten fettlöslichen Faktor beruhe, der chemisch den Cholesterinkörpern nahesteht.

Trotz dieser Forschungsergebnisse stand immer noch die Lichtwirkung unerklärt gegen die Lebertranwirkung.

Hier brachte die gleichzeitig und unabhängig von einander gemachte Entdeckung von Hess und Steenbock und Mitarbeitern einen entscheidenden Schritt vorwärts, die Entdeckung, daß antirachitisch inaktive Substanzen durch Ultraviolettbestrahlung antirachitisch wirksam werden.

Der antirachitische Schutzstoff wurde damit zu einem Produkt der aktivierenden Wirkung des Lichtes in seinem ultravioletten Strahlenteil. Die Wirkung des Lichtes auf den Organismus wurde als indirekt erkannt über die Entstehung des antirachitischen Schutzstoffes.

Diese Erkenntnis bildet einen Markstein in der Rachitisforschung. An sie schloß sich durch intensivste Forscherarbeit eine Fülle von neuen Feststellungen, die in diesem Jahre unter der Mitarbeit von Hess, Rosenheim-Webster und Pohl durch Windaus zu einem gewissen Abschluß gebracht werden konnten. Es gelang die Identifizierung des antirachitischen Provitamins mit dem durch ultraviolette Strahlen aktivierbaren, allenthalben in der Natur vorkommenden Ergosterin.

Begünstigt wurde diese erfolgreiche Arbeit durch den Umstand, daß die experimentelle Rattenrachitis in kurzfristigen Versuchen gestattet, über die Zweckmäßigkeit der eingeschlagenen Forschungsrichtung ein Urteil zu gewinnen.

Auf diesen Forschungsergebnissen beruht nun die Möglichkeit der rationellen Rachitisprophylaxe.

Unter den Stoffen, die durch Bestrahlung mit der Quarzquecksilberlampe starke antirachitische Wirksamkeit erlangen, befindet sich auch die Milch. In Deutschland wurde sie erstmalig durch György zu Heilzwecken mit ausgezeichnetem Erfolge an rachitische Säuglinge verfüttert.

Während gerade die ausgedehnte, häufig unzweckmäßige Verwendung von Kuhmilch in der Säuglingsernährung der Verbreitung der englischen Krankheit Vorschub leistet, könnte ihrer Entstehung durch Verabreichung antirachitisch aktivierter Milch wirksam in den weitesten Volksschichten vorgebeugt werden.

Die Anwendung bestrahlter Frischmilch ist bisher durch technische Schwierigkeiten noch nicht in größerem Maßstabe durchgeführt worden. Die verschiedenen Apparate, die die Bestrahlung der erforderlichen großen Milchmengen durch die Molkereien ermöglichen sollen, sind in der Praxis noch nicht genügend erprobt. Wohl aber hat sich bisher die Verabreichung von bestrahlter Trokenmilch bewährt, wie sie als Ultraktinamilch in den Handel gebracht wird. Da infolge der starken rachitisverhütenden Wirksamkeit dieser Milch nur ein Teil des Tagesquantums durch sie gedeckt zu werden braucht, so fällt der höhere Preis nicht allzu schwer ins Gewicht.

Der allgemeinen Verwendung direkt bestrahlter Frisch- oder Trockenmilch auch jenseits des Säuglingsalters ist zunächst noch die als Bestrahlungsfolge auftretende starke Geschmacksirritation hinderlich.

Der tranartige Beigeschmack läßt sich bereits vermindern, wenn bei der Bestrahlung durch geeignete Lichtfilter die kurzwelligsten Ultraviolettstrahlen als Hauptträger der Ozonbildung abgefangen werden. Weitgehend verhindert wird die Geschmacksveränderung durch Bestrahlung der Milch unter Luftausschluß, in einer Stickstoff- oder Kohlensäureatmosphäre.

Ob sich diese im Laboratorium bei kleinen Mengen erfüllbaren Voraussetzungen auch bei der Bestrahlung im Großbetriebe erfolgreich durchführen lassen, steht noch dahin. Der Verkaufspreis der Milch darf jedenfalls durch derartige Verfahren nicht allzu sehr belastet werden.

Eine andere Möglichkeit zur Gewinnung antirachitischer Milch schien in dem indirekten Weg über den Milchspender gegeben zu sein.

Nachdem durch rattenexperimentelle Vorversuche festgestellt worden war, daß auch bei Teilbestrahlungen an den nicht bestrahlten Körperstellen und in den inneren Organen antirachitischer Faktor nachweisbar wird, versuchte ich, durch Bestrahlung von Kühen die Ausscheidung einer antirachitisch wirksamen Milch zu erzielen. Diese mußte natürlich von vornherein im Geschmack völlig unverändert sein, sich also von gewöhnlicher Vollmilch nicht unterscheiden. Die Erprobung auf antirachitische Wirkung an einer Reihe von Säuglingen in der Kinderklinik zeigte, daß eine derartige Milch nicht den gleich starken Gehalt an antirachitischem Schutzstoff aufzuweisen hatte, wie Milch nach direkter Bestrahlung. Heilwirkungen an schwer rachitischen Säuglingen konnten mit ihr nicht erzielt werden. Wohl aber wurde mit Sicherheit die weitere Verschlimmerung bestehender Rachitis verhindert, also eine deutliche Schutzwirkung ausgeübt. Erst kürzlich konnte die Bestätigung dieser Beobachtung aus der Wiener Kinderklinik berichtet werden; dort konnten sogar auch einige Frühgeburten, die bekanntlich besonders zu Erkrankungen an Rachitis neigen, durch die Milch der bestrahlten Kühe geschützt werden. Von Interesse erscheint auch die Mitteilung von Hess, daß bei Bestrahlung einer stillenden Mutter die Milch antirachitische Eigenschaften gewann. Der Wert dieser indirekten Gewinnung antirachitischer Milch liegt in der Tatsache, daß der allgemein günstige Einfluß der Höhensonnen-Bestrahlung für den Milchspender ausgenutzt werden kann und gleichzeitig der Säugling vor Rachitis geschützt wird.

Sonnenbestrahlung des Milchviehs beim Weidegang reicht nicht hin, um der Milch für den Menschen ausreichende antirachitische Schutzwirkungen zu verleihen.

Von aller weittragendster Bedeutung für die Rachitisprophylaxe sind aber die vorher erwähnten letzten Forschungsergebnisse von Windaus.

Die Ergosterinaktivierung zu antirachitischem Faktor ermöglicht die fabrikmäßige Darstellung und die Verabreichung in konzentriertester Form.

Zur Heilwirkung genügen beim menschlichen Säugling, wie am Material der Kinderklinik bestätigt werden konnte, eine Menge von 3 bis 4 mg täglich. Zur Prophylaxe dürften noch geringere Dosen ausreichen, eine Ueberdosierung ist anscheinend gefahrlos.

Die erfolgreiche Auswertung für die Praxis der Rachitisprophylaxe hängt von der Herstellung einer haltbaren Darreichungsform ab. Die zur Zeit unter dem Namen „Vigantol" hergestellten Präparate werden auf diese Eigenschaft hin noch erprobt. Sichergestellt ist sie für eine hochkonzentrierte Lösung in Olivenöl, von der wenige Tropfen am Tage zur beabsichtigten Wirkung ausreichen. Es ist dies ein unschätzbarer Vorteil gegenüber dem Lebertran. Als Naturprodukt, das eingreifenden Verfahren bei der Gewinnung unterworfen wird, ist er, wie gerade Untersuchungen der letzten Zeit zeigen, in der Wirkung ungleichmäßig und unsicher; auch müssen immerhin größere Mengen verabreicht werden. Dazu kommt noch, daß diese zu Verdauungsstörungen beim Säugling führen können, und vor allem der schlechte Geschmack der Verabreichung häufig hinderlich ist. Bewährt sich dagegen das Vigantol in der Praxis so, wie es die ersten Versuche erhoffen lassen, auch weiterhin, und ist seine Herstellung im Großen und die Abgabe an die Verbraucher zu erschwinglichen Preisen möglich, so muß es zu dem Rachitisprophylaktikum der Wahl werden. Das Vigantol gestattet das erstrebte Ziel unabhängig von jeder Apparatur an jeglichem Orte zu erreichen. Mit ihm kann der individuell verschiedene große Bedarf an Antirachitikum gedeckt werden, um den Organismus trotz Einwirkung äußerer und innerer rachitogener Einflüsse im rachitisfreien Stoffwechselgleichgewicht zu erhalten.

Der Zeitpunkt, zu dem die Prophylaxe beginnen soll, kann nicht zeitig genug gewählt werden. Am zweckmäßigsten erscheint eine Verabreichung bereits an die werdende Mutter und nach der Geburt an Mutter und Kind, besonders vom Herbst bis zum Frühjahr.

Die Rachitisforschung der letzten Jahre weist uns also verschiedene Wege, auf denen es heute bereits aussichtsreich erscheinen kann, eine prophylaktische Rachitisbekämpfung durchzuführen. Sie hat uns so wirksame Waffen in die Hand gegeben, um selbst unter ungünstigen Verhältnissen den Kampf erfolgreich wagen zu können.

Dies befreit aber nicht von der Verpflichtung, die ebenso wichtige Beseitigung ungünstiger Lebensbedingungen großer Be-

ölkerungsteile und sonstiger rachitogener Faktoren als vermeidare Ursachen der Rachitisverbreitung energisch zu betreiben. Erst ine solche kombinierte Rachitisbekämpfung berechtigt zu der Hoffung, daß die Erkrankungen an Rachitis mit ihren schwerwiegenden olkshygienischen und volkswirtschaftlichen Schädigungen in einer eihe von Jahren, wenn vielleicht auch nicht völlig ausgerottet, so och weitgehend verringert sein werden.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 45, 5. November 1927.

Ueber Störungen der Cholesterin- und Fettresorption bei Leberzirrhose. In 7 Fällen von Leberzirrhose, von denen 4 histologisch gechert sind, ließ die Zufuhr von 100 g Olivenöl mit 5 g Cholesterin raktisch keine alimentäre Lipämie und keine alimentäre Hyperiolesterinämie zustande kommen. Das Serum, welches nach en früheren Erfahrungen beim stoffwechselgesunden Menschen ier dieser alimentären Cholesterinölbelastung eine intensiv ihmige Trübung erkennen läßt, bleibt klar und durchsichtig. iese Erscheinung läßt sich schon an kleinsten Serummengen rüfen und als Hinweissymptom bei dem Verdacht auf Leberrrhose verwerten. Die Erklärung für dieses eigentümliche erhalten des Blutes nach alimentärer Fettcholesterinbelastung ichen die Verfasser in der Richtung einer Fettresorptionsstörung. er Stuhl war in keinem der angeführten Zirrhosefälle vollkommen igefärbt, bei allen war der Galleabfluß zum Darm unbehindert. Es t nicht zu entscheiden, ob die schwer erkrankte Leber bei der weitehenden Reduktion ihre funktionstüchtigen Parenchyms eine für die ettresorption vollwertige Galle geliefert hat, wobei offengelassen ird, ob eine minderwertige Galle die Fettresorption beeinträchtigen ann. Die Fettresorption kann auch durch Stauung im Pfortaderreislauf geschädigt werden. Ein sehr wichtiges Moment liegt in dem usmaße, in welchem die Funktionen des Pankreas bei der Leberrrhose beeinträchtigt sind und zu Störungen der Fettresorption Anß geben können. (Pankreatitis interstitialis bei Leberzirrhose. teinhaus.) Interessant ist ferner, daß die üblichen Leberinktionsprüfungen auch bei ausgedehnter Leberzirrhose nicht selten ersagen, speziell die Lävuloseprobe. Auch die Galaktoseprobe ist nzuverlässig. Die Bestimmung der Beteiligung von Aminosäuren-N nd Ammoniak-N am Gesamtstickstoff fallen nicht aus der normalen chwankungsbreite heraus. Verfasser empfehlen als leicht durchuführende Probe die einfache makroskopische Betrachtung des pontan abgesetzten Serums 4 Stunden nach Eingabe von 100 g Oel nd 5 g Cholesterin. Ist das Serum zu dieser Zeit bei einem nichtterischen Patienten klar oder fast vollkommen klar und ist also ie bekannte alimentäre Lipämie, von der sich der Ungeübte am esten an einem Normalfall vorher überzeugt, ausgeblieben, so deutet ieser Befund auf eine Fettresorptionsstörung auf der Basis einer epato-pankreatischen Erkrankung hin. Ueber den Grad der Störung önnen erst entweder genaue Fettbilanzen oder Blutanalysen Auflärung geben.

Ueber die infraklavikulären Infiltrationen im Beginn der Lungenberkulose von jugendlichen Erwachsenen. Die vom Verfasser bechriebenen infraklavikulären Infiltrationen, die im Beginn der Erankung bei jugendlichen Erwachsenen mit reicher Infektionsiöglichkeit beobachtet werden, sind von großer theoretischer und raktischer Bedeutung für den Entwicklungsgang der Tuberkulose. ei entsprechender planmäßiger Behandlung verlaufen sie meist ünstig, ohne diese kann aber auch ein unglücklicher Verlauf eintreten. Daher ist die rechtzeitige Frühdiagnose und anschließende Frühbehandlung zu erstreben und mit allen Mitteln durchzuführen.

Zur Funktion der subpapillären Gefäßplexus in der Haut. Verf. stellte fest, daß die subpapillären Plexis der Haut, ein funktionell von den End-Kapillaren in den Papillen gesondertes Kapillargebiet, neben Austauschvorgängen vor allem eine Reservoirfunktion haben: Sie können mit wechselnder Füllung verschiedene Mengen von Blut der Zirkulation entziehen. Sie wirken so wie ein „Schwellkörper". Ihre Funktion ist der Bedeutung der Milz für die zirkulierende Blutmenge an die Seite zu stellen. Ob noch andere Organe, wie zu erwarten ist, solche Blutreservoire darstellen, werden weitere Untersuchungen zu ergeben haben.

Ist eine perorale Immunisierung gegen Diphtherie mit abgetöteten Diphtheriebazillen möglich? Von 32 Kindern gelang es, bei 28 durch Gaben von 10 bis 30 Normalösen abgetöteter Diphtheriebazillen nach 4 bis 7 Wochen eine negative Schick-Reaktion zu erreichen. Die hierin zum Ausdruck kommende Immunität ist aber nicht stark, im Blutserum sind fast stets weniger als 0,01 A. E. pro ccm enthalten, so daß man von einem sicheren Schutz gegen einen Infekt im Sinne der bisherigen Erfahrungen nicht sprechen kann. Es ist jedoch möglich, daß die in der negativen Schick-Reaktion zum Ausdruck kommende Gewebsimmunität wichtiger ist als der Antitoxingehalt des Blutserums. Aus den Untersuchungen von v. Behring und Kassowitz geht nämlich hervor, daß im Antitoxingehalt des Gewebspreßsaftes und Blutes erhebliche quantitative Unterschiede bestehen können.

Hautreaktionen bei Asthmatikern. Bei 57 Patienten kann durch Intrakutanreaktionen mit wasserlöslichen Allergenextrakten die Ursache des Asthmas nicht ermittelt werden. An 45 Patienten wird gezeigt, daß sich die Reaktionen auf Allergenextrakte zumeist ebenso verhalten wie andere lymphagoge Reaktionen und ebenso wie diese vor allem vom Reaktionszustande der Haut abhängen.

Ueber kombinierte Behandlung mit Atropin und Pilocarpin. Das Atropin wurde zuerst in gewohnter Weise verabreicht und zwar je nach der Lage des Falles innerlich oder subkutan. Stellten sich bei Steigerung der Dosis Beschwerden ein, was gewöhnlich bei einer Tagesdosis von 3 mg, manchmal aber auch schon früher eintrat, so erhielt der Kranke 15 bis 20 Tropfen einer 1 proz. Pilocarpinlösung in einem Glase Wasser, mit der Weisung, sowie stärkere Belästigung durch Trockenheit oder Sehstörungen auftrete, immer einen Schluck aus dem Glase zu nehmen, das er innerhalb 24 Stunden auf diese Weise austrinken dürfe. Im Laufe der nächsten Tage wurden die Atropingaben weiter erhöht, wobei sich gewöhnlich auch ein geringes Ansteigen mit der Pilocarpinmenge als notwendig erwies. Dadurch konnten auch bei Dosen von 4 bis 5 mg Atropin die Beschwerden fast ganz beseitigt oder doch in erträglichen Grenzen gehalten werden. Zur Behandlung kamen hauptsächlich Fälle von Ulcus ventriculi, Hyperazidität, Asthma bronchiale und chronischer Bronchitis. Verfasser glaubt, daß die Kombination mit Pilocarpin überall angewendet werden kann, wo Atropinmedikation indiziert ist; seine Fälle von anderen Leiden, wie spastische Obstipation, Colica membranacea, Cholelithiasis usw. sind noch nicht zahlreich genug, um darüber berichten zu können. Es wurde bei der geschilderten Anwendungsweise und Dosierung niemals ein Schaden beobachtet. Dies ist wichtig, da Pilocarpin allein bei Asthma bronchiale kontraindiziert ist. Verfasser hat den Eindruck, daß die Erfolge die der bloßen Atropinbehandlung übertreffen; manchmal aber vielleicht auch nur ebenso gut sind, daß dafür aber der Patient während der Behandlung keine Beschwerden hat. Der günstige Effekt trat in vielen Fällen erst dann ein, wenn unter der Pilocarpindarreichung die Atropindosen gesteigert werden konnten.

Verfasser führt zur Erklärung der günstigen Resultate die Tatsache an, daß die sekretionshemmende Wirkung des Atropins leichter aufgehoben werden kann als die motorische, so daß auch bei Pilocarpinzusatz die angestrebte Lähmung der glatten Muskulatur bestehen bleibt. Kontraindikationen für die Behandlung gibt es nach Ansicht des Autors nicht. Als Ausnahme hiervon kann höchstens Gravidität gelten, weil sich dann die Uterusmuskulatur in einem erhöhten Reizzustand befindet. Bei richtiger Dosierung wird sich nie ein Ueberwiegen der Pilocarpinwirkung ergeben. Auf die genaue Einhaltung der angegebenen Vorschriften muß genau geachtet werden, insbesondere darf der Kranke erst dann von der Pilocarpinlösung nehmen, wenn er die Atropinwirkung deutlich fühlt, etwa ½ Stunde nach der Verabreichung. Beide Medikamente, etwa in einer Lösung gleichzeitig zu geben ist unmöglich, da die Pilocarpinwirkung zunimmt, je früher es nach dem Atropin gegeben wird und am stärksten bei gleichzeitiger Einnahme wird.

Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche medizinische Wochenschrift.

Nr. 45, 4. November 1927.

Zur Heilbarkeit der Syphilis und zur Verhütung der angeborenen Syphilis durch die moderne Behandlung. Bei 21 Frauen, deren Syphilis auf Grund der früheren Behandlung und des weiteren Verlaufes der Krankheit nach der Behandlung als geheilt angesehen worden war, kam es später zu 34 Schwangerschaften. In allen Fällen endete die Schwangerschaft, während der grundsätzlich von einer Behandlung abgesehen wurde, mit der Geburt eines klinisch gesunden Kindes. Von diesen Kindern zeigte auch später keines Zeichen von Syphilis. 20 sind auch bei genügend langer (¾ bis 6 Jahre) und genauer (WaR.) Beobachtung syphilisfrei geblieben. Eine erneute Behandlung während der Schwangerschaft erscheint daher nach den Erfahrungen des Verfassers nicht notwendig bei Frauen, deren Syphilis bereits vor Eintritt der Schwangerschaft als ausgeheilt anzusehen war (klinische und serologische Erscheinungsfreiheit und negativer Ausfall der Lumbalpunktion 1½ bis 2 Jahre nach Abschluß einer als ausreichend anzusehenden Behandlung bei regelmäßiger Untersuchung und trotz Salvarsanprovokation). Die Beobachtungen scheinen ein sehr beachtenswerter Hinweis auf die Möglichkeit einer tatsächlichen, nicht nur scheinbaren Ausheilung der Syphilis durch die moderne Behandlung zu sein. Kranke, deren Frühsyphilis im Sinne des Verfassers als geheilt anzusehen ist, sind demgemäß auch hinsichtlich der Aufnahme in eine Lebensversicherung so zu behandeln, als habe eine Syphilis nie vorgelegen.

Ueber die Verwendbarkeit von Novokain-Adrenalinlösungen für die Lokalanästhesie. Unter Berücksichtigung der angegebenen Umstände und bei strenger Vermeidung der Verwendung nicht frischer oder gar gelb oder gelblich verfärbter Novokain-Adrenalinlösungen kann die lokale Schmerzbetäubung tatsächlich als gefahrlos angesprochen werden, vorausgesetzt, daß man sie auf ein bestimmtes, durch Erfahrung abgegrenztes Anwendungsgebiet beschränkt. Trotz der Unverträglichkeit von Novokain und Adrenalin, deren Hervorhebung der Zweck der Mitteilung war, wird gegenwärtig die allgemein bevorzugte Novokain-Adrenalinanästhesie auch weiterhin als die Methode der Wahl zu gelten haben. Es besteht die Möglichkeit, in diesen Lösungen das Adrenalin durch das vom Novokain nicht angegriffene Ephedrin zu ersetzen, vorausgesetzt, daß seine Toxizität im Verhältnis zu seiner Gefäßwirkung den Vorteil, den es gegenüber dem Adrenalin hat, nicht paralysiert. Das Anwendungsgebiet der Novokain-Adrenalinlösungen ist aber auf einen bestimmten Kreis von Indikationen eingeengt, so daß die Inhalationsnarkose bzw. die allgemeine Betäubung nicht nur nicht aus dem von Sauerbruch hervorgehobenen Grund gegenwärtig schon überhaupt vermieden werden könnte.

Fortschritte in der unblutigen Entfernung von Harnleitersteinen. Bei Harnleitersteinen, welche nicht durch innere Behandlung, d. h. durch Trinkkuren, zum Abgang gelangen, ist durch die Pyelographie der Nachweis zu erbringen, ob die zugehörige Niere bereits geschädigt ist. Bei Erweiterung des Nierenbeckens und der Nierenkelche ist unverzüglich der Versuch zu machen, den Harnleiterstein auf unblutigem Wege zu entfernen. Harnleitersteine können gelockert werden, wenn es gelingt, neben dem Stein ein oder zwei Harnleiterkatheter vorbeizuführen und liegen zu lassen. Die Passage der Harnleiterkatheter wird durch Anästhesie des Harnleiterrohres erleichtert. Falls die Kathetermethode nicht gelingt, ist die Erweiterung des Harnleiterrohres unterhalb des Steines mittels Bougierung zu empfehlen. Diese Methode ist ungefährlich und schonend. Der Versuch, Harnleitersteine gewaltsam mittels Faßinstrumente nach abwärts zu ziehen, sowie die Schlitzung der vesikalen Harnleitermündung bei Gegenwart von tiefsitzenden Uretersteinen, ist wegen der Gefahr der Verschwellung im Harnleiterrohr, der Verstopfung und Infektion der zugehörigen Niere nicht zu empfehlen. Wer nach diesen Gesichtspunkten Harnleitersteine behandelt, wird einerseits, wie die Amerikaner, nur noch vereinzelte Fälle der operativen Behandlung unterwerfen müssen, da die Lösung der meisten Steine mittels der angegebenen mechanischen Methoden gelingt; andererseits schützen die angegebenen Leitsätze vor Schädigungen und gefährlichen Manipulationen und lassen rechtzeitig den Zeitpunkt zur operativen Entfernung des Steines erkennen, bevor es zur Schädigung der dazugehörigen Niere oder zu einer allgemeinen Infektion gekommen ist. In einer nicht geringen Anzahl von Fällen kann man leider nur feststellen, daß sie zu spät in fachärztliche Behandlung gekommen sind und bereits mit Hydronephrose behaftet sind, bei welcher die Entfernung des Steines keine Aussicht auf Erfolg mehr bietet, und nur noch die Entfernung der Niere in Frage kommt. Daher sollte die Uretersteinerkrankung nicht zu leicht aufgefaßt, der Grad der pathologischen Veränderung durch Pyelographie oder durch die klinischen Symptome rechtzeitig festgestellt und das Leiden einer — oft erfolgreichen — mechanischen Behandlung unterworfen werden.

Weitere Beobachtungen zur Differenzierungshemmung der Tubenschleimhaut. In einem Fall von Tubargravidität mit Tubarabort läßt sich nachweisen, daß die ektoptische Insertion des Eies durch ein mechanisches Hindernis, nämlich dem fast vollständigen Verschluß des Tubenlumens infolge einer endometroiden Fehlbildung der Schleimhaut, hervorgerufen war. Die Blutung gelegentlich des Abortus war nicht nur in das Peritoneum (Bildung einer Hämatozele), sondern auch nach dem Uterus vorgedrungen und zweifellos zum mindesten die Abtragungsstelle der Tube am Uterus erreicht, obwohl schon etwa 2 cm vorher ein weitgehender Verschluß des Tubenlumens bestand. Daraus schließt Verfasser, daß die endometroide Fehlbildung der Tubenschleimhaut eine Durchblasung der Tuben noch gestattet, also durch diese Methode nicht ohne weiteres erkannt werden kann. In einem zweiten Falle von Sterilität handelte es sich um eine typische Differenzierungshemmung der Tubenschleimhaut beiderseits, und zwar im wesentlichen im intramuralen Tubenteil. Das Lumen der Tube ist erweitert, aber durch die Schleimhaut vollkommen verschlossen. Es findet sich unter den Drüsenquerschnitten keiner, welcher als das zentrale eigentliche Tubenlumen aufzufassen wäre. Es besteht also in Wirklichkeit eine Atresie, und es unterliegt keinem Zweifel, daß die Sterilität auf diese besonderen Formveränderungen zurückzuführen ist. Bedenkt man, daß die Schleimhaut der Tube die zyklischen Wandlungen des Intermenstruums mitmacht, so versteht sich, daß die prämenstruelle Schwellung erst recht zu einem absoluten Weghindernis wird. Eine Durchblasung der Tuben zur Prüfung ihrer Durchgängigkeit wurde nicht vorgenommen. Es ist unmöglich, daß sich, vor allem zu einer Zeit, wo eine prämenstruelle Schwellung der Tubenschleimhaut noch nicht vorhanden war, eine Durchgängigkeit der Tuben vielleicht bei etwas größerem Druck gezeigt hätte, was aber nicht ausschließt, daß die Sterilität trotzdem weiter bestanden hätte.

Untersuchungen über die Perspiration der Haut. Die Hautwasserabgabe durch Perspiration ist in erster Linie von der Durchblutungsgröße der Haut abhängig. Auf dem Wege über die Kutiskapillaren und Epithellymphe erfolgt der Transport des Hautwassers bis in die unteren Zellschichten des Stratum corneum. Von hier gelangt es in die hygroskopischen oberen Hornlamellen der Hautoberfläche. Auf diesem Weg spielen wohl osmotische Vorgänge und wahrscheinlich auch sekretorische Tätigkeit der Epidermiszellen eine fördernde Rolle. Von den oberen Epithelschichten findet eine stetige Abdunstung statt. Die Zufuhr des Wassers bis zur Hornschicht stellt eine physiologische Funktion des Organismus dar, die durch die Durchblutungsgröße der Kutis reguliert ist. In dem reinen physikalischen Prozeß der Verdunstung von der Oberfläche der Haut klingt schließlich die Perspiration aus.

Zum Nachweis von Eiweiß im Harn. Man soll sich für den Nachweis von Albumin im Harne nicht auf eine einzelne Reaktion verlassen. Als Orientierungsversuche kommt die Koch-Probe oder die Hellersche Probe in Betracht, zur Kontrolle soll entweder die Ferrozyankalium-Essigsäure- oder Sulfosalizylsäure- oder die „Sublimatprobe (Spiegler-Jolles) durchgeführt werden. Letztere insbesondere kann, wenn die anderen Proben mit dem mikroskopischen und eventuell klinischen Befunde nicht im Einklange stehen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Die Medizinische Welt.

Nr. 38, 22. Oktober 1927.

Osteogenesis imperfecta. Die Osteogenesis imperfecta setzt meist on sehr zeitig im Intrauterinleben ein. Sie charakterisiert sich ch eine abnorme Knochenbrüchigkeit und am Schädeldach durch gänzlich fehlende Knochenbildung. Auf den ersten Blick scheint Frucht durchaus wohlgebildet. Liegt aber das Kind auf einer ten, glatten Unterlage, so fällt einem auf, daß der Kopf so aust, als ob er nach außen ausflösse. Das Gesicht ist wohlentwickelt. Hals ist oft kurz und die Haut gewulstet, der Thorax meist lang schmal, der Bauch etwas aufgetrieben. Die Extremitäten, zumal Beine sind meist verkürzt, plump und nach außen geschweift. der Palpation findet man, daß das Schädeldach und das Hinterpt einer einzigen großen Fontanelle vergleichbar ist. Der Thorax auffallend weich und biegsam. An den Stellen, die Krepitation weisen, sind die Röhrenknochen abnorm beweglich — frische kturen. Die Sektionsberichte weisen keinerlei Veränderungen der eren Organe wie der verschiedenen Drüsen, zumal des chromnen Systems, auf. Pathologisch-anatomisch handelt es sich um normales Knorpelwachstum und hochgradige Aplasie der Kortis sämtlicher Knochen. Bei den meisten Knochen war die endoe Knochenbildung in höherem Maße verringert. Die Osteoblasten en meist in normaler Anzahl, Größe und Form vorhanden. Die iologie ist unklar. Hereditäre Veranlagung konnte bisher in nem Falle festgestellt werden. Bei den Beckenendlagen gestaltet die Entwicklung des Kindes weder schwieriger noch leichter als der Geburt gesunder Kinder. Es fällt dem Geburtshelfer allens das ungewohnte Krepitationsgefühl bei den Extraktionsmanipuonen auf. Die Frakturen sind fast ausnahmslos Querfrakturen. Prognose ist infaust zu stellen. Die Literatur weiß über kein d zu berichten, welches mit dieser Krankheit behaftet länger als ge Jahre am Leben geblieben wäre. Auffallende Besserungen sind einigen Fällen durch Phosphorlebertran, Sonnen- und Freilichtrapie erzielt worden. Dauerheilung wurde nie erreicht. Die der gehen meist an einer Bronchopneumonie zugrunde. Die Ernkung setzt wahrscheinlich im 2. bis 3. Monat ein. Der Beginn Frakturen kann in den 4. bis 5. Monat zurückverlegt werden.

Appendicitis traumatica. Traumatische Appendizitiden, akute chronische, sind äußerst seltene Erkrankungen. Gelegentlich en die ersten Symptome einer Appendizitis während der Arbeit . Der Betriebsvorgang, der als Unfall gedeutet wird, steht nur einem zeitlichen, nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit Manifestwerden der ersten Krankheitserscheinungen. Ein uma kann eine chronische Appendizitis in das akute Stadium rführen. Das Trauma wirkt als Gelegenheitsursache, Entädigungspflicht ist anzuerkennen. Perforation eines brandigen rmfortsatzes erfolgt mit und ohne Einwirkung äußerer Gewalt. glichkeit der Verschlimmerung des Zustandes durch das Trauma abzulehnen. Ein Trauma kann indirekt durch Verwachsungen, knickungen eine chronische Appendizitis veranlassen (Organiionen von Blutungen in der Umgebung usw.), in sehr seltenen len eine akute Appendizitis (z. B. durch Stieldrehung des Wurmtsatzes). Stumpfe Gewalt kann die Perforation eines gesunden rmfortsatzes, wie die jedes anderen Darmteiles herbeiführen. chöpft sich die Gewalteinwirkung in Schleimhautläsionen tungen, Verletzungen der Serosa), so kann sich eine traumatische endizitis an die Verletzung anschließen.

Die Strophanthinbehandlung der Herzinsuffizienz. Das aus Str. tus kristallisierte g-Strophanthin (Purostrophan) ist beim nschen fast doppelt so stark wirksam, als das aus Str. Kombé ierte amorphe k-Strophanthin (Strophanthin-Böhringer). Bevort wird meistens das Strophanthin-Böhringer, da beim g-Stronthin die arzneiliche und die toxische Dosis näher beieinander en. Bei peroraler Einverleibung besitzt das Strophanthin keinen Vorzug vor der Digitalis. Bei der intravenösen Applikation ist das Strophanthin der Digitalis weit überlegen. Ein weiterer Vorzug des Strophanthins ist die Schnelligkeit des Eintritts der Herzwirkung, auf die man unmittelbar nach der Injektion warten kann. Die Technik der intravenösen Injektion muß exakt ausgeführt werden, da das Strophanthin auf das Gewebe höchst reizend und entzündungserregend wirkt. Die Wirkung des Strophanthins ist eine typische Digitaliswirkung: Verlangsamung des Pulses, Verlängerung der Diastole und Verstärkung der Systole. Der diuretische Effekt ist stets recht beträchtlich. Der Blutdruck steigt wenig, daher ist arterielle Hypertonie keine Gegenindikation. Das Strophanthin wird im Gegensatz zur Digitalis verhältnismäßig rasch vom Organismus ausgeschieden. Immerhin kommen auch dem Strophanthin kumulative Eigenschaften zu, so daß man zwischen zwei Injektionen einen Zwischenraum von mindestens 24 Stunden einschieben muß. Vor Beginn jeder Strophanthinbehandlung muß man sich sorgfältig vergewissern, ob und wieviel Digitalis vorher gegeben wurde. Nach vorheriger Digitalisgabe muß man wenigstens 2 bis 3 Tage mit dem Strophanthin warten. Als Nebenwirkung tritt in seltenen Fällen Nausea auf. In solchen Fällen ruft auch Digitalis in wirksamen Dosen die gleichen Beschwerden hervor. Die mittlere Strophanthindosis beträgt 0,5 mg (Strophanthin-Böhringer); zwischen 0,8 und 1,2 liegt die Höchstgrenze. Man kommt meist mit 0,3 bis 0,4 aus. Gewöhnung tritt nicht ein. Angezeigt ist die Strophanthinbehandlung bei allen Formen der Insufficientia cordis vera. Besonders wirkungsvoll ist sie bei akuten Schwächezuständen des Herzens, bei Lungenödem und kardialem Asthma. Beim thyreotoxischen Kropfherz, beim muskelschwachen juvenilen Herzen, bei Koronarsklerose und bei Reizleitungsstörungen ohne Insuffizienz ist das Strophanthin unwirksam. Rhythmusstörungen sprechen auf das Strophanthin meist gut an. Bei hartnäckigen Oedemen ist eine Kombination von Strophanthin mit Novasurol oder Salyrgan sehr wirksam. Man kann die Mischspritzen alle 3 bis 4 Tage wiederholen. Vorteilhaft ist auch die Kombination von Strophanthin mit Traubenzucker (5 bis 10 ccm einer 10 bis 20%igen Lösung). Man kann zu der Strophanthin-Traubenzucker-Mischung auch 0,24 g Euphyllin zusetzen, wodurch die spasmolytische und diuretische Wirkung gehoben wird. Sehr gut bewährt hat sich dem Verfasser die Kombination von Strophanthin-Traubenzucker mit Coramin bei bradykardischen Zuständen. In akuten Fällen von Herzschwäche kommt man meist mit einer Injektion aus. In chronischen Fällen tritt die Serienbehandlung in ihr Recht. Die schwersten Fälle bedürfen einer Strophanthin-Dauerbehandlung. In allen anderen Fällen muß man versuchen von der intravenösen Strophanthinbehandlung aus die orale oder rektale Digitalisdarreichung überzugehen.

Nr. 39. 29. Oktober 1927.

Zwergwuchs. Im besonderen über hypophysäre und chondrodystrophische Zwerge. Es gibt verschiedene Formen des Zwergwuchses, d. h. Arten, die nach Aetiologie und Symptomatologie zu unterscheiden sind. Bei einzelnen Formen ist die Aetiologie zur Zeit noch unbekannt. Eine Störung der inneren Sekretion ist von ätiologischer Bedeutung vor allem bei den hypophysären Zwergen. Man findet bei ihnen keine groben Proportionsstörungen des Körperbaues, namentlich bietet das Verhältnis der Länge des Rumpfes zu den Extremitäten keine auffallenden Anomalien. Auch

Kopf, Hände und Füße sind ungefähr der Körperlänge entsprechend groß. Die Röntgenuntersuchung ergibt häufig verspätete und unvollständige Verknöcherung der Epiphysenlinien. Abnorme Verhältnisse findet man auch am Türkensattel. Die Geschlechtsorgane und die sekundären Geschlechtsteile sind bei den hypophysären Zwergen mangelhaft entwickelt. Hypophysärer Zwergwuchs kommt nicht selten bei mehreren Gliedern einer Familie vor. Auffallend ist bei jugendlichen hypophysären Zwergen die Mischung von Kindlichem und Aeltlichem im Gesichtsausdruck. Ob der hypophysäre Zwergwuchs durch Organpräparate zu beeinflussen ist, muß vorläufig als unentschieden angesehen werden. Es erfolgt bei hypophysären Zwergen bisweilen auch ohne jede Therapie in relativ späten Jahren noch ein gewisses Wachstum. Von anderen endokrinen Drüsen, deren Dysfunktion Zwergwuchs bedingen kann, sind Schilddrüse (Kretinismus), Thymusdrüse, Pankreas, Milz und Leber zu erwähnen. Auch die Sexualdrüsen sollen nach einigen Autoren Zwergwuchs hervorrufen können. Zwerghaft geringe Körpergröße wird manchmal bei schweren, angeborenen oder in der Kindheit erworbenen Gehirnleiden beobachtet. Auch bei der hereditären Lues und angeborenen Herzfehlern beobachtet man zuweilen Zwergwuchs. Die am meisten untersuchte Zwergform ist die Chondrodystrophie. An auffälligsten beim chondrodystrophischen Zwerg ist die relative Länge des Rumpfes, während die Extremitäten sehr kurz sind, so daß der Zwerg im Sitzen wesentlich größer als im Stehen erscheint. Ferner fällt die Größe des Kopfes und Hervortreten der Stirn- und Seitenbeinhöcker auf, ebenso der abnorm tiefe Nasenansatz. Die Unterarme können nicht völlig gestreckt werden, die Finger sind abnorm kurz. Charakteristisch ist die Dreizackhand, die dadurch entsteht, daß alle Finger bis zum Endglied nicht aneinander gelegt werden können. Häufig sieht man eine abnorm starke Entwicklung des Fettgewebes im Bereich der Glutaen und Oberschenkel, sowie die sog. Einsattelung der Lendenwirbelsäule. Das Verhältnis der Länge des Oberarms zum Unterarm, sowie des Oberschenkels zum Unterschenkel, ist dem bei normalen Individuen entgegengesetzt: der Unterarm resp. Unterschenkel ist länger als der Oberarm resp. Oberschenkel. Im Gegensatz zu den meisten Autoren behauptet der Verfasser, auch Uebergänge von normaler Entwicklung zur Chondrodystrophie beobachtet zu haben. Die Aetiologie des Leidens ist unklar. Umstritten ist auch die Frage, ob das Leiden erblich ist.

Warum bei Malaria keine volle Immunität entsteht? Es kommt bei der Malaria trotz häufiger und wiederholter Infektion so gut wie nie zu einer vollen Immunität, sondern höchstens zu einem labilen Gleichgewicht zwischen den entwcikelten Schutzstoffen und den Malariaparasiten. Eines der Hauptsymptome der Malaria, die Melanämie, entsteht bekanntlich dadurch, daß die Malariaparasiten durch ihre Verdauungstätigkeit das Hämoglobin der roten Blutkörperchen in schwarzes Pigment (Hämatin) umwandeln. Das Pigment wird in den Endothelien der Kapillaren und postkapillaren Venen, in den Sinusendothelien und Makrophagen von Milz und Knochenmark, in den Sternzellen der Leber und in den Monozyten des Blutes gespeichert. Mit anderen Worten: Das Retikuloendothel wird vom Malariapigment blockiert. Nun ist es aber sicher, daß die Bildungsstätte der Schutzkörper gegen Infektionserreger im Retikuloendothel zu suchen ist. Verfasser folgert daraus, daß der Grund der mangelhaften Immunität bei Malaria in der oben erwähnten Blockade zu suchen ist. Diese Theorie wird durch eine Reihe von Beobachtungen bestätigt. Verfasser macht den Vorschlag, seine Annahme gelegentlich der Malariaimpfungen von Paralytikern auf ihre Richtigkeit zu prüfen, wozu eine Beobachtung des Krankheitsverlaufes nach Blockierung des Retikuloendothels mit Collargol notwendig wäre.

Die Neutralrotmethode zur Prüfung der Magenfunktion. Theoretische und klinische Bedeutung. Die Neutralrotmethode ist bisher nach dem Urteil der meisten Nachprüfer die feinste diagnostische Methode zur Prüfung der Belegzellenfunktion; sie liefert wichtige Behelfe bei der Erkenntnis der Hyper-, Hypo- und Anazidität und ist wertvoll bei der Diagnostik des larvierten Ulkus und der echten und unechten Anazidität. Mit ihrer Hilfe kann man die Zerstörung oder Regeneration des Belegzellenapparates verfolgen, sie ist bei der Diagnostik der Sekretionsfähigkeit von Magenstümpfen nach Operationen von Wert. Das Neutralrot ist ein schwarz-grünes Pulver, das sich in Wasser in roter Farbe löst, mit Säuren einen rot-violetten Ton annimmt und von Alkalien gelb gefärbt wird. Es ist ein sogenanter neutraler Farbstoff, dessen Säure und Basenkapazität sich gegenseitig abgesättigt haben, ein vitaler Farbstoff, der die Granulafärbung vital besorgt. Die Ausscheidung des Neutralrots geschieht durch die Magenschleimhaut. Dabei wird der Farbstoff in den Belegzellen gespeichert. Die Untersuchung der Magenfunktion wird folgendermaßen ausgeführt: Im nüchternen Zustande wird die Duodenalsonde bis in den Magen eingeführt; dann werden intragluteal 5 ccm einer 1 proz. wässerigen Neutralrotlösung mit 0,02 g Novocain gemischt injiziert, und das Nüchternsekret, das aus der Sonde ausfließt oder aspiriert wird, untersucht. Es zeigt si daß normale Mägen in 15 bis 20 Minuten den ersten Farbstoff a scheiden, das hyperazide Mägen eine Beschleunigung (5—15 Minute subazide eine Verspätung des Erscheinens des Farbstoffes (üb 20 Minuten) bedingen, während anazide Mägen, je nachdem ei partielle Atrophie oder eine völlige Atrophie besteht, viel spä oder gar keinen Farbstoff ausscheiden. Im allgemeinen geht Neutralrotsekretion der Salzsäure parallel, ist aber ein viel feine Reagens als diese, indem beim Fehlen freier Salzsäure die Farbsto ausscheidung die noch bestehende Belegzellenfunktion anzeigt. kann ein Ulkus mit Hyperazidität einhergehen, die Neutralrot-A scheidung aber rechtzeitig erfolgen. Für das Vorhandensein ein Hypersekretion, d. h. eines Reizzustandes des Magens, ergibt Methode sichere Resultate, für die Gastritis und Subazidität si ebenfalls die Ergebnisse unanfechtbar, das Wichtigste scheint sie leisten für die Unterscheidung einer echten und Pseudoachyl Kommt es zu Ausscheidung von Farbstoff selbst nach 1—2 Stund so ist die Diagnose echte Achylie nicht aufrechtzuerhalten. Für d Karzinom ist die Diagnosenstellung nur dann von Bedeutung, we schwere funktionelle Störungen bestehen.

Nr. 40, 5. November 1927.

Kongreßberichte.

L. Gordon, Berlin.

Medizinische Klinik.

Nr. 41, 14. Oktober 1927.

Zur Klinik und Therapie des Scharlach. Beobachtungen bei ein Scharlachepidemie. Es handelt sich um Beobachtungen bei ein seit vier Jahren dauernden Scharlachepidemie in einem industri reichen Bezirke Nordböhmens mit einer Einwohnerzahl von etw 120 000. Da das Anschwellen der Epidemie stets zwei bis vi Monate nach dem Schulbeginn beobachtet wurde, glauben die Ve fasser neben den sicheren Einflüssen des Schulbeginns klimatische Verhältnissen eine wichtige, vielleicht eine ausschlaggebende Rol in der Frequenzsteigerung der Erkrankungen zuschreiben müssen; die Herbstkatarrhe scheinen dabei dem Scharlachvirus de Weg zu ebnen. Die Physiognomie des Scharlach scheint eine ande geworden zu sein; wichtig ist das äußerst seltene Auftreten ein zweiten Krankseins in der oder jenen Form. Die Zahl der foudroya ad exitum kommenden Fälle war gering, nicht ganz 1%. Die Haup infektionsquelle ist mit Sicherheit der Rachen. Eine große Rolle der Verbreitung der Epidemie spielen die Bazillenträger. Vo größter Bedeutung wäre es, auch beim Scharlach durch bakteri logische Prüfung des Rachensekretes die noch bestehende Infekti sität des Genesenen festzustellen, um die Gesunden, noch nicht I fizierten vor den Bazillenträgern schützen zu können. Trotz d gewissenhaften Durchführung aller Vorschriften, einer weitgehende Erfassung aller Erkrankten und ihrer Unterbringung in einem ga modernen Infektionspavillon haben die Methoden der Epidemi bekämpfung im großen und ganzen versagt. Trotz aller Vorsichts maßregeln traten immer wieder „Heimkehrfälle" auf, auch dan wenn die Kinder einer einzelnen Familie acht und sogar zeh Wochen voneinander getrennt waren. Ein schematisches und ga zu rigoroses Vorgehen in der Isolierung halten die Verfasser fü falsch. Sie lassen in häuslicher Pflege 1. die einzigen Kinder eine Familie, 2. die Kinder, deren Geschwister bei kinderlosen Verwandte untergebracht werden können und 3. jene Kinder, deren Geschwiste Scharlach schon überstanden haben oder augenblicklich auch scho erkrankt sind. Ausnahmen hiervon müssen in solchen Fällen ein treten, die vom ärztlichen Standpunkt aus Spitalbehandlung al unbedingt nötig erscheinen lassen, also in schweren Fällen und i

solchen, die im Hause keine geeignete Pflege finden können. Für die in häuslicher Pflege verbleibenden Kinder müssen gewisse Vorschriften strenge eingehalten werden: die ärztlichen Anordnungen müssen bei ärztlich nicht ständig versorgten Patienten durch eine Fürsorgerin überwacht werden, die gleichzeitig etwa zweimal in der Woche die Eiweißprobe im Harne vornehmen und namentlich die für das zweite Kranksein in Betracht kommenden Tage hinsichtlich Temperatur, Schmerzäußerung usw. genau im Auge behalten muß. Was die Therapie anbetrifft, so legen die Verfasser besonderen Wert auf die Anwendung von Rekonvaleszentenserum. Keiner der schweren mit Rekonvaleszentenserum gespritzten Fälle ist ad exitum gekommen, die fünf letal ausgegangenen sind hingegen aus dem oder jenem Grund überhaupt nicht mit Serum behandelt worden. Wichtig ist möglichst frühzeitige Injektion, große Dosis und evtl. Reinjektion. Die Nichtanwendung der Serumtherapie in einem Fall von toxischem Scharlach halten die Verfasser schon jetzt für einen Kunstfehler. Zur Beschaffung des Rekonvaleszentenserum entnehmen die Verfasser sonst gesunden, möglichst erwachsenen Patienten am Ende der 4. Krankheitswoche 150—200 ccm Blut, lassen in dem daraus gewonnenen Serum die WaR. anstellen und mischen dieses Serum knapp vor Gebrauch mit dem von 1 bis 2 anderer Patienten. Es empfiehlt sich, die Venaepunctio im nüchternen Zustande des Patienten zu machen. Die Injektion wird ausschließlich intramuskulär ausgeführt. Die Dosis beträgt je nach Alter des Patienten, Schwere des Falles und Dauer der Krankheit 40—100 ccm. Die Wirkung des Dochez- bzw. Dickserum scheint nach den neueren Untersuchungen der Verfasser der Wirkung des Rekonvaleszentenserum unterlegen zu sein. Verfasser halten es für notwendig, die Gewinnung von Serum so zu organisieren, wie es Degkwitz für das Masernrekonvaleszentenserum vorgeschlagen und durchgeführt hat. Bei schweren septischen Fällen haben sich noch zwei Mittel gut bewährt: das Trypaflavin und das Omnadin. Leider hat das Trypaflavin beim Scharlach eine sehr begrenzte Anwendungsmöglichkeit, da der einzig gangbare Weg, der intravenöse, öfters nicht zu finden ist und sich manchesmal selbst ein Versuch dadurch verbietet, daß schon geringe Mengen paravenös zu schweren Nekrosen führen können. Günstige Erfolge sahen die Verfasser in einem Falle von Mastoiditis mit Sinusthrombose, in einem Falle einer schweren Siebbeinzelleneiterung und in 2 Fällen von umfangreicher Halsdrüsenschwellung mit hohem Fieber von Röntgenschwachbestrahlung. Im allgemeinen glauben die Verfasser sagen zu dürfen, daß die Anzahl der Fälle, in denen wir der Scharlacherkrankung machtlos entgegenstehen, verschwindend klein geworden ist.

Ambulante Behandlung von Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Auf Grund ihrer langjährigen Beobachtungen glaubt Verf. sagen zu dürfen, daß die Globuli vaginales Hometa das wertvollste der gegen Kindergonorrhoe gebräuchlichen Heilmittel sind. Bei Fluor macht man mit Selbstverständlichkeit reinigende Spülungen, bevor man die Globuli in das Vestibulum bringt. Es empfiehlt sich, die Globuli nach den Spülungen mit Wattebausch fest gegen die Orificia anzulegen und dann durch Windelhöschen in dieser Position zu halten. Was die Spülungen anbetrifft, so haben einen ganz besonderen Wert solche mit dem farblosen Silberpräparat Acykal; Acykal übt keinen Reiz aus, wenn man eine Lösung von 1:10 000 verwendet. In Fällen, bei denen die Regio genitalis bis zum Anus hin geschwollen und gerötet ist, läßt Verf. diese ganze Fläche mit einer 3 proz. Argent. proteinic.- oder Protargolsalbe einstreichen. Für Urethra und Anus sind 2½ bis 3 cm lange Gonostyli oder die Styli Hometa empfehlenswert. Diese Behandlungsweise wird durch Bettruhe und Hitzeapplikationen unterstützt. Es werden heiße Leinsamen- oder Fangokompressen stundenweise auf das Abdomen in der Region des Mons veneris aufgelegt oder es werden heiße Sitzbäder verordnet. Diese werden mit 38° bis 39° begonnen und langsam durch vorsichtiges Zugießen von heißem Wasser bis zu 40° gebracht. Vom Bougieren der Urethra und der Vagina sieht Verf. ab. In hartnäckigen Fällen wird die Behandlung durch Globuli vaginales mit Acidum lacticum und durch Höhensonne unterstützt. In letzter Zeit bewährte sich Argentum protein. in Pillen von 0,1 g Zusatz, 6—10 Pillen pro die.

Spondylitis deformans tabica. Die Spondylitis deformans tabica ist eine durch die Tabes mehr oder weniger verschlimmerte Spondylitis deformans, Die Spondylitis deformans tabica wird häufig von einer gewöhnlichen Spondylitis deformans nicht zu unterscheiden sein. Eine luetische Erkrankung einer Zwischenwirbelscheibe kann einen besonderen lokalen Reiz zur Entstehung der Krankheit bieten. Für eine erfolgreiche Behandlung der Spondylitis deformans tabica ist ein frühzeitiges Erkennen notwendig. Dies wird eine Röntgenaufnahme bei Rückenschmerzen der Tabica noch zur rechten Zeit ermöglichen. Ruhigstellung der Wirbelsäule eventuell in einem Stützkorsett und eine energische antisyphilitische Behandlung ist erforderlich. Durch ein Korsett können Verbiegungen der Wirbelsäule vermieden und die bei Tabes besonders verhängnisvollen Erschütterungen gemildert werden. Durch antiluetische Kuren kann gleichzeitig eine Tabes, insbesondere in ihrer rudimentären Form aufgehalten werden.

Nr. 42, 21. Oktober 1927.

Ambulante Behandlung dyspeptischer Säuglinge mit einfachen Mitteln. Die ambulante Behandlung dyspeptischer Säuglinge mit dickem Reisschleim und gewöhnlicher Kuhmilch leistet recht Gutes. Voraussetzung ist, daß es sich nicht um eine ausgesprochene schwere Störung handelt und daß, wegen der Gefahr des Mehlnährschadens, eine regelmäßige Wiedervorstellung des Kindes gewährleistet ist. Als besondere Vorzüge dieser Methode sind hervorzuheben die relativ geringen Kosten und die leichte Durchführbarkeit auch in primitiven Verhältnissen. Die Methode ermöglicht Schonung des Darmkanals und Ausheilung der Dyspepsie, ohne daß man die Kinder auch nur für einige Tage kalorisch nennenswert unterzuernähren brauchte. Das Kind bekommt immer eine volle Flasche und wird immer satt. Die schnelle Besserung der Stühle, die gute Gewichtskurve und die relativ kurze Dauer der Heilbehandlung sind weitere Vorzüge dieser Methode für leichte und mittelschwere Störungen. Die Behandlung wird nach folgendem Schema ausgeführt: 1. Tag (heute): Nur Fencheltee ohne Zucker, soviel das Kind gut trinkt, mit Saccharin. Abends ½ Tasse Reis mit kaltem Wasser zum Quellen hinstellen; am nächsten Morgen mit gut 1 Liter Wasser ½ Stunde kochen, durch Haarsieb rühren. 2. und 3. Tag: 5 mal Reisschleim (ebensoviel, wie Kind früher Milchmischung bekam). In jede Flasche einen glatten Teelöffel Nährzucker. 4. und 5. Tag: 3 mal Reisschleim, 2 mal ⅓ Milch, ⅔ Reisschleim. Menge wie oben; je 1 Teelöffel Nährzucker; abwechselnd 1 Flasche ohne Milch, 1 Flasche mit Milch. 6. und 7. Tag: 3 mal Reisschleim, 2 mal ½ Milch. ½ Reisschleim, je 2 Teelöffel Nährzucker. 8. und 9. Tag: 2 mal Reisschleim, 3 mal ½ Milch, ½ Reisschleim, je 2 bis 3 Teelöffel Nährzucker. 10. nud 11. Tag: 1 mal Reisschleim, 4 mal ½ Milch, ½ Reisschleim, je 3 Teelöffel Nährzucker. Ab 12. Tag: 5 mal ½ Milch, ½ Reisschleim, je 3 Teelöffel Nährzucker. In jede Flasche ½ Tablette Süßstoff, wenn nötig. Vom 2. Tag ab in jede Flasche 1 Messerspitze „Kalkpulver" (Calcium carbon. pulv.), tüchtig durchschütteln. Weglassen, wenn Stühle zu hart werden. Selbstverständlich kann und muß man im Einzelfalle, je nach Alter und Zustand des Kindes, schneller steigern oder vorsichtiger vorgehen. Im Beginn der Behandlung aber weiche man nicht vom Prinzipiellen des Schemas ab. Aeltere Säuglinge, die schon Brei und Gemüse bekamen, kann man nach der Teepause von vornherein etwas reichhaltiger ernähren: mittags eine Reissuppe, in Gemüsewasser gekocht, mit Zusatz eines rohen Gelbeies, außerdem Wasserkakao, Zwieback evtl. auch weißen Käse. Nach 8—14 Tagen kann man vorsichtig auf die dem Alter entsprechende Normalnahrung zurückgehen, erst den Nährzucker durch Rohrzucker ersetzen und Weizenmehlabkochung statt des Reisschleims geben, dann Suppe, Obst und Gemüse. Wo die Stühle bei stetiger Gewichtszunahme etwas gehäuft bleiben, behält man den Reisschleim als Verdünnungsflüssigkeit der Milch bei. Bei längerer Dauer der Behandlung denke man daran, die nötigen Vitaminträger in Form von rohem Obstsaft, Lebertran, Eigelb hinzuzusetzen.

Ueber Schmerzstillung nach Tonsillektomie. Bei Schmerzen nach Tonsillektomie darf man kein Morphium oder eines seiner Derivate einspritzen, denn das Morphium wirkt nicht nur allgemein schmerzstillend, sondern setzt auch örtlich im Schmerzgebiet neben der Schmerzempfindung zugleich die Reflexerregbarkeit herab. Und das kann verhängnisvoll werden, weil auf diese Weise Nachblutungen lange unbemerkt bleiben können. Das Aufblasen pulverförmiger Anästhetica (Anästhesin, Orthoform usw.) hat auch seine Schattenseiten. Erstens ist das Verfahren ziemlich umständlich und schmerzhaft, zweitens ist die Dauer der Wirkung eine verhältnismäßig kurze,

Auch die Wundheilung scheint dadurch verzögert zu werden. Das Verfahren kann nur dort warm empfohlen werden, wo auf ein möglichst vollkommenes funktionelles Resultat besonderer Wert gelegt wird, also besonders bei Sängern. Es liegt dies an der frühzeitig einsetzenden Muskeltätigkeit infolge des Wegfalls der Schmerzhemmung und des verringerten Narbenzuges gerade infolge der langsamen Heilung. In allen anderen Fällen greift Verfasser zur Injektion von Cibalgin. Eine Ampulle läßt den Patienten oft schon die erste Nacht ruhig durchschlafen. Ein gleichfalls sehr gutes Schmerzlinderungsmittel ist das Atophanyl, mit dem Verfasser sehr gute Erfahrung gemacht hat.

Die endolumbale Lufteinblasung als Hilfsmittel bei der spezifischen Tabesbehandlung. Bekanntlich steht dem Uebertritt von Stoffen aus dem Blut in den Liquor die „barrière hémato-encéphalique" oder die „Blut-Liquorschranke" hindernd im Wege. Auch ist das in die Blutbahn injizierte Salvarsan im Kammerwasser nie, im Liquor nur selten und dann nur in minimalen Spuren nachweisbar. Um den erhöhten Uebertritt zu erzielen, kann man die Meningen in einen künstlichen Reizzustand versetzen, um dadurch eine erhöhte Permeabilität zu erreichen. Unter den zahlreichen Methoden wählten die Verfasser die endolumnale Lufteinblasung. Das Verfahren wird folgendermaßen durchgeführt: Patient wird in sitzende Stellung gebracht, die Wirbelsäule gebeugt. Mit möglichst dünner Nadel wird zwischen 3. und 4. LWDF eingegangen. Es ist notwendig, daß die Kanüle luftdicht an die üblichen Injektionsspritzen aufgesetzt werden kann, um ein seitliches Entweichen von Luft bei der Einblasung zu vermeiden; ferner soll die Kanüle durch einen Hahn absperrbar sein. In einen bereitgehaltenen Meßzylinder werden nun erst 10 ccm Liquor entleert, darauf 5 ccm Luft mit einer Rekordspritze injiziert, dann vier- bis fünfmal 5 ccm Liquor abgelassen und dementsprechend vier- bis fünfmal 5 ccm Luft langsam injiziert, so daß die Gesamtmenge des abgelassenen Liquors 20—30 ccm, die der eingeblasenen Luft 15—25 ccm beträgt. Vor dem Ansetzen der Spritze ist der Hahn abzusperren, um ein Ausfließen des Liquors während dieser Manipulation zu vermeiden. Nach der Punktion wird der Patient langsam ohne jede rasche oder brüske Bewegung niedergelegt und unter die Lendenwirbelsäule bei Rückenlage eine Rolle gelegt, um die Wirbelsäule zu strecken und den Punktionskanal zum Verschluß zu bringen. Die Ruhiglagerung des Patienten dauert 24 Stunden. Eine Stunde nach erfolgter Lufteinblasung wird Neosalvarsan intravenös gegeben (0,3—0,45). Dieses Verfahren wird nach dreitägigen Pausen wiederholt, im ganzen fünf- bis siebenmal, welche Kur je nach Erfolg zwei- bis dreimal durchgeführt wird. Abgesehen von vorübergehenden Schmerzen im Hinterkopf und unteren Extremitäten und leichten Temperatursteigerungen haben Verfasser keine Nebenwirkungen der Methode beobachtet. In 15, nach der erwähnten Methode behandelten Fällen erzielten sie bei 10 Kranken günstige Beeinflussung der Krisen und lanzinierenden Schmerzen, in einem Falle eine weitgehende Besserung der Ataxien, in einem zweiten Fall einen deutlichen Rückgang der Ataxien. Besonders empfehlenswert macht diese Behandlungsart gerade die günstige Beeinflussung der schmerzhaften Symptome.

Die vaginale Heliotherapie nach Landeker-Steinberg. Die Vornahme der vaginalen Bestrahlungstherapie nach Landeker ist eines der wirksamsten Hilfsmittel zur günstigen Beeinflussung der Mehrzahl der in der Praxis bedeutsamen Genitalaffektionen (Cervicitis, Endometritis, Salpingitis, Adnextumoren, Sacralgie, Coccygodynie, Vulvitis pruriginosa, Kraurosis vulvae, Infantilismus, Frigidität usw.). Trotzdem der durch Strahlung erzielte Effekt dem durch sonstige konservativ-gynäkologische Maßnahmen herbeigeführten gleichwertig bzw. überlegen sein kann, sollen beide Verfahren nicht in Konkurrenz, sondern nacheinander angewendet werden. Es gelingt so, dort, wo der Erkrankungszustand scheinbar stationär geblieben wäre, weitere sehr bedeutende Besserungen und klinische Heilungen zu erreichen. Mit den übrigen strahlentherapeutischen Mitteln (Hochfrequenz, elektrische Wärmestrahlung) dürfte die vaginale Heiltherapie derzeit am vorteilhaftesten nebeneinander, also in derselben Behandlungsserie kombiniert erfolgen. Aber auch die Simultanverwendung des langwelligen Ultraviolettgebietes und der Wärmestrahlung (gleichzeitige Applikation, Strahlenmischung) läßt eine weitere Effektsteigerung und Abkürzung der Behandlungszeit erwarten, da eine wechselseitige Sensibilisierung der Organzelle den beiden Strahlenqualitäten gegenüber und damit eine potenzierte Wirkung dieser denkbar ist. Die Bestrahlungen wurden serienweise meist mit zwei- bis viertägigem Intervall in der Einzeldauer von je 10 bis steigend zu 20 Minuten intra-, ganz vereinzelt (bei Kraurosis und Vulvitis pruriginosa) auch extravaginal vorgenommen.

Ueber eine sichere Methode zur Bestimmung des jeweiligen Sitzes des Duodenalsondenknopfes bei Behandlung der Leber- und Gallenleiden. Die vom Verfasser geübte Methode soll in 100% der Fälle den Sitz des Duodenalsondenknopfes anzeigen. Der Patient wird in der Früh mit nüchternem Magen bestellt und erhält eine gehäufte Messerspitze von Methylenblau 0,1 g, Natrium bicarb. ad 100,0 und danach ½ Glas Wasser. Die Duodenalsonde wird wie üblich dem sitzenden Patienten bei vorgebeugter Körperhaltung 55 ccm tief eingeführt, danach der vorher mit Glyzerin schlüpfrig gemachte Mandrin einfach herausgezogen und der Patient in rechtsseitige Beckenhochlagerung mit der Weisung gelegt, weiterzuschlucken, bis die Duodenalsonde in etwa 65 cm Entfernung vom Munde liegt; bei schwerem Gleiten kann man zart nachhelfen. Sofort nach Herausnahme des Mandrins fließt blauer Saft aus der Duodenalsonde, ein Beweis, daß der Knopf im Magen ist. Fließt nichts aus der Duodenalsonde, so ist sie verlegt; dann muß mit einer 5 ccm-Spritze sanft angesaugt werden, denn ein zu starkes Ansaugen kann die Duodenalsonde zum Aufrollen bringen. Gelangt der Duodenalsondenknopf ins Duodenum (bei etwa 80 cm), so fließt grünlich-gelber Saft (Mischung der Galle mit dem Methylenblau) oder weißer Saft (reiner Duodenalsaft) heraus. In diesen Fällen werden ungefähr 15 ccm 25% $MgSO_4$ durch die Duodenalsonde eingelassen, aber ohne Gewaltanwendung, da sonst der Duodenalsondenknopf in den Magen zurückschlüpfen kann. Schon nach 5 Minuten langem Warten bei versperrtem Duodenalsondenausgang fließt nach Wiedereröffnung desselben gelber Saft heraus. Man soll prinzipiell die Duodenalsonde 95—100 ccm gleiten lassen, weil bei schlaffem Pylorus so viel methylenblauer Saft ins Duodenum gelangen kann, daß erst bei 95—100 ccm die Grün-Gelbfärbung auftritt. Wenn auch bei 100 ccm klarer blauer Saft abfließt, ist der Duodenalsondenknopf im Magen, dann muß die Prozedur von 55 ccm an nochmals gemacht werden.

L. Gordon, Berlin.

Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten.

108., Heft 1.

Bakterizide Kräfte des Darms und Typhusinfektion. In seinen fortgesetzten Untersuchungen über die Bakterizidie des Duodenalsaftes prüfte Verf. jetzt auch die Einwirkung des Duodenalsaftes auf Typhus und Ruhrbazillen. Er konnte in der überwiegenden Anzahl der Versuche eine Abtötung dieser Keime durch den Dünndarmsaft in vitro feststellen. Diese keimabtötende Kraft gibt nach Ansicht des Autors eine Erklärung dafür, daß bei Typhuskranken und Rekonvaleszenten Bazillen relativ selten und spärlich gefunden werden. Der Nachweis dieser bakteriziden Kräfte in den oberen Darmabschnitten rollt erneut die Frage nach dem Infektionswege des Typhus auf, indem er die Bedeutung der Tonsillen als Eintrittspforten der Erreger wieder in den Vordergrund schiebt.

Reinigung der Pockenlymphe mit Phenol. Die frische Phenollymphe ist zwei- bis dreimal keimärmer als die abgelagerte vier bis fünf Wochen alte Glyzerinlymphe. Das Vakzinevirus zeigt eine leichte Abschwächung in den ersten Tagen nach der Verarbeitung. Vergleicht man klinisch die Pockenpustel, die mit Phenollymphe

rzeugt ist, mit einer solchen, die mit Glyzerinlymphe hervorgerufen vurde, so finden sich keine Unterschiede. Die Phenollymphe ist wei bis drei Monate von normaler Virulenz.

Kolbenkranzbildung und Tuberkelbazillen. Es gelang den utoren, durch Injektion von abgetöteten Tuberkelbazillen beim aninchen, Strahlenpilzformen mit Kolbenkranzbildungen zu ereugen. Da es sich um tote Bazillen handelt, können die Kolbenildungen keine Entwicklungsstadien der Keime sein. Der Wirtsrganismus reagiert auch auf andere Reize mit derartigen Strahlenormen (bei Aktinomyzeten, Aktinobazillen, Tellur). Auf Grund dieser efunde glauben die Autoren, daß es sich auch bei den bekannten olben der Aktinomyzeten um eine Reaktion des Wirtsorganismus andelt.

Paratyphusbazillen bei gesunden Schlachttieren. Verf. fand nter 162 gesunden Schlachttieren sechsmal Bazillen der Paratyphus -Gruppe, meist in der Leber.

Streptokokkenbefunde bei Scharlachrekonvaleszenten. In den chuppen von Scharlachrekonvaleszenten, die vorher mechanisch esäubert waren, ließen sich kulturell auch mit verfeinerter akteriologischer Technik keine Streptokokken nachweisen. Daegen fanden sich regelmäßig Streptokokken auf den Tonsillen der ekonvaleszenten, die die übliche sechswöchentliche Quarantäneeit in Scharlachkrankenzimmern durchgemacht hatten. In diesen äumen ließen sich hämolytische Streptokokken nicht nur aus Abtrichen von Wänden und Betten züchten, sondern waren auch in er Zimmerluft nachweisbar. Verf., der auf dem Boden der Streptookkenätiologie des Scharlachs steht, zieht aus seinen Befunden den chluß, daß bei der Uebertragung des Scharlachs die Infektiosität es Schuppen abzulehnen ist, und daß für die sogenannten Heimkehrälle die noch mit Streptokokken beladenen nach Hause entlassenen ekonvaleszenten verantwortlich zu machen sind.

Henning, Leipzig.

Zentralblatt für innere Medizin.

48. Jahrg., Nr. 33.

* Phthisische Entwicklungsgänge der Lungentuberkulose. Redeker.

Phthisische Entwicklungsgänge der Lungentuberkulose. Anchließend an frühere Veröffentlichungen des Verf. (Zeitschr. f. Tub., d. XLV, Nr. 1, D. M. W. 1927, Nr. 3 u. a.) über das meist infraklaviuläre „Frühinfiltrat" als Beginn der großen Masse der rwachsenenphthisen werden Gedankengänge über die Entwicklung er Lungentuberkulose dargelegt, die sich auf mehrjähriges eobachtungsmaterial aus der Fürsorgetätigkeit stützen. Jede Neuerdbildung geht unter sekundärallergischen Erscheinungen einher, eren allergische Stabilisierungs- bezw. pathologisch-anatomische arbenform der „tertiäre" Herd im Sinne der dem Verf. als überholt eltenden Ranke'schen Stadieneinteilung ist. Auch die übliche Eineilung (Dualitätslehre) in exsudative und produktive Phthise wird n dieser schroffen Scheidung als mit unseren Anschauungen über llergie nicht vereinbar — mit guter Begründung abgelehnt. Einzeleiten der wissenswerten Ausführungen sind im Original nachzulesen. Wie die früheren Abhandlungen gipfeln sie für die kl.nische Praxis in der Forderung, nicht, wie bisher meist geschieht, ediglich die Defektheilungen der produktiv-zirrhotischen Lungentuberkulose zu behandeln, sondern die die Phthise verhütende Frühtherapie bereits bei den exsudativ-infiltrierenden Zustandsbildern einsetzen zu lassen. Erfassung dieser Frühformen durch die Fürsorgearbeit und Umstellung der Maßnahmen der Versicherungsanstalten und Indikationsbegutachtung sind Bedingungen zur Durchführung.

Nr. 34.

* Zur Beeinflussung der Leukozytose im Insulinschock (Leukozytensturz nach Milchzufuhr). Klein und Holzer.

Zur Beeinflussung der Leukozytose im Insulinschock (Leukozytensturz nach Milchzufuhr). Eigene Versuche lehrten, daß das Phänomen der Insulinleukozytose, meist von der Hypoglykämie ausgelöst, beim Diabetiker verschieden stark ausgeprägt ist, beim Leberkranken fast vollständig fehlt und beim Stoffwechselgesunden hochgradiger ist als beim Diabetiker. Zufuhr großer Wassermengen nach der Insulininjektion oder auf der Höhe der Hypoglykämie verstärken diese und gleichzeitig die Leukozytose. Umgekehrt führen Faktoren, die die Hypoglykämie beseitigen (Lävulose, Galaktose, Adrenalininjektion) keineswegs auch eine Beseitigung der Leukozytose herbei. Nur Glukosezufuhr brachte neben Steigerung des Blutzuckers Abnahme der Leukozytenzahl. Ferner wurde nach Milchzufuhr im Stadium des Insulinschocks in der überwiegenden Mehrzahl der Versuche vorübergehender Leukozytensturz beobachtet, und zwar früher, als eine Resorption des Zuckers der Milch stattfinden kann. Diese wohl vom Magendarmtraktus ausgehende vegetativnervöse Reflexwirkung der Milch im Insulinschock wird mit der hämoklasischen Krise Widals bei Lebererkrankungen in Beziehung gesetzt. Die gesteigerte Insulinwirkung im Insulinschock schafft in der Leber vorübergehend Bedingungen, die denen in einer diffus geschädigten Leber nahekommen.

Nr. 35.

* Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. Fritz Koch.

Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. Die Indikationen der extrapulmonalen Verfahren des Pneumothorax, der Plastik und der Zwerchfellähmung werden besprochen. Vorbedingung für diese Verfahren sind Einseitigkeit des Lungenprozesses, relative Schwere des Prozesses, die die Gefahren der Eingriffe rechtfertigt, und ein Allgemeinzustand, der schnellere Heilung durch die Operation erhoffen läßt. Bei der Prüfung der Einseitigkeit des Lungenprozeses hat sich für die Beurteilung verdächtiger Herde der kontralateralen Seite in der Volhard'schen Klinik die Röntgenreizbestrahlung bewährt: im Gegensatz zu anderer Reizkörpertherapie ermöglicht sie die suspekte Stelle allein zu beeinflussen, wird steigende Dosis bis zu 25% der HED ohne nachweisbare klinische Erscheinungen vertragen, so gilt der Herd als bestimmt inaktiv. Leichte produktive, rein zirrhotische Formen rechtfertigen niemals ein operatives Vorgehen. Schwere, einseitige exsudative Prozesse geben schlechte Pneumothoraxresultate und sollten mit Plastik behandelt werden. Im übrigen sind die Indikationen zur Vornahme von Plastik oder Pneumothorax grundlegend die gleichen. Unterschiede bedingt die Methode selbst: Die Plastik schaltet die Lungenhälfte unwiederbringlich von der Atmung aus, der Pneumothorax nur vorübergehend. Die Gefahren beruhen bei der Plastik auf der Operationstechnik, beim Pneumothorax auf der langwierigen Unterhaltung. Die Zwerchfellähmung kann beide Verfahren ergänzen und kommt als selbständiger Eingriff bei den seltenen isolierten Unterlappenprozessen in Betracht. Als Kontraindikation des an sich kleinen Eingriffes der Anlage des Pneumothorax kommt nur fortgeschrittene Tuberkulose anderer Organe in Frage. Bei der schweren Operation der Plastik mahnen Alter über 40 Jahre, Emphysem, mangelhafte Zwerchfellverschieblichkeit der anderen Seite zur Vorsicht. Beim Diabetes ist die Plastik kontraindiziert, der Pneumothorax gerechtfertigt. Beim Vorliegen von Amyloid fordert die Volhardsche Klinik im Gegensatz zu allen anderen Autoren zu operativen Vorgehen auf, da mit dem Ausheilen der Tuberkulose die Ursache der Amyloidbildung beseitigt wird.

Nr. 36.

* Ueber das Verhalten der postmortalen Durchströmungskapazität des Blutgefäßsystems der Niere bei Erkrankungen mit und ohne Blutdrucksteigerung. Doenecke und P. Rothschild.

Ueber das Verhalten der postmortalen Durchströmungskapazität des Blutgefäßsystems der Niere bei Erkrankungen mit und ohne Blutdrucksteigerung. Die Durchspülung sofort nach dem Tod entnommener Nieren mit körperwarmer, blutgleicher Lösung nach Atzler und Lehmann ergab in Uebereinstimmung mit früheren Untersuchern (Thoma, Rigo), daß die Durchströmungskapazität bei Nieren mit sicheren Insuffizienserscheinungen und Blutdrucksteigerung meist um das Vielfache geringer ist als bei Nieren mit intakter Funktion. Als Ursache scheint der ausgedehnte Untergang funktionell wichtiger Nierengefäße, insbesondere der Glomeruli, wichtig zu sein. Der Beginn der Durchströmung setzte bei normalen Nieren schon bei niedrigem Druck, bei insuffizienten Nieren mit Blutdrucksteigerung erst bei höherem Druck ein.

Nr. 37.

Sammelreferat aus dem Gebiete der Rhino-Laryngologie (April bis Juli 1927). O. Seifert.

Dr. Gustav Hofmann-Nürnberg.

Zeitschrift für Kreislaufforschung.

19., Nr. 19.

Die Beziehungen der Blutdruck-Komponenten untereinander. W. Messler und G. Rückle.

19., Nr. 20.

* Der Einfluß von Kalisalzen auf die Herzreizbildung. B. Kisch.

Der Einfluß von Kalisalzen auf die Herzreizbildung. Die Beeinflussung der Herzreizbildung durch erhöhte Kalisalzzufuhr ist von zwei Komponenten abhängig. Eine beträchtliche Steigerung des Kalisalzgehalts der Reizbildungsstelle über die Norm hemmt wie andere Zellfunktionen auch die Reizbildung. Hingegen wird durch eine Erhöhung des Konzentrationsgefälles von außerhalb zu innerhalb der Reizbildungsstelle die Reizbildungsfrequenz gesteigert. Die Förderung der Reizbildung durch Kalisalze entspricht demnach dem Mechanismus der Potentialgifte, die Hemmung der Reizbildung durch eine Anreicherung dieser Stoffe innerhalb der Reizbildungsstelle aber nicht.

19., Nr. 21.

* Ueber den klingenden zweiten Aortenton. A. Bittorf, H. Liebig u. F. Trendelenburg.

Ueber den klingenden zweiten Aortenton. Der klingende Charakter des zweiten Aortentons ist nicht eine Funktion der Akzentuation, sondern wird durch das Hervortreten von Tönen höherer Frequenz bedingt. Das bessere Hörbarwerden der höheren Frequenzen beim klingenden zweiten Aortenton beruht auf dem Elastizitätsverlust der sklerotischen Aorta, der es mit sich bringt, daß die Dämpfung der Schallphänomene des zweiten Aortentones, insbesondere der in ihm enthaltenen höheren Komponente, in der Aortenwand nicht mehr in demselben Maße erfolgt wie bei der normalen Schlagader. Die Bedeutung des klingenden zweiten Aortentones für die Diagnose der sklerotischen Erkrankungen der Aorta ist heut allgemein anerkannt.

Lanke, Engelsdorf.

Zeitschrift für die gesamte physikalische Therapie.

34., Heft 1.

Eine neue Methode, um die Stromstärke bei elektrodiagnostischen Untersuchungen vom Körperwiderstand vollständig unabhängig zu machen. Max Büge und Ludwig Mann.
Die ethnographische und historische Aehnlichkeit zwischen der Verbreitung der Paralyse und der Rachitis. Huldschinsky.
* Der chronische Kopfschmerz und seine physikalische Behandlung. Ziegelroth.
* Experimentelle Untersuchungen über feuchte Einpackungen. (Ein Beitrag zur Behandlung der Hypertonie.) Messerle.

Der chronische Kopfschmerz und seine physikalische Behandlung. In der Arbeit wird gezeigt, daß bei allen Arten von chronischem Kopfschmerz die Anwendung physikalischer Heilmaßnahmen großen Nutzen bringt. Sodann wurden die wichtigsten Anwendungsformen der physikalischen Therapie in Hinsicht auf die Besserung und Heilung des chronischen Kopfschmerzes besprochen, und einzelne Methoden, vor allem die Kopfmassage, eingehend geschildert. Mehrmals konnte darauf hingewiesen werden, daß wir mit der physikalischen Behandlung nicht nur ein quälendes Krankheitssymptom vielfach schnell beseitigen können, sondern daß wir mit ihr auch kausale Therapie im besten Sinne treiben. Bezüglich der diätetischen Maßnahmen endlich konnte nur deren Wichtigkeit für die Behandlung chronischer Zephalaea betont werden, einige Diätformen finden sich in der Arbeit erwähnt.

Experimentelle Untersuchungen über feuchte Einpackungen. Es wurden Untersuchungen ausgeführt in der Absicht, während einer einzelnen und einer Serie von feuchten, kalten Einpackungen 1. die Kurve der Erwärmung resp. des thermischen Eingriffs während der Einpackung, 2. die physiologischen und therapeutischen Wirkungen und Nachwirkungen der Einpackungen festzustellen. Die Resultate der Untersuchungen sind folgende: 1. die Erwärmung in der Einpackung hängt von dem Ernährungszustand und von der Reaktionsfähigkeit der Hautgefäße ab. Bei mäßig ernährten Patienten findet anfangs eine sehr rasche Erwärmung statt, welche nach einem meist deutlichen Knick in der Kurve nachher langsamer fortschreitet. Die höchste Erwärmungstemperatur überschreitet selten 36° C und wird meistens nach 40 bis 50 Minuten erreicht. Subjektiv wird ein behagliches Wärmegefühl meist nach 5 bis 10 Minuten erreicht. Die Erwärmung verläuft im allgemeinen annähernd parallel über den ganzen Körper. Am wenigsten und am langsamsten werden die Füße erwärmt. Bei stark adipösen und bei Patienten mit träger Hautreaktion erfolgt die Erwärmung langsamer, wie bei „normalen“ Individuen. 2. Die physiologische Wirkung der einzelnen Einpackungen besteht bei gesunden, wie auch bei Individuen mit gesteigertem Blutdruck in einer mehr oder weniger starken Blutdrucksenkung um 20 bis 50 mm Hg, nach einer geringen (5 bis 10 mm) initialen Blutdrucksteigerung. Fast bei allen Individuen ist eine Nachwirkung der Einpackungen im Sinne einer Blutdrucksenkung nach 2 bis 24 Stunden erkennbar. In den meisten Fällen sinkt der systolische Blutdruck stärker als der diastolische. Nach einer initialen Pulsfrequenzsteigerung ist eine Pulsverlangsamung bis um 10 bis 12 Schläge pro Minute infolge der Einpackung erkennbar. Bei vielen Individuen folgt zum Schluß der Einpackung eine erneute geringe Pulsbeschleunigung bis zum Ursprungswert oder etwa darüber. Die Atmung läßt bei den meisten der Versuchspersonen eine initiale Bechleunigung mit folgender Verlangsamung und Vertiefung derselben erkennen. Sehr häufig stellt sich 10 bis 30 Minuten nach Beginn der Einpackung ein Müdigkeitsgefühl und Schlaf ein. 3. Die intrakutane Adrenalinreaktion nach von Gröer (0,1 ccm 1 : 10 000 000) zeigt infolge der Einpackung nach 1 und 3 Stunden eine Verstärkung der Quaddelbildung, und zwar universell, d. h. nicht nur auf der vom Reiz der Einpackung getroffenen Haut, sondern auch an Hautstellen, die nicht mit eingepackt waren. Die Verstärkung der Adrenalinquaddelbildung ist nicht bei allen Personen gleich stark ausgeprägt. 4. Als Folge einer Serie von 20 bis 30 systematisch verabreichten Einpackungen findet man bei fast allen Hypertonien eine mehr oder weniger starke Blutdrucksenkung, die nach der Beendigung der „Einpackungskur“ noch 3—4 Wochen anhält, so daß nach 4 Wochen der Blutdruck bei den Versuchspersonen mit Hypertonien um 15 bis 40 mm Hg niedriger war als vor Beginn der Einpackungen.

L. Katz.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.

66., Heft 2/3, Oktober 1927.

* Seelenblindheit. A. Heidenhain.
* „Spezifische“ Lues und progressive Paralyse. E. Sträußler.
* Sog. Pupillenunruhe. O. Löwenstein.
Paradoxe Lichtreaktion. O. Löwenstein.
Familiäre Erkrankung mit besonderer Beteiligung der Stammganglien. S. Kalinowsky.
Zentralnervensystem und Muskeln bei angeborener Gliederstarre. R. Ungar.

Seelenblindheit. Fall von partieller Seelenblindheit in seltener „Reinheit“ bei einem 45 jähr. Manne mit sonst rüstigem Gehirn, der durch Embolie eine fast rein lokale Schädigung erlitt; und zwar handelt es sich um je einen Herd in beiden Okzipitallappen, denen sich nur noch ein kleiner Herd am Fuße der zweiten linken Stirnwindung zugesellt. Die Alexie war hervorgerufen durch den links gelegenen basalen Okzipitalherd.

„Spezifische“ Lues und progressive Paralyse. Verf. soll in einem Falle von juveniler Paralyse miliare Gummen in einer bisher nicht beobachteten Reichlichkeit, und zwar in allen Regionen der Hirnrinde und im Claustrum. Spirochäten wurden nicht gefunden. Es ist dies der fünfte vom Verf. beobachtete Fall von unzweifelhaften miliaren Gummen bei progressiver Paralyse (unter 250 untersuchten Paralysen); tertiär-luetische Erscheinungen überhaupt (Gummen und luetische Meningoenzephilitiden) beobachtete er bei der Paralyse achtmal.

Sog. Pupillenunruhe. Die Pupillenunruhe beruht in ihrem wesentlichsten Teile nicht auf psychischen Vorgängen, sondern auf periodischen Tonusschwankungen, die sich unabhängig von psychischen Vorgängen abspielen und als Teilerscheinungen der überall am Körper sich abspielenden Tonusschwankungen anzusprechen sind. Rein symptomatologisch unterscheidet sich der Hippus von der Pupillenunruhe durch die ausgiebigere, schnellere und konzentrische Verengerung der Pupille. Beide entstehen unabhängig von sensiblen, sensorischen oder psychischen Reizen. Während die Pupillenunruhe bei jedem gesunden Menschen vorhanden ist, beobachtet man den Hippus nicht bei jedem. Die Neigung zur Produktion des Hippus ist eine individuelle Eigenschaft, die manche gesunde Individuen aufweisen, andere ebenfalls gesunde Individuen aber nicht zeigen, und deren Entstehungsbedingungen wir noch nicht kennen. Der Hippus stellt wahrscheinlich ein Analogon zu dem — nicht psychogenen — Tic dar.

Kurt Mendel-Berlin.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 41.

* Seidenfäden in der Wand der Magen-Darmfistel. F. Starlinger.
Ein Fall von doppelter Fabella. K. Vogel.
* Ueber Rektaluntersuchung, und was man dabei gelegentlich zur Unterstützung der Diagnose Appendizitis bei der Frau fühlen kann. H. Sellheim.
* Ein gynäkologisches Kennzeichen zur Vermeidung der Fehldiagnose Appendizitis. E. Sachs.
Die Katgutinnensterilisation. F. Kühn.
Erwiderung. Storp und Abel.
Ein neues Harnleiterzystoskop für Blasen geringen Fassungsvermögens. R. Jahr.
* Instrumentarium für alle Eventualitäten einer Bluttransfusion. A. Kubányi.

Ein Beitrag zum späteren Schicksal und zur klinischen Auswirkung der Seidenfäden in der Wand der Magendarmfistel. Es werden drei Fälle berichtet, bei denen die Seidenfäden der Magen-Darmnaht zu Störungen führten. — Anatomische Befunde von Resektionspräparaten. Am gefährlichsten ist in dieser Beziehung die fortlaufende Naht, Knopfnähte vermeiden die Gefahr zum Teil, Katgut schließt sie aus. Frei ins Lumen flottierende Fäden machen eventuell schwere Erscheinungen. Sie müssen dann entfernt werden, unter Umständen wird Resektion der Anastomose nötig.

Ueber Rektaluntersuchung, und was man dabei gelegentlich zur Unterstützung der Diagnose Appendizitis bei der Frau fühlen kann. S. betont aufs neue, daß bei Unterbaucherkrankungen die rechtsseitige oder rechtsseitig bevorzugte Verdickung des Lig. sacrotuimum für eine Beteiligung der Appendix spricht. Beim Touchieren ist die gleichzeitige rektale Untersuchung mit dem dritten Finger unzulänglich. Die Daumen-Zeigefingeruntersuchung ermöglicht eine viel sicherere Exploration.

Ein gynäkologisches Kennzeichen zur Vermeidung der Fehldiagnose Appendizitis. Schmerzhafte Randverdickung spricht für Genitalerkrankung, nicht schmerzhafte Randverdickung oder Normalbefund sprechen für Appendizitis.

Instrumentarium für alle Eventualitäten einer Bluttransfusion. K. hat ein Transfusionsgerät zusammengestellt, das den verschiedensten Indikationen und Operationsumständen genügt. Es enthält einen wenig modifizierten Oehlekerschen Apparat, neben den Kanülen Metallnadeln zur Venenpunktion, Behelfsapparate zur indirekten Transfusion. Alle Teile des Instrumentariums befinden sich in einem Aluminiumtopf verpackt, in dem sie sterilisiert werden können. Das fertige Besteck enthält ferner alle zur Blutgruppenbestimmung und zur Operation selbst notwendigen Reagenzien und Ausrüstungsgegenstände.

Dr. Walter Großmann.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 44, 29. Oktober 1927.

Eigenblutbehandlung bei gynäkologischen Erkrankungen. Akute und chemische Entzündungen an den weiblichen Beckenorganen, besonders an den Adnexen und Parametrien, lassen sich durch die lokale Resorptionstherapie mit Jod, Ichthiol, Sitzbädern und Hitze-Applikationen nur schwer beeinflussen. Die Wirkung aller örtlichen therapeutischen Maßnahmen ist verhältnismäßig gering und langsam. Deshalb ist man zur parenteralen Einverleibung von Eiweiß übergegangen. Hier ruft das artfremde Eiweiß lokale und allgemeine Reaktionen hervor als Folge einer starken Stoffwechselsteigerung des Organismus. Die mobilisierten Kräfte bewirken in den erkrankten Organen eine erhöhte Resorptions- und Ausscheidungsfähigkeit. Aber auch die parenterale Einverleibung arteigener Eiweißstoffe, die im körpereigenen Blut enthalten sind, erzielt ähnliche und gleichwertige Resultate wie die Anwendung artfremder Stoffe, jedoch mit dem Unterschied, daß die vom Patienten oft störend und lästig empfundenen lokalen und allgemeinen Reaktionen hier vollkommen fehlen. Ein weiterer Vorteil der Eigenblut-Behandlung zeigt sich in der Wirkungszeit: eine subjektive Besserung des Wohlbefindens tritt schon nach der ersten Injektion binnen 24 Stunden ein, während bei der Behandlung mit artfremdem Eiweiß die Besserung erst allmählich, von Injektion zu Injektion sich steigernd, zu erwarten steht. — Bericht über 10 Fälle von Eigenblutbehandlung bei entzündlichen Genitalerkrankungen der Frau, von denen die ersten 4 Versager waren und auch Versager sein mußten, weil bei diesen Fällen das Bild der diffusen Peritonitis bereits völlig ausgebildet war. Solche schweren Krankheitserscheinungen bilden selbstredend eine Kontraindikation gegen das in Frage stehende Heilverfahren. Die 6 übrigen Fälle betrafen entzündliche Erkrankungen mit lokalisiertem Befund: exsudative subakute und chronische Adnexitiden und Parametritiden, teilweise auf gonorrhoischer Grundlage. In diesen 6 Fällen konnte durch die Eigenbluteinspritzungen ein überraschender und voller Erfolg erzielt werden. Neben der subjektiven Besserung im Befinden: Nachlassen der Kreuzschmerzen, des unangenehmen Gefühls der Spannung und Schwere im Unterleib, war objektiv in jedem Falle eine Verkleinerung der Schwellungen und Exsudate und Schmerzlosigkeit bei Bewegung der fixierten Uteri festzustellen. Die Technik ist einfach: 7—10 ccm Armvenenblut werden aufgezogen und möglichst rasch, ehe die Gerinnung in der Kanüle oder Spritze eintritt, tief intraglutäal reinjiziert.

Die Gefahren der intravenösen Elektrargol-Anwendung. Auf Grund unangenehmer Erfahrungen mit Elektrargol bei intravenöser Darreichung kommen die beiden Verf. zu dem Schluß, daß die Anwendung von Metallkolloiden nach Möglichkeit einzuschränken sei, da dadurch schwere Komplikationen in Form anaphylaktoider Schock-Zustände hervorgerufen werden können. Jedenfalls bedürfen die Patienten, bei denen eine intravenöse Elektrargol-Behandlung vorgenommen wird, einer besonderen Ueberwachung im Zeitraum zwischen den einzelnen Injektionen, da die Möglichkeit einer Zellsensibilisation und damit des anaphylaktoiden Zustandes jederzeit gegeben ist. Die subkutane und intramuskuläre Injektion von Elektrargol ist weniger gefährlich, jedoch von fraglicher Wirksamkeit.

Nr. 45, 5. November 1927.

Der diagnostische und therapeutische Wert der Douglas-Punktion. Die Douglas-Punktion, in der Hand des Geübten ein harmloser Eingriff, soll nach Ansicht der Verff. nur bei klinisch beobachteten Patienten, nicht bei ambulanter Behandlung ausgeführt werden. Sie dient in zweifelhaften Fällen zusammen mit der Anamnese, der klinischen Beobachtung und dem Palpationsbefund zur Klärung der Diagnose und kann manche Probelaparotomie ersparen. Bei sinngemäßer Ausführung ist es nicht erforderlich, an die Douglas-Punktion die Operation sofort anzuschließen. Wenn die äußeren Verhältnisse es bedingen, kann auch ohne Gefahr 24 Stunden mit der Operation gewartet werden. Das Aussehen, die Konsistenz, der Eiweiß- und Hormon-Gehalt des Punktates sind für die Differentialdiagnose wichtig. So kann man die entzündlichen Prozesse, die Extrauteringravidität, stielgedrehte Ovarialzyste, Peritoneal- und Follikalzyste differentialdiagnostisch von einander unterscheiden. Besonders wichtig ist die Punktion bei fieberhaften Fällen, wo eine Laparotomie bei falscher Diagnose die schwersten Folgen haben kann. — Therapeutisch kommt die Douglas-Punktion bei entzündlichen Prozessen in Frage, wenn das Exsudat im Becken unter Druck steht und dadurch Schmerzen und Fieber bedingt. Durch Ablassen resp. Absaugen des Exsudats wird der Krankheitsverlauf wesentlich abgekürzt. Auch bei eitrigen Prozessen wird schon durch Ablassen geringer Eitermengen die Resorption beschleunigt. Eine Fistel entsteht nicht. Die operative Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes wird nur beim typischen Douglas-Abszeß empfohlen. Follikelzysten, erkenntlich am Hormongehalt des Punktats, kann man durch Punktion völlig entleeren und dadurch eine Laparotomie vermeiden, während bei zystischen Tumoren entzündlichen Ursprungs durch Ablassen des Exsudats allein eine völlige Ausheilung meist nicht erreicht wird.

Schwangerschaft und Herzfehler. Die Frage nach der Berechtigung der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung bei kompensiertem Herzfehler wird an einem größeren Material von 192 herzkranken Schwangeren nachgeprüft. Hierbei kommt Verf. zu dem Resultat, daß Herzkranke mit reiner Klappenschädigung jeglicher Art im allgemeinen gut mit dem Geburtsvorgang fertig werden, es sei denn, daß eine Dekompensation deutlich ausgeprägt ist oder längere Zeit besteht bzw. bei gründlicher Behandlung sich nicht gebessert hat. Die Kombination von Mitralstenose mit Mitralinsuffizienz hält Verf. für den gefährlichsten, prognostisch ungünstigsten Herzfehler im Hinblick auf die Geburt. Die Sterblichkeit schwankt hier zwischen 25 und 27%. Die reinen Mitralstenosen vertragen die durch die Geburt und das Wochenbett eintretende Belastung des Herzens völlig befriedigende. Bei Mitral-Insuffizienzen und Myokarditiden sind die Aussichten weniger günstig, besonders wenn sich der Herzfehler mit Krankheitssymptomen an anderen Organen: Nephritis, Tuberkulose, kombiniert findet. Im kompensierten Zustand des Herzens besteht die Möglichkeit der Schwangerschaftserhaltung, sind dagegen Symptome der Dekompensation vorhanden, die sich nicht bessern lassen, oder sind solche Symptome in der ersten Schwangerschaftshälfte vorhanden gewesen, die sich, nach vorübergehender Kompensation, in der zweiten Hälfte der Gravidität wieder einstellen, so muß die Schwangerschaft unterbrochen werden, ebenso bei Komplikationen mit Erkrankung anderer Organe.

Schwab, Hamburg.

Dermatologische Wochenschrift.

85., Nr. 45, 5. November 1927.

Aetherspray zur Förderung des Haarwuchses. Kälteeinwirkung bewirkt verstärkten Haarwuchs, was darauf zurückzuführen ist, daß nach ursprünglicher Anämie eine kräftige Hyperämie und vielleicht auch Entzündung auftritt und die damit verbundene Uebverernährung und Ueberschwemmung mit Nährplasma, woben spezifische Wuchshormone eine Rolle spielen, die rasche Regeneration zur Folge hat. Hierauf fußend wurde mit Erfolg eine Behandlung der Alopezia areata und des allgemeinen Haarausfalles mit Aeterbesprayung durchgeführt. Vorteilhaft ist eine kombinierte Behandlung durch Zusatz von 1% Pellidol oder 1% Sulfoform.

85., Nr. 46, 12. November 1927.

Ueber eine systematisierte bullöse Dermatitis durch Uferpflanzen. Bei einer Reihe von Personen wurden Dermatitiden beobachtet, nachdem sie nach einem Bade längere Zeit unbekleidet im Grase gelegen hatten. Der Ausschlag zeigte sich regelmäßig an den Stellen, auf denen sie im Grase gelegen hatten; er bestand in Erythemen von Stecknadelknopf- bis Pfennigröße mit, besonders bei den größeren, vesikulösem bzw. bullösem Zentrum. Sehr charakteristisch war das strich- und geflechtartige Auftreten, die Bläschen standen stellenweise gruppiert und machten einen herpesartigen Eindruck. Es handelt sich sicher um ein Ueberempfindlichkeitsphänomen; die spezielle Ursache ließ sich nicht nachweisen, am meisten Wahrscheinlichkeit besteht dafür, die Erkrankung auf Riedgras zurückzuführen. Auffallend ist das Auftreten in Form von Strichen, das vielleicht auf mechanische Momente, Verletzung durch scharfe Blatt-ränder, Haare und Zähnchen zu beziehen ist.

Beiträge zur Aetiologie und Therapie des Pemphigus. Bezüglich der Aetiologie des Pemphigus geht die Anschauung jetzt dahin, daß dabei Kochsalzretention, Eiweißzerfall, Oedembereitschaft und eventuell Störungen im Nervensystem infolge von Erkrankungen des innersekretorischen Systems eine Rolle spielen. Dabei handelt es sich jedenfalls nicht um Störungen einer einzelnen endokrinen Drüse. Die Therapie muß daher danach streben, die Harmonie in der Funktion der endokrinen Drüsen wiederherzustellen. In zwei Fällen gelang wesentliche Besserung durch zeitweilige Ausschaltung der Hodenfunktion durch Röntgenkastration, obwohl mit der Ninhydrinreaktion gerade die Hodenfunktion einen normalen Befund ergab, während Thymus völligen, Thyreoidea, Hypophyse, Nebenniere geringeren Ausfall zeigten. Vielleicht wurden durch Ausschaltung des Hodens die anderen Drüsen zu gesteigerter Funktion angeregt und so das Gleichgewicht des Stoffwechsels wieder hergestellt.

Ernst Levin, Berlin.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

H. 1—3. 1927. 1. Jahrg.

H. 4., 1927.

Die operative Behandlung der Prostataatrophie. In Fällen von Harnverhaltung infolge Prostataatrophie soll man mit der Operation nicht zu lange warten, da der Eingriff kein sehr schwerer ist, und der Erfolg der Operation, wie die Erfahrungen des Verfassers beweisen, immer befriedigt. — Es wird über sechs Patienten im Alter von 55 bis 64 Jahren berichtet, bei denen die kleine, geschrumpfte Prostata exstirpiert bezw. eine Spaltung der Schleimhaut um das Orificium internum und Exstirpation des tiefer gelegenen Narbengewebes vorgenommen wurde. Die Patienten erlangten hiernach wieder die Fähigkeit zur spontanen Urinentleerung.

Ueber die Massage der Prostata. Verfasser kann sich der Anschauung Stutzins, die Prostatamassage zu unterlassen, nicht ganz anschließen. Richtig und zur geeigneten Zeit — nicht monatelang — ausgeführt, kann sie von Nutzen sein. Eine brüske Massage ist schädlich, zwecklos und führt zu schweren Folgeerscheinungen; dagegen dürfte eine leichte, einmal wöchentlich ausgeführte Bestreichung der Drüse mit ganz geringem Druck nach Ansicht des Verfassers kaum als Fehler anzusehen sein. Während sich diese Prozedur bei akuter Prostatitis verbietet, kann sie bei chronischen veralteten Fällen, bei beginnender Hypertrophie, bei sexueller Neurasthenie mit Erfolg angewendet werden.

H. 5., 1927.

H. 6., 1927.

Die willkürliche Beschränkung der Zeugung. Verfasser lehnt sich im Grunde an die bekannte Grotjahn'sche Auffassung an, indem er als Arzt den künstlichen Abortus ablehnt, doch „volkswirtschaftliche" („privatwirtschaftliche" nach Grotjahn) Gründe berücksichtigt. Von diesem Standpunkt aus tritt auch F. für die Freigabe der Propagierung der konzeptionsverhütenden Mittel ein, von denen der Kondom das sicherste ist. Als Neomalthusianist tritt Verfasser anscheinend nicht so energisch für die Beibehaltung des Bevölkerungsstandes ein, wie Grotjahn; doch ist auch er Gegner des katastrophalen Geburtenrückganges. Ein Bekämpfungsmittel desselben sieht F. weniger in spezifischen sozialpolitischen Maßnahmen, als vielmehr in der Herbeiführung eines ökonomischen Wohlstandes der großen Volksmassen. „Danach wird der Wunsch nach Kindern von selbst kommen, begünstigt durch eine vermehrte Kenntnis über die antikonzeptionellen Mittel, um es in den Willen des einzelnen zu legen, ob und wann er dazu gelangen kann, weitere Kinder zu ernähren und aufzuziehen. Das wird der sicherste Weg sein, der Abtreibungsseuche Herr zu werden".

H. 7., 1927.

Die chirurgische Behandlung der kindlichen Pyurie. Bericht über zwei mit Erfolg operierte Fälle, bei denen der chirurgische Eingriff auf Grund der Pyelographie erfolgte. Wie Verf. betont, sollen alle Fälle von kindlicher Pyurie genau urologisch untersucht werden. Zu dieser Untersuchung gehört nicht nur der Ureterenkatheterismus und die Funktionsprüfung, sondern auch die Pyelographie, durch welche festgestellt wird, ob Aussicht vorhanden ist, mit konservativer Behandlung einen Erfolg zu erzielen, oder ob schwere kongenitale Mißbildungen der Niere vorliegen, angesichts deren es viel besser ist, sofort zu operieren und auf diese Weise die Pyurie zu beseitigen.

Die Behandlung der Zystitis mit Antivirusbouillon (Besredka). Mit dieser Behandlung sah Verf. ganz überraschende Erfolge, selbst bei chronischen Fällen. Aetiologisch handelte es sich um reine Infektionen mit Bact. coli, teils vergesellschaftet mit Staphylokokken und Streptokokken und Micrococcus vesicae. Die Verwendung der

Antivirusbouillon (AVB) ist auch in den Fällen geboten, wo die Entzündung nach dem Nierenbecken steigt. Hier behandelt man zuerst die Blase und beginnt dann durch Einführung eines Ureterkatheters mit der lokalen Behandlung des Ureters. Die AVB. wird in der Regel in einer Menge von 150 ccm auf einmal in die Blase instilliert. Die letztere wird mit dieser Menge ungefähr zur Hälfte Schleimhaut der Blase einwirken kann, bevor sie durch den einsetzenden Harndrang entleert wird. Die Schmerzen und Beschwerden schwinden fast unmittelbar nach dem Einbringen der AVB. in die Blase. Was das Verschwinden der Bakterien aus Blase und Urin anlangt, so dauert dies in manchen Fällen ziemlich lange. In solchen Fällen bedarf es einer wiederholten Einfüllung der AVB.

E. Kontorowitsch.

Seuchenbekämpfung.

Jahrg. 4. Heft 4.

Impfung mit Neurovakzine. Die mit der klassischen Methode der Hautimpfung gewonnene Vakzine hatte den Nachteil, daß sie nicht vollständig keimfrei war. Daher die Bestrebungen Noguchis und Levaditis, durch Organverimpfungen (in den Hoden bzw. das Gehirn des Kaninchens) das Vakzinevirus ohne Bakterienbeimengungen zu erhalten. Die sogenannte Neurovakzine Levaditis bietet nun nach den Ausführungen des Autors besonders wegen ihrer Wirtschaftlichkeit große Vorteile. Bei der Bereitung dieser Neurovakzine geht man so vor, daß das zur Impfung zu benutzende Hautvirus durch Aether oder durch Auszentrifugieren von den Begleitbakterien befreit wird. Dieses sterile Virus wird dann den Kaninchen subdural injiziert. Nach vier bis fünf Tagen sterben die Tiere. Das in Glyzerin verriebene Gehirn wird dann zur Pockenschutzimpfung verwandt. Seit vier Jahren werden vom Hygienischen Institut in Madrid über 2½ Millionen Dosen in alle Gegenden Spaniens versandt. Die Impfergebnisse sind sehr zufriedenstellend. So waren z. B. unter 227 000 Impfungen 90% der Erstimpfungen positiv und 50% der Wiederimpfungen.

Acta obstetricia et gynecologica scandinavica.

Vol. VI., Fasc. 3.

Einfluß der Schwangerschaft und Geburt auf organische Herzleiden. Schwangere, die an Rheumatismus gelitten haben, erkranken leichter an funktionellen Herzstörungen und Toxikosen als solche, die früher gesund gewesen sind. Die Auskultation des Herzens allein ist für die Prognose hinsichtlich der Schwangerschaft und Geburt nicht ausschlaggebend, da die Geräusche sich während der Gravidität verändern, ohne daß eine Verschlimmerung des Leidens einzutreten braucht. Symptome der Herzinsuffizienz erscheinen während der Schwangerschaft niemals plötzlich und werden hauptsächlich bei den Graviden beobachtet, die an einer älteren Mitralstenose leiden. Wenn die Zeichen einer Endokarditis oder Herzinsuffizienz nicht schnell auf entsprechende Therapie verschwinden, so muß die Schwangerschaft unterbrochen werden. Da herzkranke Gravide besonders in den letzten 4 bis 6 Wochen der Schwangerschaft Kreislaufstörungen ausgesetzt sind, so ist bei diesen rechtzeitig die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Die Prognose der Herzkrankheit während der Schwangerschaft und Geburt hängt davon ab, ob die Patientinnen von Anfang an regelmäßig untersucht werden, damit sofort bei den ersten Anzeichen der Kreislaufschwäche eine Behandlung stattfinden kann.

Behandlung des Uterusmyoms. Unter 309 Myomkranken befand sich die Mehrzahl im Alter von 40 bis 50 Jahren. Von 200 Verheirateten waren 87 steril. Die interne Behandlung sowie die Abrasio leisten nicht viel. Die Enukleation kommt nur bei jüngeren Patientinnen in Betracht, um die Konzeptionsfähigkeit nach Möglichkeit zu erhalten. 58 Patientinnen wurden röntgenbestrahlt. Die Vorbedingungen für die Bestrahlung sind: Nicht zu große Geschwülste; nicht zu geschwächte Patientinnen; kein Verdacht auf Komplikationen wie Adnexentzündungen oder Carcinom; keine submuköse Entwicklung; keine Nekrose. Die Operation der Wahl ist die supravaginale Amputation, deren Mortalität der Verfasser auf 1,16% berechnet.

Paul Braun, Stettin.

Polski Przeglad Chirurgiczny.

6., Heft 2.

Ueber völligen Bauchverschluß bei eitriger Bauchfellentzündung. Im Kampfe mit der eitrigen Peritonitis ist die wichtigste Aufgabe des Chirurgen die Beseitigung der Ursache der Peritonitis, mithin Entfernung des erkrankten Wurmfortsatzes oder Gallenblase, Verschluß einer Perforationsstelle usw., erst dann kann man an eine Behandlung der Bauchfellentzündung denken. Hierbei drängt sich gegen Ende der Operation die Frage auf, drainieren oder nicht, die der Verfasser zugunsten des völligen Bauchverschlusses entscheidet. Der Organismus wird der Entzündung Herr oder unterliegt ihr unabhängig davon, ob drainiert wurde oder nicht. Eine wirkliche Drainage der Bauchhöhle ist unmöglich, einerlei, ob man Gummidrains oder eine andere Art der Drainage benutzt, ob man zum Douglas, durch die Lendengegend zum Rektum oder Vagina den Eiter abzuführen versucht. Stets entstehen um den Drain Verklebungen, die die Gegend von der übrigen Bauchhöhle abgrenzen. Die als Drain eingeführte Gaze wird in kurzer Zeit vom eiweißhaltigen Eiter durchtränkt, der gerinnt, und verschließt wie ein Pfropfen die Oeffnung in der Bauchwand. Die Ableitung der Peritonealsekrete nach Beseitigung der Ursache der Peritonitis hält der Verfasser für schädlich, da diese die im Kampfe mit den Bakterien so wichtigen Antikörper enthalten. Die Einführung von Drains schädigt zudem die Serosa, begünstigt dadurch das Entstehen von Verwachsungen und Ileus und hat sicher ungünstigen Einfluß auf die sowieso nach jeder Bauchoperation bestehende Parese der Därme. Aus der recht unklaren Statistik geht hervor, daß nur drainiert wurde bei unvollkommener Blutstillung, bei Antreffen eines periappendikulären oder zwischen Verwachsungen liegenden Abszesses und bei technischen Zufällen.

Gallensteine im Kindesalter. Beschreibung eines Falles von Cholelithiasis bei einem achtjährigen Knaben, der operativ geheilt wurde. Der Knabe wurde mit allen Symptomen einer Peritonitis in das Krankenhaus eingeliefert. Durch die Bauchdecken fühlte man die prall gespannte Gallenblase von Eigröße. Sie war stark entzündet und enthielt gegen 40 Steine von Erbsengröße.

Ein Fall von Schambeinluxation. Der Verfasser beschreibt einen Fall von Schambeinluxation, bei dem der Abstand der beiden Aeste über 5 cm betrug. Die Luxation entstand durch Verschütten mit Erdmassen beim Entladen eines Waggons. Die Behandlung bestand in der Anlegung eines breiten Heftpflasterzugverbandes um die Beckenschaufeln. Die über dem Kranken sich kreuzenden freien Enden wurden geteilt und mit 4 × 5 kg Gewicht belastet, dermaßen, daß zwei Enden die Beckenschaufeln in horizontaler Richtung aneinandernäherten, die beiden anderen höher angebrachten die Beckenschaufeln zugleich hoben. Nach 35 Tagen wurde der Verband entfernt. Die ersten Gehversuche nach 6 Wochen. Nachuntersuchung nach 3 Monaten ergab völliges Aneinanderliegen der Schambeinäste.

L. Piórek, Warszawa.

Polski Przeglad Radjologiczny.

2., Heft 2.

Ueber atypische Formen der Achondroplasie. Während die typische Achondroplasie als Krankheitsbild bereits anatomopathologisch und klinisch genügend beschrieben ist, gibt es eine Reihe atypischer Fälle, die große diagnostische Schwierigkieten bieten. Der Verfasser unterscheidet hier 3 Gruppen: 1. die leichten Formen, 2. die partiellen Formen und 3. die Formen mit klinischen Varietäten, die sich von der typischen Achondroplasie qualitativ unterscheiden. Der Verfasser beschreibt eine sehr wenig bekannte Form der letzten Gruppe, von der Silfverskiöld 2 Fälle beschrieben hat. Neben frusten Symptomen der Achondroplasie fand er zahlreiche Veränderungen in den Epiphysen der Extremitätenknochen, die an das Krankheitsbild der Osteochondritis deformans juvenilis erinnerten. Die Pathogenese dieses Krankheitsbildes ist bisher unbekannt.

Eine orthodiagraphische Zielvorrichtung. Der Verfasser beschreibt einen einfachen Apparat, der bei offener Blende viel genauere Orthodiagramme ergibt, als nach der Holzknechtschen Methode. Der Apparat besteht aus einer 2 bis 3 mm dicken Aluminiumplatte, auf die eine 15 cm lange Metallröhre von 2 7 cm Durchmesser aufgesetzt ist, und in deren Mittellinie mittels feiner Drähte eine 2½ mm dicke Bleikugel befestigt ist. Der zugleich als Zentriervorrichtung dienende Apparat wirft bei richtiger Einstellung auf den Schirm einen kreisförmigen Schattenring mit einem punktförmigen Schatten in seinem Mittelpunkt. Bei Orthodiagrammzeichnung führt man den Schattenpunkt um die Grenzen des Herzens, welches hierbei in Gänze sichtbar bleibt.

L. Piórek, Warszawa.

The Lancet.

213., Nr. 13, 24. September 1927.

Phimose und Dysurie bei kleinen Kindern. Das Symptom der Dysurie wird bei Kindern häufiger durch chemische Reizung als durch eine Verengerung des Präputiums hervorgerufen. Bei über der Hälfte der im Laufe eines Jahres zur Beobachtung gekommenen Kinder, die zum Zwecke einer Zirkumzision in das Hospital geschickt wurden, wurde als Ursache der Dysurie eine ammonikalische Dermatitis erkannt. Der Ammoniak wird in den Windeln durch die Wirkung eines spezifischen aus dem Darm stammenden Keimes erzeugt, der auf alkalischem Nährboden gedeiht und aus dem Harnstoff in den urindurchtränkten Windeln Ammoniak abspaltet. Diese ammoniakalische, auf die Gegend der Windeln beschränkte Reizung, erkennbar durch den Geruch, die in verschiedener Form auftretende Hauterkrankungen und die Dysurie kommt nur bei Kindern vor, die mit der Flasche oder bei gemischter Nahrung aufgezogen werden, oft auch nach der Entwöhnung. Die Symptome werden häufig verkannt. Das Vorkommen einer Ulzeration am Meatus nach der Zirkumzision ist die Folge der dauernden ammoniakalischen Reizung nach Entfernung des bedeckenden Präputium. Durch Imprägnation der Windeln mit der milde wirkenden Borsäure wurden 103 derartige Fälle sehr schnell zur Heilung gebracht (sollte das nicht die Wirkung der Reinlichkeitsvorschriften gewesen sein?), und die Zahl der Zirkumzisionen auf die Hälfte reduziert. Ein adhärentes Präputium kommt so häufig vor, daß es in der ersten oder den beiden ersten Wochen fast als normal betrachtet werden kann, während wahre Phimose viel seltener ist, als man allgemein annimmt. Zirkumzision kommt zu häufig zur Ausführung, in vielen Fällen kommt man mit einfacher Trennung der Adhäsionen aus. Die Zirkumzision muß auf die Fälle von wahrer Phimose, Paraphimose und akuter rezidivierender Balanitis beschränkt bleiben. Die von den Befürwortern einer methodisch durchgeführten Zirkumzision dargelegten Gründe werden widerlegt.

Träger virulenter Diphtheriebazillen und Behandlungsresultate durch Tonsillektomie. Für die Entdeckung von Bazillenträgern ist die morphologische Diagnose durch Kultur ungenügend, sie muß durch eine Virulenzprobe ihre Ergänzung finden. Die Personen, welche virulente Keime chronisch im Rachen beherbergen, sind, ob es sich um rekonvaleszente oder gesunde Keimträger handelt, stets immun, im Gegensatz zu den rein nasalen chronischen Keimträgern, die infolge einer wahren klinischen Nasendiphtherie immun werden können. Lokale antiseptische und bakterizide Behandlung war ebenso nutzlos wie Vakzinetherapie, um die virulenten Keimträger unschädlich zu machen. Tonsillektomie und Herausnahme der Adenoiden war von erheblich größerem Wert. Unter 1538 Diphtheriezugängen hatten Verf. 90 virulente Keimträger, und zwar 81 rekonvaleszente und 9 Schicknegative, die anscheinend nie eine Diphtherie durchgemacht hatten. Alle hatten vergrößerte oder krankhafte Tonsillen oder Adenoide. In 75 Fällen wurden Tonsillen und Adenoide entfernt. 7 mal erstere allein, 8 mal letztere allein, stets unter allgemeiner Anästhesie. Die kleinen, tief eingegrabenen Tonsillen sind meistens mehr zu fürchten, als die hypertrophischen. In 76 Fällen ergaben die ersten bakterologischen Untersuchungen aus Rachen und Nase nach der Operation negative, in 14 Fällen (darunter 10 mal aus der Nase) positive Resultate; von diesen 10 positiven virulenten Kulturen aus der Nase waren bei späteren Virulenzproben 5 avirulent. Durchschnittlich wurden die virulenten Keimträger 17,8 Tage nach der Operation bakteriologisch unschädlich. Sie wurden sofort nach der ersten negativen Probe aus dem Krankenhaus entlassen, da eine große Anzahl von Untersuchungen niemals nach einem ersten negativen später positive Resultate zeigte.

Mischtumoren der Wangendrüsen. Fünf Molardrüsen liegen auf der äußeren Fläche des m. buccinator um die Perforationsstelle des Stenonschen Ganges gruppiert, auch ihre Gänge durchbohren den Muskel. Mischtumoren der Wangendrüsen kommen gewöhnlich bei jungen erwachsenen Menschen vor und bilden feste, gelappte, scharf umgrenzte, frei bewegliche Schwellungen, die sich sehr langsam entwickeln, aber jederzeit in ein rasches Wachstum übergehen können. Verf. berichtet über zwei Fälle dieser seltenen Tumoren, von denen der eine nach Exstirpation innerhalb eines Jahres noch nicht rezidiviert war. Im zweiten Falle (20 j. Mann) handelte es sich um ein polygonalzelliges Karzinom, dessen Zellen denen einer Mischgeschwulst glichen. Das einen Monat nach der Exzision aufgetretene Rezidiv wurde ohne Erfolg bestrahlt und daher nach erneuter Exstirpation mit Radium behandelt.

213., Nr. 14, 1. Oktober 1927.

Ein Fall einer fibrozystischen Lungenerkrankung. Die Literatur enthält mehrere Fälle zystischer Degeneration kongenitaler Natur. Der beschriebene Fall findet nicht seinesgleichen. Bei der 32 jährigen Frau waren beide Lungen im Röntgenbild mit Ausnahme der Spitzen infiltriert und zeigten zwischen den Infiltrationsherden ein merkwürdiges Maschenwerk, das für Tuberkulose ganz atypisch war und mehr für diffuse karzinomatöse Metastasen sprach. Trachea nach rechts verlagert. Verdickte interlobäre Pleura. Erst die Autopsie ergab den wahren Sachverhalt. Kongenitaler Ursprung, Tuberkulose, mykotische oder parasitäre Infektion waren ausgeschlossen, Syphilis konnte möglicherweise in Frage kommen. Das Krankheitsbild kam der fibrozystischen Erkrankung der Mamma am nächsten, die entzündlichen Veränderungen waren sekundärer Natur und relativ frisch. Der Röntgenbefund war dem des sog. miliären Lungenkarzinoms sehr ähnlich. Die charakteristischen Merkmale waren das über beide Lungen mit Ausnahme der Spitzen ausgedehnte feine Maschenwerk, dessen Streifen feiner waren als die der normalen Lungenzeichnung, gröber als bei chronischer Stase und sich in einer sonst nie gesehenen Weise verzweigten, und die über die Lungen zerstreuten kleinen, aber nicht homogenen und nicht scharf begrenzten dunklen Flecken, die nach dem Autopsiebefund dem übriggebliebenen Lungengewebe entsprachen. Beim Karzinom sind die Streifungen etwas feiner, und die Flecken regelmäßiger und dunkler.

213., Nr. 15, 8. Oktober 1927.

Ein Fall von Virilismus infolge Hypernephroms der Nebennierende und Wiederherstellung nach Entfernung des Tumors. Die eratur kennt bisher drei erfolgreich operierte Fälle. Der sehr eressante Fall, über den die Verff. berichten, betraf eine 36jährige au, die seit zwei oder drei Jahren über häufig wiederkehrende hmerzen im Abdomen geklagt hatte, die allmählich seltener irden und schließlich verschwanden. Sechs Monate vor der eration hörten die stets regelmäßigen Menses vollständig auf, ld darauf begann sie an Gewicht zuzunehmen. Hände und Füße irden breiter, die Brüste schrumpften, das Kopfhaar lichtete sich irk, die Gesichtshaut verlor ihre Glätte, starkes Haarwachstum igte sich auf Wangen, Kinn und Oberlippe, sie wurde reizbar und primiert, verlor Interesse an allem. Hoher Blutdruck. Herzstoß ch außen verlagert und stark hebend. Schneller Puls. Schwellung der rechten Nierengegend. Die Operation bestätigte die Diagnose nes Hypernephroms der Nebennierenrinde. Der zwei faustgroße imor wurde entfernt. Innerhalb eines halben Jahres nach der eration hat sie an Gewicht von 145 auf 115 Pfund verloren, die ihere Eßgier ist verschwunden, das Kopfhaar wieder gewachsen, s Gesicht ist frei von Haaren, der Körper hat wieder vollkommen eibliche Formen angenommen und ihre Psyche änderte sich in nstigem Sinne. Die Menses erschienen 2½ Monate nach der eration, genau 36 Wochen nach der letzten Menstruation in gelmäßiger Weise wieder. Der vor der Operation sehr hohe utdruck (200 systolisch, 120 diastolisch) fiel nach derselben zur orm, ist jetzt meistens normal, aber steigt vorübergehend aus ringfügigen Ursachen wieder an. Der Puls von 100—110 blieb ch der Operation längere Zeit gleich hoch und bewegt sich auch tzt noch um 100. Es scheinen also auch Störungen im endokrinen eichgewicht zwischen Nebennieren und Schilddrüse vorzuliegen, wohl die letztere keine palpablen Veränderungen zeigt.

Erfordernisse der Bevölkerung an Milchfett und die verfügbare Menge. Verf. berechnete den Bedarf des Menschen an Vitamin A in ilchfett, das in Ländern, wie England, als die Hauptquelle des tamins anzusehen ist. Jeder Mensch, ob Erwachsener oder Kind, aucht durchschnittlich täglich 40—50 g Milchfett, entweder in orm von Milch oder Butter, um seine volle Gesundheit und Kraft frecht zu erhalten. Für einen sehr großen Teil der Bevölkerung gt der durchschnittliche Verbrauch von Milchfett weit unter eser Grenze. Das gesamte in England produzierte Milchfett trägt nur 30—40%, die gesamte zur Verfügung stehende Menge, so Heimproduktion plus Einfuhr nur 60—75% des Gesamtbedarfs. nscheinend läßt die Milchproduktion in der ganzen Welt zu ünschen übrig und eine Hebung derselben und Bereitstellung rößerer Mengen von Milch und Butter für die menschliche Ernährung ist von allergrößter Wichtigkeit.

213., Nr. 16, 15. Oktober 1927.

213., Nr. 17, 22 Oktober 1927.

Die Malariabehandlung des im Anschluß an Enzephalitis entstandenen Parkinsonschen Symptomenkomplexes. In der Hoffnung, ein weiteres Fortschreiten des Krankheitsprozesses beim Parkinsonschen Symptomenkomplexes aufzuhalten, behandelte Verf. acht Kranke, von denen sieben innerhalb der letzten drei Jahre, einer vor acht Jahren an Enzephalitis erkrankt war, mit Malariatherapie. In allen Fällen trat eine gewisse Besserung ein; vor allem nahmen Speichelfluß und Schweiße ab, der Gesichtsausdruck veränderte sich in günstiger Weise und die Gehirntätigkeit wurde etwas rascher, der Tumor hingegen, die gesteigerten Reflexe und die Starre des Rumpfes wurden wenig beeinflußt. Die Besserung schien von der Dauer des Leidens unabhängig zu sein, denn sie war gerade in dem ältesten Falle am ausgesprochensten. Einige Kranke, die nie Malaria gehabt hatten, ließen sich besonders schwer infizieren, dreimalige Uebertragungsversuche mit malariainfizierten Moskitos blieben erfolglos.

Behandlung chronischer epidemischer Enzephalitis durch Malariaübertragung. 15 Kranke der verschiedensten Formen und Stadien wurden den Stichen infizierter Moskitos ausgesetzt. Niemals konnte auch nur die geringste Besserung der neurologischen und psychischen Symptome festgestellt werden. Das einzige Resultat der Behandlung bestand in einer Schwächung des Allgemeinzustandes und einer Herabsetzung der an und für sich geringen Widerstandskraft der Kranken. Die Behandlungsmethode ist also nicht nur nutzlos, sondern wegen ihrer Gefahren absolut zu verwerfen. Ebenso ergebnislos waren alle Versuche, durch andere Formen der Fiebertherapie (Erysipeles u. a.) eine Besserung zu erzielen.

Schilddrüsentherapie bei Hautkrankheiten. Eine Vermehrung des Schilddrüsenhormons im Blute verursacht einen stärkeren Haut-Stoffwechsel, eine vermehrte periphere Blutzirkulation und eine Steigerung der Gefäßreaktion gegen Reize. Mit der Schilddrüsentherapie erzielt man bei drei Gruppen von Hautkrankheiten Erfolge. Bei allen Fällen von Hypothyreoidismus, sei es bei der sehr trockenen, rauhen Haut Myxoedemkranker, sei es bei der weniger trockenen Haut von Kranken mit herabgesetzter Schilddrüsentätigkeit führen ein- bis zweiwöchentliche kleine Dosen zu erheblicher Besserung der Hauterkrankungen. Ein Fall von Epidermolysis bullosa und gleichzeitigem Hypothyreoidismus kam durch Schilddrüsenextrakt zur Heilung, andere, nicht durch Hypothyreoidismus komplizierte Fälle erfahren keine Besserung. Besonders in der Menopause erreicht man häufig eine Heilung der lokalen Hautstörungen gleichzeitig mit einer Besserung der allgemeinen Symptome. Eine zweite Gruppe von Hautkrankheiten läßt sich, trotz normaler oder nur wenig veränderter Schilddrüsentätigkeit durch eine leichte Schilddrüsenintoxikation günstig beeinflussen, welche den peripheren Tonus herabsetzt und die Schweiß-, die Talgdrüsensekretion und den Hautstoffwechsel steigert. Hierher gehören Frostbeulen, einige Fälle von Ichthyosis und Xerodermie, einige Fälle von Psoriasis. Es ist ein Nachteil der methodischen Schilddrüsentherapie, daß sie bisweilen einen vorübergehenden Anfall von Hyperthyreoidismus veranlaßt. Kontraindiziert ist sie bei Herzstörungen. Bei einer dritten Gruppe von Hautkrankheiten oft dunkler Aetiologie handelt es sich scheinbar um Stoffwechselstörungen, wie z. B. bei Fällen chronischer Urtikaria, lokalisierter Sklerodermie. Die Dosis hängt von Alter, Körpergewicht und dem Grade eines etwa bestehenden Hypothyreoidismus ab. Ein Erwachsener mit leichten Myxoedem soll anfänglich 0,18 g des trockenen Extrakts, ein Erwachsener ohne Schilddrüsenstörung kann 0,09 g täglich ohne Gefahr nehmen. Sehr langsame Steigerung der Dosis unter Gewichts- und Pulskontrolle, bis sich die Hautkrankheit bessert oder leichte Intoxikationserscheinungen auftreten. Einige Kranke sind sehr empfindlich und reagieren schon stark bei 0,03 g. Oft genügen bereits sehr kleine Dosen.

Rontal.

The Glasgow Medical Journal.

18. (Neue Reihe, Bd. 26), Nr. 4, Oktober 1927.

Hodgkinsche Krankheit. Es wird über einen 24 jährigen Mann berichtet, der seit 3 Jahren an Drüsenschwellungen litt. Man hatte die erste auf eine Zahninfektion bezogen. Auf Grund von Mediastinalbefunden wurde schließlich die Diagnose gestellt. Die Leber war etwas vergrößert, die Milz gerade palpabel. Es bestand eine Leukozytose (16 000), die Temperatur war fast immer normal. Bestrahlungen, Eisen, Arsen besserten ihn vorübergehend. Ein Jahr später litt er unter schwerem Herpes frontalis, nach weiteren zwei Jahren mußte er wieder ins Krankenhaus. Er klagte hauptsächlich über Rückenschmerzen und Nachtschweiße. Es bestand jetzt geringe Anämie mit vorübergehender Eosinophilie. Hektisches Fieber, Lungenerscheinungen ließen an Tbc. denken, doch waren sämtliche Untersuchungen negativ. Auf den Röntgenplatten fanden sich Veränderungen an der Wirbelsäule, klinisch traten die Schmerzen zwischen den Schulterblättern in den Vordergrund. Es entwickelte sich eine Lähmung der Beine, und schließlich das vollständige Bild einer Kompressionsmyelitis mit Inkontinenz der Blase und des Mastdarmes. Unter zunehmenden Oedemen ging der Patient zugrunde. Bei der Sektion fanden sich u. a. schwere Veränderungen in den Nieren, mehr als in Leber und Milz. Wirbel und Rückenmarkshäute waren mit Zellen infiltriert. Wegen des malignen Verlaufes wird nach Ewing die Bezeichnung Hodgkinsches Sarkom empfohlen.

Cholesterinhaltiges Pleuraexsudat. Es wird über den seltenen Fall berichtet, wo ein Erguß schokoladenfarben und sehr cholesterinreich war. Bemerkenswert war auch der Perkussionsbefund, der vorn stärker als hinten war. Es handelte sich um eine chronische hämorrhagische Pleuritis wahrscheinlich tuberkulöser Herkunft. Die bakterielle Untersuchung war in dieser Richtung indessen ergebnislos. Während der 5½ Jahre langen Beobachtung wurden mehrfach Staphylokokken, Pneumokokken, Streptokokken von sehr schwacher Virulenz gefunden. Vorübergehend stieg die Infektiosität dieser Keime, so daß es zum Empyem kam. Eine Rippenresektion brachte Heilung. Ein ähnlicher Fall, wo das Exsudat abgekapselt war, beschrieb Rosenbach 1903 (Nothnagels Handbuch).

E. Wolffenstein, Berlin.

Révue de Médecine.

44., Nr. 3.

Die transsudative epituberkulöse Infiltration der Lunge. G. Caussade u. A. Tardien.
Die Lungenabszesse. A. Ravina.

44., Nr. 4.

Die anormalen Formen des Pankreas-Krebses. L. Bouchut und P. Ravault.
Kritische Betrachtungen über die amyotrophischen Lähmungen nach Serum-Behandlung. H. Verger, E. Aubertin und P. Delmas-Marsalet.

Lanke, Engelsdorf.

Bulletin de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph.

Nr. 7, 1927.

Lupus und Gesichtserysipel. Gougerot, Filliol.
* Perforation des Gaumensegels bei Mutter und Kind. Marcel Pinard.
Leukoplacie. Milian.
* Tumoren auf Lupus. L. Périn, Delarue.
Elephantiasis vulvae. Milian, Delarue.
Akquirierte Syphilis bei einem sechsjährigen Kinde. Milian, Delarue.
* Anales Epitheliom durch Radium geheilt. Wallon.
Fall von Granuloma annulare. Lortat-Jacob, Legrain.
Elephantiasis am Unterschenkel. Louste, Lévy-Fränkel, Vanbockstael, Cahen.
Bazilläre Osteitis. Louste, Juster.
* Behandlung der Zoster-Nachschmerzen mit Ultraviolettstrahlen. Louste, Juster.
* Behandlungsversuche der Vitiligo mit Ultraviolettstrahlen nach Vorbereitung der Haut durch Einreiben von Bergamottöl. Louste, Juster.
* Behandlung der progressiven Paralyse mit Injektionen von Stovarsolnatrium. Sézary, Barbé.
* Gesichtslupus mit Kurettage und Applikation von porphyrisiertem Kaliumpermanganat behandelt. Finsentherapie. Bizard, Marceron.
* Sklerodermie mit Novarsenobenzol und Opotherapie behandelt. Arsenerythrodermie. Besserung. Pirard, Vernier, A. Corbillon.
* Ueber die Gründe der tiefen Gangrän nach Hg- und Bi-Injektionen. Nicolsky.
Die filiforme Douche. Noel.
Glossitis von Jamin. Montpellier, Catanei, L. Colonieu.
* Ein Fall von Lichen planus geheilt mit Stovarsol. G. Hufschmitt.
* Ein neuer Fall von akutem generalisiertem Lichen planus provoziert durch Novarsenobenzol bei einem Syphilitiker. Allgemeine exfoliative Erythrodermie, mit Oedem und allgemeiner Sekretion, 48 Stunden später; dahinter verbirgt sich ein Lichen planus. Pathologisch-anatomische Bestätigung des Lichen planus. L. M. Pautrier.
2 Fälle von Hodgkinscher Krankheit sterben an akuter Lungentuberkulose. Hudelo, Rabut, Kaplan, Ragonneau.
* Vakzinepflaster. L. Marceron, R. Cavaillès.
* Fiebertherapie des weichen Schankers mit intravenöser Injektion von Sporenvakzine. H. Jausion, A. Pecker.
* Der Streptokokkus der normalen Haut. Th. Protinos.
Teerkaliseife. Veyrières.
* Ueber den Mechanismus der Veränderungen des allergischen Zustands unter dem Einfluß der Behandlung mit der Nicolle-Durandschen Vakzine bei Ulkusmolle-infektion. J. Nicolas, Lacassagne, G. Samaan.
Beitrag zum Studium der Abgrenzung des Lichen planus. L. Brocq.
Lichen planus bei Kindern. G. Petges.
Ein Fall von Lichen planus striatus in Zosterform. José Maria Peyri.
Pathologische Anatomie des Lichen ruber planus. Sabouraud.
Anwesenheit und Ueberwiegen nervöser Elemente bei der Papel des Lichen planus. Pautrier, Diss.
Melanotisches Pigment beim kutanen Lichen planus. G. Lévy.
Ueber Lichen planus. Jeanselme, Burnier.
Betrachtungen zu 108 Fällen von Lichen planus. Hudelo, Rabut.
Arsenwirkung bei Lichen planus. Carle.
3 Lichenplanusfälle provoziert durch Novarsenobenzol während der antisyphilitischen Behandlung. Pautrier.
Behandlung des Lichen planus mit Injektionen von Bromnatrium. K. Hübschmann.
Lichen planus seit 9 Jahren bestehend mit Rückenmarksbestrahlung und intravenösen Injektionen von Natriumthiosulfat behandelt. J. Watrin.
Lichen planus und Lumbalpunktion. P. Ravaut.
Resultate der Lumbalpunktion in der Behandlung des Lichen planus. Einfluß auf den Liquor. L. M. Pautrier.
Röntgentherapie des Lichen planus. J. Gouin, A. Bienvenue.
Können die Resultate der Röntgentherapie des Lichen planus zu pathogenetischen Schlüssen führen? Louste, Lévy-Fränkel, Juster.
Indirekte Röntgentherapie des Lichen planus. Gawalowsky.
Behandlung von vier Fällen von Lichen planus nach der Methode von Gouin-Laurent.
Röntgenbehandlung des Lichen planus. Payenneville, Billiard, Prieto, Pautrier.
Ueber die äußere Behandlung des Lichen planus. Carle.
Behandlung des Lichen planus mit intravenösen Injektionen von Wasser aus Uriage. Chauchard.
Hydro-Balneotherapie des Lichen planus. Carle.
Negative Resultate von 21 Inokulationsversuchen von Lichen planus am Menschen. Pautrier.
Der nervöse Ursprung des Lichen planus. G. Petges, Pautrier, Diss.
Pathogenese des Lichen planus. E. Ramel, Kogoj, Samberger.
Lichen nitidus. H. W. Barber.
Lichen nitidus et planus. A. Civatte.
Lichen corneus und Lichen planus. Nicolas, Gaté, Massia.
Der Lichen corneus hypertrophicus ist eine anormale Form von Lichenifizierung, die sich dem Lichen planus zugesellen oder auch ganz unabhängig von ihm bleiben kann. L. M. Pautrier.
Pathologische Anatomie der Mischformen von Lichen planus und Lichenifizierung. Pautrier, Diss.
Lichen spinulosus als Folge eines Lichen planus acutus. Lortat-Jacob, Legrain.
Warzenkräuter. Hissard.
Phlegmasia alba dolens und Rupia. Etienne, Gerbaut, Gibard.
Erythema bullosum und Autohämotherapie. Watrin.
Behandlung des Lupus erythematosus mit Arsenobenzolen. Watrin.
Die familiäre und soziale Gefahr mancher Syphilisformen. Michon.
Betrachtungen zu einem Varizellenfall, auf den ein Herpes zoster beim selben Kranken folgte. L. Spillmann, de Lavergne.
Ein Fall von „Prurigo lymphadérique". L. Spillmann, Créhange, Chalnot.
Serologische Positivitäten im Frühling. Spillmann.
Pemphigus subacutus. Spillmann.
Landrysyndrom auf syphilitischer Basis. Cornil, Haushalter.

Perforation des Gaumensegels bei Mutter und Kind. Familiäre Syphilis. Der Vater hatte in der Militärzeit Lues akquiriert, ohne etwas davon zu wissen. Fünf Jahre post infectionem heiratete er und infizierte seine Frau offenbar sofort, denn sie war bei einer damaligen Untersuchung bereits in der Sekundärperiode. 10 Jahre später bekommt das kongenital-syphilitische Kind, das mit Otitis, Keratitis interstitialis behaftet war, eine Perforation des weichen Gaumens zu gleicher Zeit wie die Mutter, die dieselbe Affektion hat.

Verschiedene Tumoren auf Lupus. Die Autoren hatten schon früher ein Fibroleimyom oder, noch besser genannt, eine Zwischenform zwischen Fibroleiomyom und Sarkom auf einem ausgedehnten alten Lupus beschrieben. Dieser Tumor ist exzidiert worden und es wurde eine Transplantation aus der gesunden Rückenhaut des Kranken zur Deckung des Defekts entnommen. Das Operationsresultat war in kosmetischer Beziehung sehr gut, auch war das Transplantat frei geblieben von lupösem Gewebe. Jetzt kommt der Kranke aber wieder wegen eines neuen Tumors auf der anderen Backe, an einer Stelle, die nicht vom Transplantat berührt wird, und dieser Tumor erweist sich als Spindelzellenepitheliom.

Anales Epitheliom durch Radium geheilt. Ein alter Syphilitiker litt an Plaques muqueuses der Analgegend. Hier entwickelte sich später ein Epitheliom, das durch Kratzen und durch die Kotmassen infiziert war. Diese infizierten Epitheliome heilen sehr schlecht, und so entschloß sich Autor zur Anlegung eines Anus praeternaturalis. Gleichzeitig erfolgte Radiumoberflächentherapie. Komplette Heilung in 40 Tagen. Einige Monate später zeigt sich ein kleiner Tumor an der Nase, auch dies ist ein Epitheliom.

Behandlung der Zosternachschmerzen mit Ultraviolettstrahlen. Bei 7 Fällen von Zosterschmerzen wurde Höhensonne appliziert.

Bekanntlich sind die Nachschmerzen sehr schwer zu beeinflussen, besonders wenn es sich um alte Leute handelt. Alle wurden durch diese Lokalbehandlung mit progressiv steigenden Dosen gebessert oder geheilt.

Behandlungsversuche der Vitiligo mit Ultraviolettstrahlen nach Vorbereitung der Haut durch Einreiben von Bergamottöl. Bei einem 14jährigen Kranken, der an Vitiligo des Gesichts und des Körpers litt, wurden die disseminierten Flecke durch eine Ultraviolettbehandlung allein zunächst nicht beeinflußt. Später erfolgte die von Uhlmann vorgeschlagene Vorbereitung mit Bergamottöl. Die farblosen Flecke wurden entweder mit reiner Essenz oder mit der Lösung: Bergamottessenz 10 ccm und Alkohol 90proz. 90 ccm eingerieben, dann der Höhensonne ausgesetzt. Andere Flecke wurden zum Vergleich nicht behandelt. Nach 9 Sitzungen zeigen die mit Bergamottöl oder Bergamottlösung und Höhensonne behandelten Flecke eine fleischrote Farbe. Diese ist ziemlich natürlich, besonders bei den mit der Lösung behandelten Flecken. Diese Neufärbung bleibt in den Pausen zwischen den Sitzungen bestehen. Die Autoren fragen sich, ob die Fernresultate dieser Behandlung gleichfalls günstig sein werden. Sie versuchen, ob auch Lavendel, Rosmarin, Thymian-Eucalyptus, Terpentin usw. ähnliche Wirkungen haben. Bei der Behandlung der Alopecia areata wird dieselbe Methode versucht.

Behandlung der progressiven Paralyse mit Injektionen von Stovarsolnatrium. Sézary und Barbé haben seit 6 Jahren die Wirkung des 5 wertigen Arsens auf die Paralyse studiert. Bei der Unzulänglichkeit des Salvarsans und der Wismutkörper lag die Frage nahe, ob bei einem so ausgesprochenen Reduktionsort wie dem Gehirn der Ersatz der Salvarsane und des Wismuts durch die Arsinsäuren nicht deshalb angebracht wäre, weil letztere nur nach Reduktion wirken, während die andern Antisyphilitika zu ihrer Wirkung auf die Spirochäten eine Oxydation nötig haben, die im Gehirn eben nicht stattfinden kann. Diese Hypothese führte nacheinander zum Arsacetin, zum Tryparsamid und zum Stovarsol. Die subkutanen Injektionen von Stovarsolnatrium sind nach Ansicht der Autoren die Methode der Wahl in der Behandlung der Paralyse. Die sehr gewissenhafte Statistik ist folgendermaßen beschaffen: Es wurden 68 internierte Paralytiker bisher behandelt. Völiger Mißerfolg 20, Lebensverlängerung ohne psychische Beeinflussung 31, unbestreitbare Besserung der psychischen und neurologischen Störungen, die allerdings nicht vollständig war, und eine Berufsfähigkeit nicht erzielte 16, scheinbar völlige oder fast völlige Heilungen, die zur beruflichen Wiederherstellung führte 33. Bei einem Drittel der Fälle ist also ein sehr gutes Resultat erzielt worden. Von den 22 Patienten, die als geheilt betrachtet werden können, sind 16 äußerlich völlig normal: psychische und intellektuelle Störungen, Dysarthrie, Amnesie, Atonie sind verschwunden. Für die Autoren ist es außer allem Zweifel, daß ein Drittel der Fälle ganz ausgezeichnet beeinflußt worden ist. Eine Verwechslung mit spontanen Remissionen ist ausgeschlossen, denn deren Zahl ist niemals so bedeutend. Bei 4 Kranken sind die Resultate schon 3 Jahre alt, bei drei andern 2 bis 3 Jahre, bei 9 Kranken 6 bis 12 Monate, bei 4 weniger als 5 Monate. Der Liquor ist nicht ganz normal geworden, doch besserte sich der vorher positive Liquorwassermann und der Albumingehalt sank. Die Leukozytose besserte sich bei einem Teil der Fälle erheblich. Die Autoren sprechen absichtlich nicht von einer Heilung, auch nicht bei den berufsfähig gewodenen Kranken, aber wohl von klinischen Remissionen. Leider steht diesen guten Resultaten die Gefahr der Neuritis optica gegenüber, sie wird auf etwa 7,35% beziffert, wenigstens bei intravenöser Injektion. Neuerdings werden nur noch subkutane Injektionen gegeben. Gewiß ist die Neuritis optica eine traurige Folge, man muß aber bedenken, daß die Paralyse stets und sicher zum Tode führt. Es ist zu hoffen, daß die subkutane Methode keine Opfer der Art fordert, besonders da auch die Einzeldosis von 1 g jetzt nicht mehr überschritten wird. Jetzt wird 3 mal wöchentlich 1 g gegeben, die Gesamtdosis ist 21 g. Augenhintergrund wird vor jeder Spritze untersucht. Seit diesen Veränderungen der Technik hat sich kein Fall von Neuritis optica mehr ergeben. Die Autoren stellen außerdem ihre Fälle von Augenschädigungen den Todesfällen der Malariatherapie gegenüber, die nach mancher Statistik bis auf 16% beziffert werden. Die Behandlung mit Stovarsol ist mindestens ebenso wirksam, leichter anwendbar, und weniger gefährlich.

Die Diskussion zeigt, daß selbst sehr gewiegte Dermatologen den hier in Betracht kommenden chemotherapeutischen Problemen völlig ahnungslos gegenüberstehen. So irrt z. B. Milian, wenn er glaubt, daß Arsacetin und Stovarsol identisch sind. Das Arsacetin ist in der Tat das Acetylderivat vom Atoxyl, der Paraaminophenylarsinsäure, während das Stovarsol das Acetylderivat der Metaaminooxyphenylarsinsäure ist, das ist aber ein ganz erheblicher Unterschied, wie wir heute aus Fourneaus Unternehmungen wissen. Das Schlußwort Sézarys ist dann auch eine sehr gute Widerlegung aller Einwände. Hudelo ermahnt die Autoren, in dieser Therapie fortzufahren und neue Tatsachen in der Bekämpfung der Paralyse beizubringen.

Gesichtslupus mit Kurettage und Kaliummanganat behandelt. Der vorgestellte Fall ist aus folgenden Gründen beachtenswert: 1. Das ganze therapeutische Rüstzeug war an der Kranken ausprobiert, Finsentherapie war 4 Jahre hindurch so gut wie erfolglos, es gibt also hier auch resistente Fälle. 2. Die Methode der Kurettage und folgender Einstreuung von Permanganatpulver ergab in 1½ Monaten also hier auch resistente Fälle. 2. Die Methode der Kurettage und nachmehr weiter ausdehnte. Das Verfahren führt also rasch zum Ziel, macht keine Rezidive und reizt den lupösen Prozeß nicht. 3. Das Kaliumpermanganikum führt manchmal zu fehlerhaften Narben, es ist daher besser, das lupöse Gewebe nicht völlig auszuschaben und so dem Pulver noch etwas zu tun übrig zu lassen. Hier besteht zweifellos eine elektive Wirkung gegenüber den kranken Geweben. 4. Nach Beendigung dieses Verfahrens sind die vorher finsenresistenten Fälle jetzt finsensensibel geworden. 5. Die Narbenbildungen werden durch Finsentherapie gut beeinflußt. Die Autoren sind in der Behandlung des Lupus sehr für therapeutische Kombinationen, besonders wegen ihrer Schnelligkeit. Die Kombinationen tragen auch der Tatsache der Gewöhnung Rechnung. In der Diskussion erwähnt Meyer, daß er bei 3 Kranken mit der Kombination von Ultraviolettbogenlicht, Skarifikation und Permanganattamponade sehr gut zum Ziel gekommen ist. Notwendig ist erstens also Allgemeinbestrahlung mit der Bogenlampe, zweitens eine Arsenbehandlung, besonders mit Salvarsanen, drittens vergesse man nicht, daß die Schleimhautlokalisationen des Lupus vulgaris Grund für Mißerfolge der Behandlung sind.

Sklerodermie mit Novarsenobenzol und Opotherapie behandelt. Arsenerythrodermie. Besserung. Da bei der Kranken Syphilis im Spiele war, hatte man schon 1923 eine Novarsenobenzolbehandlung begonnen, sie erwies sich aber als intolerant, worauf man ihr in den drei folgenden Jahren im ganzen 7 Wismutkuren verabfolgte. Besserung war unverkennbar, aber gering. Sie erhielt nun gleich nach der Aufnahme Novarsenobenzol Billon und Schilddrüsenextrakt. Nach jeder Spritze hätte sie Fieber, Kopfschmerzen, Erbrechen und Jucken an den Unterarmen, daß schließlich zu einer allgemeinen exfoliativen Erythrodermie führte. Dieser Zustand heilte schließlich und nun stellte sich heraus, daß die Haut weniger trocken, weicher und wärmer geworden war. Auch die Haaranomalien sind behoben, so daß der gute Einfluß dieser Kombinationstherapie eindrucksvoll ist. Die Entwicklung der Krankheit ist zum Stillstand gebracht, wozu möglicherweise die starke Erythrodermie auch beigetragen hat. Ob die Besserung aber definitiv ist, kann nicht gesagt werden.

Ueber die Gründe der tiefen Gangrän nach Hg- und Bi-Injektionen. Nicolski hat von Anfang an auf dem Standpunkt gestanden, daß sowohl beim Hg wie beim Bi die tiefe Gangrän dadurch zustande kommt, daß Injektionsflüssigkeit in das Innere einer Arterie dringt. Sein Assistent hat nun die Frage experimentell studiert und am Kaninchen möglichst die selben Verhältnisse wie beim Menschen hergestellt. So wurde eine große Anzahl von Quecksilber- und Wismutpräparate, lösliche und unlösliche, in die Arterie injiziert. 38 Kontrollversuche, bei denen harmlose Flüssigkeiten wie Mandelöl, Vaselinöl usw. injiziert wurden, wurden außerdem gemacht. Ferner wurde in einigen Fällen die Zirkulation in der betreffenden Arterie ganz oder teilweise unterbrochen. Das sich ergebende klinische Bild wurde genau studiert, 47 Biopsien gemacht. Es ergaben sich folgende Schlußfolgerungen: 1. Einspritzung löslicher Hg-Präparate in die Arterie des Tieres verursacht eine große Zirkulationsstörung in dem Bezirk der Arterie. 2. Das gleiche Verfahren, kombiniert mit einer Unterbindung der Arterie, führt in der großen Mehrzahl der Fälle zu einer Gangrän der von diesen Arterien ernährten Gewebe. 3. Auch wenn die Zirkulation in der Arterie intakt bleibt, führt das Verfahren zu Gangrän, jedoch in einer kleineren Anzahl von Fällen. 4. Die unlöslichen Hg- oder Bi-Präparate verursachen in der Regel dadurch eine Gangrän, daß sie in größerer oder kleinerer Menge ins Innere der Arterien dringen. 5. Die erwähnte Gangrän im Tierversuch entspricht in allen Punkten der tiefen Oberschenkelgangrän beim Menschen. 6. Man muß abortive Formen der Gangrän annehmen. 7. Es besteht vollständiger Parallelismus zwischen den verschiedenen physiko-chemischen Eigenschaften der Quecksilberpräparate, besonders zwischen ihrem elektrolytischen Dissoziationsgrad einerseits und der Schwere der Erscheinungen andererseits. Lösungen von Quecksilbersalzen, die leicht dissoziieren, HgI_2 und $HgCl_2$ z. B., erschweren den Verlauf des Prozesses und verursachen öfter Gangrän.

Das Studium dieser Frage kann jetzt als abgeschlossen gelten.

Ein Fall von Lichen planus geheilt mit Stovarsol. Hufschmitt berichtete schon früher über Heilung dreier Fälle von Lichen ruber planus mit Treparsol und schildert jetzt einen gleichen Fall, dessen annuläre Elemente nach 6 wöchentlicher Behandlung mit Stovarsol total verschwanden. Die Dosen waren folgende: 1 oder

2 Tabletten à 0,25 pro Tag, 4 Tage hintereinander, worauf eine dreitägige Pause eingeschaltet und die obigen Mengen wiedergegeben wurden. Ob die Heilung definitiv ist, kann noch nicht gesagt werden. Diese kurative Wirkung gegenüber dem Lichen ruber planus ist den bekannten 5wertigen Arsenkörpern gemeinsam, sie übertrifft die der 3wertigen Arsenverbindungen ganz erheblich und macht die Frage nach der infektiösen Natur dieser Dermatosen aufs Neue akut. Interessant ist auch, daß in den ersten drei Stovarsolwochen eine gewisse Nervosität der Kranken zu bemerken ist. Sollte es sich hier um ein der Herxheimerschen Reaktion analoges Phänomen handeln? Oder besteht eine elektive Sympathikuswirkung, wie sie bei der Behandlung des Parkinsonschen Zitterns oder der multiplen Sklerose mit 5wertigen Arsenkörpern beobachtet wurde? Wie dem auch sei, das Stovarsol ist wirksam, bequem und billig.

Ein neuer Fall von akutem generalisiertem Lichen planus provoziert durch Novarsenobenzol bei einem Syphilitiker. Allgemeine exfoliative Erythrodermie, mit Oedem und allgemeiner Sekretion, 48 Stunden später; dahinter verbirgt sich ein Lichen planus. Pathologisch-anatomische Bestätigung des Lichen planus. Autor erinnert an 3 Fälle, bei denen Lichen planus mit Arsentherapie in Zusammenhang stand. Einmal veranlaßte das 914 eine allgemeine Erythrodermie, hinter der sich, je mehr sie verschwand, ein Lichen ruber planus bemerkbar machte. In einem andern Falle erschien diese Dermatose sowohl an gesunden wie an kranken Stellen gleichzeitig mit einem Salvarsanexanthem; im dritten Fall wurde während der Salvarsanbehandlung ein Lichen ruber „en plaques" sichtbar. Der Kranke, der sich vor einer nervösen Komplikation der Lues fürchtete, forderte Fortsetzung der Behandlung, obwohl ihm auseinandergesetzt wurde, daß die Dermatose durch die Behandlung provoziert war. Jede Arsenobenzolinjektion war nun von einer Kongestion der Lichenpapeln noch am selben Abend gefolgt, der Juckreiz verstärkte sich und der Schlaf wurde unmöglich. Damals wurden schon Zweifel geäußert, ob es sich bei diesen Fällen um echten Lichen ruber oder um Salvarsanausschläge lichenoider Art gehandelt hat. Heute bringt nun Autor eine gut studierte Beobachtung einer einwandfreien Provokation von Lichen ruber planus nach Salvarsanbehandlung. Das reine Lichenstadium dauerte 48 Stunden, danach erst folgte eine schwere allgemeine Arsenerythrodermie. Hätte man von ersterem nicht sofort eine Biopsie gemacht, so hätte man die Diagnose bestreiten können. Die Biopsie ergibt nun deutliche charakteristische Merkmale für den Lichen planus. Autor fragt sich, ob nur die Arsenobenzole fähig sind, diese Ereignisse auszulösen. Er hält es möglich, daß die 5wertigen Arsenkörper, Acetylarsan und Stovarsol, die jetzt als Spezifica gegen Lichen planus gelten, analoge Ereignisse provozieren können. Wie erklärt man sich den Mechanismus dieser Provokationen? Autor meint, daß der Lichen planus von Beginn an durch Neubildung nervösen Gewebes beherrscht wird. Er denkt also an eine Sympathikuswirkung der Arsenkörper. Die parasitäre Theorie sucht in diesen Ereignissen gerade eine Stütze im Sinne des Biotropismus: Erweckung latenter Erreger durch das Arsen. Diese Theorie scheine aber auf die Röntgenstrahlen, die gleichfalls auf den Lichen ruber planus einwirken, nicht anwendbar, denn X-Strahlen hätten keine biotropische Wirkung (sie wird aber vermutet. Ref.), und heilen doch den Lichen ruber planus. Gegenüber der parasitären Theorie erinnert Autor an seine 21 negativen Ueberimpfungsversuche.

Vakzinepflaster. Bericht über die Herstellung von Vakzinepflastern die sich zunächst gegen Sekundärinfektionen von Lupus vulgaris, dann aber auch gegen Strepto- und Staphylokokkeninfektionen der Haut, Furunkulose, Unterschenkelgeschwüre und Akne vulgaris richten sollen. Es soll hier eine lokale Vakzination durch die Eigenschaften der Pflaster (Gefäßerweiterung, Mazeration, Schutz vor Einflüsse der Luft, Weichheit, feste Adhärenz) unterstützt werden. Das eine Pflaster ist aus einem Gummiklebstoff, das andere aus Zinkleim, welcher auf einen Leinwandstreifen aufgestrichen wird. Es soll besonders günstig für entzündliche Affektionen sein, bei denen man eine lebhafte Reaktion fürchten könnte. Es läßt die Hautatmung durch und soll die Haut auch zum Anschwellen bringen. Es ist kontraktil, komprimiert das darunterliegende Gewebe, hält es unbeweglich. Auf diese Pflaster wird eine Bakterienemulsion von 500 Millionen Keimen pro cgr aufgestrichen, die sich aus Staphylo-Streptokokken, Pyozaneus, Friedländerbazillen und Bacillus cutis communis zusammensetzt. Diese Emulsion wird in die Pflastermasse im Verhältnis von 20% inkorporiert. (Wir haben in Deutschland etwas ähnliches im Histoplast nach Wassermann.)

Fiebertherapie des weichen Schankers. Die Autoren haben aus den Sporen eines saprophytischen milzbrandähnlichen Mikroorganismus, des Bazillus subtilis, eine Vakzine hergestellt, von der sie — in Suspension — ein Zehntel Kubikzentimeter in die Vene spritzen, worauf nach zwei Stunden Fieber von 40 oder 40,5 Grad auftritt. Nach fünf weiteren Tagen wird die Einspritzung mit Dreizehntel oder Fünfzehntel Kubikzentimeter wiederholt. Hierbei zeigte die Erfahrung, daß ein zu geringes Steigern der Dosen Gewöhnung hervorruft. Die Dosierung ist aber jetzt soweit ausprobiert, daß man in der Lage ist, in einem gegebenen Augenblick Fieber zu erzeugen und dies zu wiederholen. Die dritte Injektion muß 1 ccm, die vierte mindestens 2 ccm betragen. Dies Verfahren heilt das Ulcus molle und seine Komplikationen. Man kann die Dosierung noch bis auf 3—5 ccm steigern. Die Sporen bewirken eine sehr lebhafte Phagozytose und werden durch die Nieren nicht ausgeschieden, wie der zentrifugierte Urin zeigt. Injiziert man die Sporenvakzine subkutan, so bildet sich nach einigen Wochen ein Knoten. De Sporen werden nicht resorbiert und verhalten sich wie Fremdkörper. Mit der intravenösen Methode wurden bisher Ulcera mixta, Leistenbubonen, Ulcus molle behandelt. Auch bei Paralyse soll es versucht werden. Die Resultate sind denen der Vakzinetherapie nach Nicolei und Durand ebenbürtig. Die Autoren meinen, daß die Rolle des Schocks und des Fiebers wichtiger ist als eine Spezifität der Impfung. In der Diskussion erinnert Pautrier an das Verfahren der lokalen Injektion in den Bubo, dazu wurden Streptobazillenfiltrate benutzt, es kam nicht zum Schock, und der Bubo heilte regelmäßig in wenigen Tagen. Hudelo meint, daß die Behandlungsmethoden der letzten Jahre alle dem Ulcus molle gegenüber einen ähnlichen Wirkungsmechanismus haben. Immer handelt es sich um Schock und Fieberwirkung und nicht um Spezifität.

Der Streptococcus der normalen Haut. 50 Personen wurden daraufhin untersucht, ob sie auf ihrer normalen Haut Streptokokken beherbergten. Das Material wurde vom Nasenrücken, den Nasen-Kinnfalten, aus den retroaurikulären Falten und der Ellenbogenbeuge durch Anschabung der Epidermis gewonnen und auf Kulturen ausgesät. In sämtlichen Kulturen sind Staphylokokken gewachsen. 1—2 Tage später wuchsen auch Streptokokken in der Mehrzahl der Fälle. Die negativen Fälle waren Personen, die vorher nie erkrankt gewesen waren. Die Mehrzahl der positiven Fälle hatten in ihrer Vorgeschichte irgend eine banale Hauterkrankung. Aus dieser Arbeit geht hervor, daß die Anwesenheit von Streptokokken auf gesunder Haut in keiner Beziehung zu der gesunden Haut im Augenblick der Untersuchung steht. Man muß in derartigen Fällen stets die Vorgeschichte und den Beruf des Betreffenden, besonders wenn er sich in einem infizierten Milieu befindet, Aerzte, Pfleger, berücksichtigen.

Ueber den Mechanismus der Veränderungen des allergischen Zustandes unter dem Einfluß der Behandlung mit der Nicolle-Durandschen Vakzine bei Ulkusmolleinfektion. Die Intradermoreaktion wird bei Ulcus molle dann negativ, wenn die Träger mit dem Vakzin von Nicolle und Durand behandelt werden. Nach der vierten intravenösen Injektion, also 8 Tage nach Beginn der Behandlung, wird die vorher positive Reaktion negativ. 10—12 Tage nach Beendigung der Therapie wird sie wieder positiv und bleibt es. Manche Autoren haben nun gedacht, daß diese Injektionen im Sinne der Proteinkörpertherapie wirken, daß der allergische Zustand sich infolgedessen in einen anergischen verwandelte, wodurch die Intradermoreaktion negativ würde. Die Autoren haben nun drei Ulcusmolleträger mit einem intravenösen Eiweißpräparat behandelt. Die Reaktionen erreichten 39 Grad, die Intradermoreaktionen blieben aber stets positiv. Hieraus geht hervor, daß die Eiweißkörperreaktion an sich nicht genügt, um den allergischen Zustand bei weichem Schanker zu verwandeln. Aehnliche Versuche machten sie mit einem Fiebermittel mit ähnlichem Resultat. Weder der Schock, noch das hohe Fieber sind imstande, die Vakzine von Nicolle und Durand zu ersetzen, welcher eine spezifische Wirkung zukommt, und die allein imstande ist, den allergischen Zustand in einen anergischen umzuwandeln.

Lichen ruber planus bei Kindern. Die Häufigkeit des Lichen planus bei Kindern ist noch nicht genügend gesichert. Die Pädiater könnten die Affektion verkennen, und die Dermatologen haben nicht genügend Gelegenheit, Kinder zu behandeln. Vortragender hat in einer dermatologischen Kinderabteilung Studien über die Frage gemacht. Von 5600 dermatologisch kranken Kindern hatten 10 einen Lichen ruber. Die Suche nach der Ursache war vergebens. Das Jucken war in den akuten Fällen sehr ausgesprochen, bei Säuglingen kam es zu großer Erregung, Schreien, Schlaflosigkeit. Die Diagnose war im allgemeinen leicht, denn das klinische Bild entsprach dem beim Erwachsenen in allen wesentlichen Punkten. Die Schleimhäute waren frei. Die äußere Behandlung bestand in Bädern und Einreibungen von einprozentiger Phenol-Zinkpaste mit oder ohne Salizylsäure. Die Neosalvarsanbehandlung erwies sich als unnötig, besonders da ein Fall nach Sulfarsenol gerade einen Lichen ruber planus bekam.

Nervöse Elemente des Lichen planus. Bei bestimmter Färbung findet man Nervensubstanz in der Lichenpapel, gleichgültig, ob diese noch jung oder schon ganz ausgebildet ist. Ob es sich um Schwannsche Elemente oder um ganglienartige Gebilde handelt, ist noch nicht sicher. So erscheint denn der Lichen ruber planus von nervösen

Neubildungen im Niveau der Papeln beherrscht, eine Tatsache, die eigenartigerweise so vielen Untersuchern bisher entgangen ist.

Melanotisches Pigment beim kutanen Lichen ruber planus. Histologisch ist die Lichenpapel von Anfang an pigmentiert, auch wenn klinisch noch nichts von der Pigmentation zu sehen ist. Das Phänomen erinnert an das gleichzeitige Vorkommen von Melanose und Neubildung nervöser Elemente bei der Recklinghausenschen Krankheit.

Ueber den Lichen ruber planus. Die Autoren besprechen zunächst die Therapie mit Arsenkörpern bei dieser Affektion. Es kommt hierbei häufig nach der ersten oder zweiten Spritze zu einem Pruritus und einer Rötung der Papeln. In diesen Fällen muß die Therapie vorsichtig weitergeführt werden. Eigenartig ist auch, daß die Neosalvarsan- oder Acetylarsanbehandlung einen Lichen ruber provozieren kann. Die indirekte Röntgentherapie gibt in einigen Fällen, besonders von allgemeinem Lichen, gute Resultate. Mitteilung der Statistik von 11 Fällen.

Betrachtungen zu 108 Fällen von Lichen planus. Die alte Therapie mit metallischem Arsen ist aufgegeben. Meist wird jetzt Neosalvarsan verabfolgt. Der Schleimhautlichen wird aber hierdurch meist nicht beeinflußt. Der Juckreiz soll oft schon nach 1—2 Spritzen nachlassen, doch ist dies inkonstant, wie überhaupt in diesem Punkte die größten Verschiedenheiten beobachtet werden. Die indirekte Röntgentherapie provozierte in einem Falle eine heftige Erythrodermie. Daher bevorzugen die Autoren jetzt die Sympathikusbestrahlung.

Arsenwirkung beim Lichen ruber planus. Autor hat mit den Arsenobenzolen nur mittelmäßige Resultate erzielt, dagegen erwies sich ihm das Acetylarsan, ein Diaethylamino-Stovarsol, so wirksam, daß er jetzt stets zu diesem Mittel greift. Er hält diese Wirkung im großen und ganzen für eine antisyphilitische, denn bei den meisten erfolgreichen Fällen war die Lues irgendwie im Spiel, sei es als alte Lues, sei es als hereditäre. Dazu kommt, daß niemals mit den Kakodylaten derartige Erfolge erzielt wurden, und daß auch das Wismut in einigen Fällen, die gleichfalls wahrscheinlich syphilitisch waren, sehr gut gewirkt hat. Ist Lues im Spiel, dann wirkt die antisyphilitische Behandlung so gut, daß man nicht das Recht hat, die Lichenkranken dieser Therapie zu berauben.

Behandlung des Lichen planus mit Brominjektionen. Der Juckreiz läßt bald nach und man kann dann auch Erscheinungen von Regression an den Papeln konstatieren. Möglicherweise handelt es sich um eine zentrale Wirkung auf das Nervensystem oder eine Beruhigung des Lymphgefäßsystems. Daher die guten Erfolge beim Ekzem. Uebrigens auch nach Aufhören der Therapie geht der Genesungsprozeß weiter. Die Injektionen erfolgen am besten täglich oder jeden zweiten Tag, im ganzen 10 bis 15 Spritzen einer 10%igen Bromnatriumlösung, jedesmal 10 ccm. So wird eine rasche Sättigung des Organismus mit Brom erzielt. Die Knochensalzmenge und die darauf folgende Diurese sind nicht ohne Einfluß. Lokalbehandlung ist unnötig, aber beschleunigt vielleicht die Heilung.

Kurt Heymann, Berlin.

Bruxelles Médical.

Nr. 47.

* Antituberkulöse Impfung mit dem Bazillus Calmette-Guèrin in Belgien. Jean van Beneden.
Die Weltausbreitung der Kropfendomie (Forts.). L. Mayer.
Die Identifizierung syphilitischer Affektionen nach denjenigen Symptomen, die sie von nichtsyphilitischen Erkrankungen unterscheiden. R. Bernard.

Antituberkulöse Impfung mit dem Calmette-Guèrin-Bazillus in Belgien. Die humane antituberkulöse Impfung besteht in der dreimaligen Einführung eines Zentigramms des Bazillus Calmette-Guèrin; jedes Zentigramm enthält die Gesamtimpfdosis von ungefähr 1 200 000 000 Bazillen. Diese Impfung ist möglichst auf Neugeborene zu beschränken, d. h. auf Individuen, die noch frei von jeder bazillären Infektion sind. Bei schon Tuberkulose-Infizierten bewirkt die Impfung, wie überhaupt die Zufuhr irgendwie virulenter Tuberkulosebazillen — abgeschwächt oder selbst abgetötet — eine Zunahme der Empfindlichkeit für Infektionen. Es empfiehlt sich, wenigstens im Anfang, die Impflinge von der Berührung mit Bazillenträgern fernzuhalten. Ist diese Isolierung undurchführbar, so soll man sich bemühen, durch hygienische Maßnahmen die Gelegenheit zur Ansteckung abzuwenden. Das bakteriologische Institut in Lüttich verteilt seit dem 1. August 1924 solche Vakzine, die hiermit erzielten Resultate sind ermutigender als die in Frankreich mit derjenigen Vakzine erzielten, die der Tuberkulose-Dienst des Pasteur-Instituts in Paris herstellt.

Nr. 48, 25. September 1927.

* Bericht über Aetiologie und Epidemiologie des endemischen Kropfes in Frankreich. Léon Bérard und Charles Dunet.
Die Mutationen der Krankheitstypen. René Verhoogen.

Bericht über Aetiologie und Epidemiologie des endemischen Kropfes in Frankreich. Der endemische Kropf resultiert nicht aus einer einzigen Ursache, sondern aus multiplen, deren isolierte oder synergetische Wirkung zur Entstehung anatomisch-klinischer Abarten führt, die wir zu präzisieren noch nicht imstande sind, und die wir daher unter der gleichen Bezeichnung zusammenfassen. Zugegeben, daß der Faktor „Wasser" an der Spitze steht, so dürfen wir doch andere, wie mangelhafte Ernährung, mangelnde Wohnungshygiene, Intoxikationen und chronische Infektionen des Verdauungstrakts in bezug auf ihre Wichtigkeit nicht unterschätzen. Es steht ferner fest, daß zahlreiche Individuen mit insuffizienter Schilddruse eine Nachkommenschaft erzeugen können, die dem schädlichen Einfluß kropferregender Faktoren ganz besonders zugänglich ist.

So wenig auch die eigentlichen Vorgänge, die zur Entstehung des Kropfes führen, bekannt sind, soviel weiß man, daß der Jodstoffwechsel gestört ist, mit anderen Worten, daß ein Jodmangel entsteht. Der Mechanismus desselben ist noch längst nicht aufgehellt. Pubertät, Schwangerschaft, Laktation und Menopause sind diejenigen Lebensepochen, in denen der Jodverbrauch des Organismus besonders stark ist; hier führt Jodmangel eher als sonst zu einer kompensatorischen funktionellen Schilddrüsenhypertrophie. Die Bekämpfung des Kropfes von Staats wegen kann unmöglich in der systematischen Jodzufuhr allein bestehen; alle hygienischen Maßnahmen wie Verbesserung der Ernährung, der Wohnung, Auswahl von Trinkwässern tragen unleugbar zum allmählichen Verschwinden des Kropfes bei. Der endemische Kropf ist übrigens keineswegs eine Affektion, die sich auf die Schilddrüse allein beschränkt, die Störung manifestiert sich funktionell durch Somnolenz, Apathie, Verlangsamung im Ablauf geistiger Funktionen, Myxödem.

Nr. 49, 2. Oktober 1927.

Aktuelle Fragen des Immunitätsproblems. Jules Bordet.
Die Weltausbreitung des endemischen Kropfes (Forts. u. Schluß). L. Mayer.
* Strahlentherapie in der Dermatologie. André Bodart.

Strahlentherapie in der Dermatologie. Hauptindikationen für die Bestrahlung mit ultraviolettem Licht bilden die Pyodermien, die Hauttuberkulose, die Ulzera; dazu kommen die Hautmykosen, die chronischen Ekzeme, gewisse Parakeratosen und Alopezien. Die einfache Staphylokokken-Sykosis, die sich gegen andere Heilmittel refraktär erweist, heilt unter Erythemdosen bei gleichzeitiger, sorgfältiger Desinfektion. Bei hartnäckiger Akne soll man vor jeder Sitzung die Mitesser entfernen, die Haut mit Alkohol entfetten, dann anfangs täglich, später zweitäglich im Abstand von 70 cm bestrahlen und zwar steigend bis zu 20 Minuten. Ulcera varikosa, atonische Wunden, Dekubitalgeschwüre, phagedänische Geschwüre der Tropen vernarben rasch unter ultravioletten Strahlen. Die Resultate werden noch gesteigert, wenn man die erkrankten Flächen vorher mit zweiprozentiger Trypaflavinlösung bestreicht. Psoriatische Effloreszenzen verschwinden unter Bestrahlungen, rezidivieren jedoch häufig. Wenn man die Geduld hätte, die Bestrahlungen fortzusetzen, so würde man dahin gelangen, die endokrinen Drüsen zu stimulieren und damit einen Faktor dieser Erkrankung zum Verschwinden zu bringen. Kontraindiziert sind die ultravioletten Strahlen bei akutem, fieberhaftem Ekzem, bei Radiodermatitis und Photosensibilität, in Fällen von Urtikaria, Xeroderma pigmentosum, im allgemeinen bei allen Fällen von Hyperchromien; bei letzteren bedient man sich mit Vorliebe der infraroten Strahlen.

Nr. 50, 9. Oktober 1927.

* Schilddrüsen-Adenome. Lucien Dautrebande und Albert Lemort
* Radiomedizinische Konsultationen auf hoher See. R. Bernard u. M. J. Haeck.
Claudicatio vaskulären Ursprungs. L. Langeron und J. Delcour.

Schilddrüsen-Adenome. Die Klassifikation der Autoren teilt die Adenome der Schilddrüse in nichttoxische, schwer toxische und gutartig toxische Adenome. Das schwer toxische Adenom definieren wir als eine Krankheit, gekennzeichnet durch: motorische Unruhe, Abmagerung, Tachykardie, meist gepaart mit Arythmie, mit oder ohne palpable Schilddrüsenknoten und einem ständig um 30 bis 40% erhöhten Grundstoffwechsel. Das gutartig toxische Adenom trifft man bei Kranken mit gutem Allgemeinbefinden, ohne charakteristische motorische Unruhe an, die eine mäßige Tachykardie ohne Arythmie aufweisen; palpable Schilddrüsenknoten können vorhanden sein oder auch fehlen, der Grundstoffwechsel liegt im Durchschnitt 22% über der Norm. Das gutartige Adenom besteht in einer Zunahme von Azini, ohne Steigerung der Sekretion; es fehlt daher der Hyperthyreoidismus mit seinen wohlbekannten klinischen Störungen. Trotzdem bedürfen auch diese Adenome einer strengen Ueber-

wachung. Unter dem Einfluß unbekannter Ursachen, aber auch unter dem Einfluß gesteigerter Bedürfnisse des Organismus an Thyroxin (Schwangerschaft, geistige und körperliche Ueberanstrengung, seelische Erregung) setzt eine Hypersekretion ein, die aus dem nichttoxischen Adenom leicht ein toxisches machen kann.

Radio-medizinische Konsultationen auf hoher See. Radiomedizinische Konsultationen auf hoher See sind selbst auf große Entfernungen hin durchführbar mit Hilfe eines hier vorgeschlagenen Relaissystems. Sie bieten keine unübersteiglichen Schwierigkeiten, sie erfordern aber eine gewisse internationale Verständigung. Dazu ist vor allem die Aufstellung einer speziellen internationalen radiotelegraphischen Formel erwünscht. Radio-medizinische Uebertragungen dürfen — unbeschadet ihrer Priorität und ihrer Unentgeltlichkeit — den internationalen Handelsverkehr nicht stören, noch umgekehrt durch ihn gestört werden; deshalb muß für diesen Zweck eine besondere Welle vorgeschlagen und allgemein anerkannt werden. Vom medizinischen Standpunkt aus besteht die vollkommene Durchführung dieses internationalen Dienstes in der Unterweisung der Kapitäne, die arztlose Schiffe fahren und in der Standardisierung der pharmazeutischen Versorgung dieser Schiffe.

Held.

Il Policlinico, Sez. med.

34., Nr. 10, 1. Oktober 1927.

Rontal.

Il Policlinico, Sez. chir.

34., Nr. 10, 15. Oktober 1927.

Kombination der Neurotomie des Saphenus internus mit periarterieller Sympathektomie bei hartnäckigen, variskösen Geschwüren. Um die Sympathikusinnervierung zu den Hautzonen des Beines, die die Prädilektionsstelle von hartnäckigen, variskösen Geschwüren sind, vollkommen zu unterbrechen und die infolge der fehlenden periarteriellen Sympathikusfasern auftretenden vasomotorischen Phänomene durch diejenigen zu verstärken, die als eine Folge der Unterbrechung der sensiblen Nervenbahnen anzusehen sind, führte Verf. in 2 Fällen gleichzeitig mit der periarteriellen Sympathektomie der Femoralis im mittleren Drittel des Schenkels die Neurotomie des Saphenus internus im gleichen Niveau aus, eine zuerst von de Nabias vorgeschlagene Operation. In beiden Fällen kamen die großen, alten, atonischen, schwieligen, durch Ekzeme komplizierten, nach Exzision der Saphena rezidivierten variskösen Ulzera sehr rasch zur Heilung, die nunmehr bereits seit über 1¼ bzw. 2 Jahren andauert. Man könnte einwenden, daß der hohen Neurotomie des Saphenus im mittleren Drittel die tiefe Neurotomie des Tibialisastes allein vorzuziehen ist, da sie den Patellarast schont und zur Unterbrechung der Innervierung der vorderen, inneren Gegend des Beines genügt, wo die Ulzera meistens ihren Sitz haben. Die Unterbrechung des Hautastes zur Kniegegend hat jedoch nur wenig Bedeutung, da derselbe die Hautversorgung des Knies nur ergänzt und die Sensibilitätsstörungen nur vorübergehender Natur sind. Die hohe Durchschneidung des Saphenus hat aber den Vorteil, daß dadurch auch alle Sympathikusverzweigungen unterbrochen werden, welche von seiner perineuralen Scheide kommen und stufenweise zur Adventitia der Femoralis gelangen. Die vasomotorischen Reaktionen sind daher intensiver und dauerhafter, als nach der Neurotomie des Tibialisastes unterhalb des inneren Kondylus der Tibia.

Rontal.

The Journal of the American Medical Association.

89., Nr. 15, 8. Oktober 1927.

Die Aetiologie der Masern. Rachenkulturen, die von 95 Masernkranken gewonnen waren, zeigten in 98% einen grampositiven, aëroben, grünen Farbstoff erzeugenden Diplokokkus, oft nahezu als Reinkultur, stets als vorherrschenden Keim. Die meisten Keime wurden durch Berkefeld-N-Filter zurückgehalten, jedoch schienen einige von sehr frühen Fällen stammende filtrierbar zu sein. Die Keime dauern auch nach der Periode der Ansteckungsfähigkeit im Rachen der Kranken an, der Typus der Kolonien ändert sich jedoch während der Rekonvaleszenz. Ausstrichpräparate aus dem Rachen der 95 Masernkranken zeigten ohne Ausnahme die gleichen Keime. Das Filtrat von Rachenwaschungen verursachte nach intratrachealer oder intravenöser Injektion bei 8 Kaninchen zwischen dem 4. und 9. Tage einen Temperaturanstieg von 0,8 bis 3°, in einem Falle mit gleichzeitigem Ausschlag. Bei einem der Kaninchen ergab die Herzpunktion während der Fieberperiode eine Reinkultur des Diplokokkus. Anscheinend sind nicht alle Kaninchen empfänglich. Etwa 50% der Masernkranken zeigten während der ersten 48 Stunden des Ausschlages die gleichen grünen Diplokokken im Konjunktivalsekret. Blutkulturen wurden innerhalb von 36 Stunden nach Erscheinen des Ausschlags bei 15 Kranken gemacht; als beste Nährböden erwiesen sich der Hiblersche und Serum-Gehirn nach Hiss. Fünf Kulturen waren positiv, die gefundenen Keime identisch mit den aus Rachen- und Konjunktivalsekret stammenden. Sieben Masernstämme erzeugten 7 bis 13 Tage nach intravenöser Injektion bei Kaninchen Fieber und Hautausschläge. Bei einem Tier wurde der Keim wieder aus dem Herzblut gewonnen. Vier Passagen durch Kaninchen gelangen. Silycin scheint von großem Wert für die Unterscheidung der Maserndiplokokken von dem Str. viridans zu sein, der bei 50% aller gesunden Menschen im Rachen gefunden wird. Von 35 Masernstämmen fermentierten im Gegensatz zum St. viridans 34 das Salycin.

Die Spezifität der Minot-Murphy-Diät bei perniziöser Anämie. Es ist nur eine kleine Anzahl von Fällen, die mit der Minot-Murphy-Diät behandelt wurden, aber die Resultate sind sehr eindrucksvoll. In 10 Fällen von perniziöser Anämie kam es, wie die Kurven zeigen, ohne jede andere Behandlung zu einem stetigen, einförmigen und schnellen Anstieg des Hb und der roten Blutzellen. In 2 Fällen war die Anämie das Resultat lange andauernder Blutungen aus Uterus bzw. Rektum infolge von gutartigen Erkrankungen, die vor der Einleitung der Diät operativ beseitigt wurden; in einem dritten Falle war die Anämie die Folge von Syphilis, die einer entsprechenden Behandlung zugeführt wurde; im vierten Falle war sie die Folge eines inoperablen Magenkarzinoms an der großen Kurvatur, das die übliche Nahrungsaufnahme nicht beeinträchtigte. In allen 4 Fällen sekundärer Anämie trat im Anschluß an die Diät nur ein leichter oder gar kein Anstieg des Hb und der roten Blutzellen ein, trotzdem bei 3 Kranken die Ursache der Anämie zuvor beseitigt war. Diese Resultate bekräftigen die Theorie, daß die perniziöse Anämie durch das Fehlen einer Stoffwechselsubstanz veranlaßt ist, welche dem Körper in der Minot-Murphy-Diät zum Teil zugeführt wird.

Wirkungen der kombinierten Bestrahlungs- und Bleibehandlung. Blair Bell hatte den Eindruck gewonnen, daß eine bestimmte Bleisuspension die Empfindlichkeit gewisser Neubildungen gegen die Wirkung der Röntgenstrahlen verstärkte. Sichere Schlüsse können nur aus Versuchen an Menschen gezogen werden, doch sind Versuche an transplantierten tierischen Tumoren deshalb wertvoll, weil diese Tumoren ein biologisches Standardmaterial sind, und die letale Dosis hinsichtlich der Bestrahlung keinen Schwankungen unterworfen ist. Ein Maussarkom des Verfs. hat sich in seiner letalen Dosis hinsichtlich des Radiums, dessen Originaldosis immer wieder genau erzeugt werden kann, binnen 12 Jahren nicht geändert. Die von Zeit zu Zeit mit Radium wie mit Röntgenstrahlen bestimmte letale Dosis ist sehr genau bekannt. Ein weiterer Vorteil ist, daß die Tumoren auf die Pfoten der Tiere transplantiert werden können, und Röntgenbestrahlungen ausführbar sind, ohne den Tod der Tiere herbeizuführen. Verf.

perimentierte mit dem Flexner-Jöblingschen Rattenkarzinom von her Virulenz und mit einem Rattensarkom von noch viel größerer achstumsenergie. Bei dem Rattenkarzinom war die Kombination n Blei und Röntgenstrahlen wirksamer als jede der beiden Bendlungsmethoden allein. Beim Rattensarkom konnte eine solche rstärkung der Wirkung der Röntgenbestrahlung nicht beobachtet rden. Eine Beigabe von Dextrose zu den Bleimischungen oder r Bleimedikation vorangehende Dextroseinjektionen schienen weder Wirksamkeit des Bleis noch die der Röntgenstrahlen gegen moren zu verstärken. Nach Verf. ist die Wirkung des Bleis eine n toxische. Er konnte bei einer kleinen Anzahl von Patienten den ert der Kombination von Blei- und Röntgenwirkung bestätigen; in sen Fällen werden vermutlich die Tumorzellen durch das Blei einen Zustand versetzt, welcher die Zerstörung durch die Röntgenahlen erleichtert. Zweifellos lassen sich nicht alle Tumoren in ser Weise beeinflussen, denn es gibt menschliche Tumoren, bei nen selbst 10 E. D. nicht imstande sind, alle Zellen vollkommen zu rstören. Die Wirkung des Bleis kann immer nur eine temporäre in, die Hauptwirkung fällt den Röntgenstrahlen zu durch ihren alen Einfluß auf die Zellen und noch mehr vielleicht durch die fäßsklerose, welche sie herbeiführen und das Phänomen der achstumshemmung in einem gefäßlosen Bindegewebe. In Zukunft rd es vielleicht angebracht sein, die Tumoren nicht nach Blair Bell t Blei zu behandeln und die Röntgenstrahlen als Adjuvans zu betzen, sondern umgekehrt Blei zur Verstärkung der Wirkung der öntgenstrahlen zu geben.

Die Kombination von kolloidalem Blei und Bestrahlung in der ebstherapie. Die klinischen und toxischen Wirkungen des lloidalen Bleis sind außerordentlich verschieden; es kommt ter seiner Wirkung bei verschiedenen Personen zu Regression, zu rflüssigung des Tumors, oder Wirkungen bleiben ganz aus. Von en toxischen Wirkungen des Bleis ist die auf das Blut am rmierendsten. Immerhin war der Einfluß des Bleis auf einige moren so ausgesprochen, und vor allem machte das Blei die moren so strahlenempfindlich, daß Verf. sich mit dem Problem schäftigt, die minimale Menge von Blei zu bestimmen, die in Verdung mit Röntgenstrahlen bei geringstmöglicher Bleiintoxikation e Regression herbeiführen kann. Zunächst wurde in zahlreichen erversuchen festgestellt, daß das kolloidale Bleiphosphat im Gegentz zu vielen anderen Bleipräparaten das Blut nur in geringem ade schädigte. Dieses Präparat, das den Vorzug hat, sich bei mmertemperatur unbegrenzt zu halten, wirkte auch bei Menschen el weniger toxisch, bei gleicher klinischer Wirkung auf die moren, wie die metallischen Präparate. In 2 Fällen wird die irkung des Bleiphosphats auf Tumoren und in einem derselben erhöhte Strahlenempfindlichkeit des mit Blei behandelten Tumors monstriert.

Magensekretion nach partieller Gastrektomie. Drei Phasen der gensekretion nach Nahrungsaufnahme werden unterschieden, die ychische, als die wichtigste die Magen- und die Dünndarmphase. owohl die säuresezernierenden Zellen im Körper und Fundus des agens gelegen sind, so verursacht seltsamerweise ein Reiz dieser ile durch Nahrung keine Magensekretion, wohl aber ein solcher iz des distalen Magendrittels, d. h. des Antrum. Partielle Gastrekmie führt zu Entfernung des Antrum, beseitigt also die zweite Phase r Magensekretion. Zu den drei obigen Phasen nach Nahrungsfnahme gesellt sich eine kontinuierliche Sekretion, die bei normalen rsonen zwischen wenigen Kubikzentimetern bis zu 50 ccm in der unde schwankt. Eine hohe kontinuierliche Sekretion ist für odenalulkus charakteristisch, bei Magenulkus selten. Die Erugung einer Anazidität hängt davon ab, wie wirkungsvoll die nach tfernung der Magenphase übrigbleibenden Sekretionsphasen sind. die Sekretion mäßig, so kann sie leicht neutralisiert werden; das bei sehr hoher kontinuierlicher Sekretion, wie beim Duodenalkus, nicht der Fall. Nach partieller Gastrektomie kann man also ei Arten von Kurven bekommen, eine anazide Kurve, eine Kurve, i der die freie Säure nach 1 bis 2 Stunden beginnt und langsam igt, und eine Kurve, in welcher freie Säure stets vorhanden ist. e mit Rehfuß-Probemahlzeiten untersuchten 42 Fälle von partieller strektomie ergaben eine unmittelbare Hypo- und Anazidität bei % der Magenulzera und 18% der Duodenalulzera. Diese Prozenthlen waren nach 6 Monaten auf 100 bzw. 66% gestiegen.

Aktive Immunisierung beim Scharlach. Die meisten Statistiken d unbrauchbar, weil ungenau. Nur auf Grund ganz zuverlässiger beiten stellte Verf. folgende Daten zusammen: Von etwa 16 000 cht ausgewählten Personen waren 34% Dickpositiv, 66% negativ; n etwa 10 000 Personen ohne Scharlachanamnese 40% +, 60% —; n etwa 1000 Personen mit Scharlachanamnese 14% +, 86% —; n 735 Rekonvaleszenten 8% +, 92% —; von 42 Scharlachkranken späten Stadium 12% +, 88% —; von etwa 600 Scharlachkranken Frühstadium 77% +, 23% —. Es handelte sich dabei stets um Personen aller Altersklassen. Von etwa 3700 unausgewählten Kindern unter 16 Jahren waren 47% +, 53% —, von etwa 900 unausgewählten Erwachsenen 21% +, 79% —. Die Immunisierungsresultate, geschätzt durch die Umwandlung einer positiven in eine negative Dickreaktion, waren bei Verwendung des Dickschen Materials (filtriertes Toxin) unter 1785 Fällen in 74% erfolgreich, mit dem Larsonschen Material (ganze Kulturen plus Natr. ricinoleat.) unter 1111 Fällen in 84%. Der Schwierigkeiten gibt es in Anbetracht des Fehlens geeigneter Laboratoriumstiere für die Standardisierung viele. Die Dickprobe ist eine quantitative, und Veränderungen in der Größe der Hautdosis verändert die Zahl der Negativen. Bei einer Anzahl absolut immuner Personen hat auch eine starke Vermehrung der Hautdosen keine Wirkung, eine kleinere Gruppe sehr empfindlicher Personen reagiert bereits auf Bruchteile einer Dosis. Dazwischen gibt es viele Menschen, bei denen Veränderung zwischen 1 bis 10 Hautdosen zu großen Schwankungen der Resultate führt. Toxine aus verschiedenen Quellen und sogar solche aus derselben Quelle zu verschiedenen Zeiten sind ungleich im Einheitenwert. Uneinigkeit herrscht darüber, ob die Schwere der Hautreaktionen in einer Beziehung zur Schwere einer folgenden Scharlachinfektion steht. Aus einer noch nicht abgeschlossenen Untersuchung auf breiter Grundlage teilt Verf. einige vergleichende Daten mit: Von 29 000 Schulkindern erhielten 8000 ein bzw. 2 Dosen Natr. ricinol.-Vakzine, 21 000 blieben unbehandelt. Gegenüber den mit einer Dosis Behandelten erkrankten 2⅘ mal gegenüber den mit 2 Dosen Behandelten 6½mal so viele unbehandelte Kinder. Diese Ergebnisse mit den gleichen Resultaten stammten aus 3 getrennten Bezirken. Vorangehende Dickproben bei Kindern werden aus praktischen Gründen wohl in Zukunft besser unterbleiben müssen. Wenn die Hälfte der behandelten Personen für einen Zeitraum von nur 2 Jahren geschützt werden kann, so dürfte die Schutzimpfung im frühen Lebensalter die Mortalität in den ersten 10 Lebensjahren stark herabsetzen.

Rontal

Journal of Infectious Diseases.

Vol. 41. Nr. 3.

Ist der Diabetes eine Infektionskrankheit? Die Mortalitätskurven der Diabetiker in Norwegen in den Jahren 1898—1921 weisen hinsichtlich des Alters der Gestorbenen zwei deutliche Gipfelpunkte auf. Der eine Kulminationspunkt erscheint in der Pubertätszeit, der andere zwischen 60 und 70 Jahren. Männer und Frauen machen in dieser Beziehung keine Ausnahme. Aetiologische Faktoren, die zum Zustandekommen des Diabetes beitragen, sind Rasse, Erblichkeit, Fettleibigkeit, Arteriosklerose und Störungen an den inneren Organen. In der Jugend führen eine Gruppe von Infektionskrankheiten wie Scharlach, Typhus und epidemische Parotitis mit folgender parotitischer Pankreatitis oft zu schwerem akuten Diabetes. Mumpsepidemien haben einen Anstieg in der Todeskurve des Diabetes zur Folge; dieser Anstieg setzt drei bis vier Jahre nach jeder Mumpsepidemie ein. Die Hodenatrophie nach parotitischer Orchitis ist ein ähnlicher Vorgang wie die Pankreasatrophie nach parotitischer Pankreatitis. Der Autor vermutet daher, daß der „akute Diabetes“ der Jugendlichen, der schwerer ist und schneller zum Tode führt als der Diabetes der Erwachsenen, infektiösen Ursprungs ist und wahrscheinlich durch das Virus der Parotitis epidemica verursacht wird.

Toxinbildende Streptokokken bei Sepsis. Ein haemolytischer Streptokokkus wurde aus dem Blute eines Patienten mit Sepsis gezüchtet. Er bildete ein Toxin, das dem Scharlachtoxin sehr ähnlich war, indem es Hautreaktionen machte und durch antitoxisches (Scharlach-)Serum neutralisiert wurde. Agglutinationen aber und Absorptionsreaktionen zeigten keine spezifischen Eigenschaften.

Kahnsche Probe bei Syphilis. Die Kahnsche Probe, eine Präzipitationsreaktion auf Lues bedeutet einen technischen Fortschritt in der Diagnose der Lues. In einer ständig wachsenden Zahl von

Laboratorien ersetzt sie die WaR. Verf. prüfte die Reaktion bei der experimentellen Kaninchensyphilis. Er fand, daß die Stärke der Probe proportional ist der Schwere des Falles. Die Reaktion ist ausgesprochener bei intratestikulärer Inokulation als bei skrotaler. Bei einem Tier, das mit Neoarsphenamin behandelt wurde, fiel die Reaktion später negativ aus.

Henning, Leipzig.

The Urologic and Cutaneous Review.

Nr. 9, September 1927.

Einfache Betrachtungen über das Wesen der Aetiologie der Alopecia areata. Der Haarausfall bei Alopecia areata ist in vielen Punkten dem bei der Röntgenepilation vergleichbar; seine Aetiologie ist zwar noch nicht ganz aufgeklärt, aber mit Bestimmtheit ist eine Beteiligung der endokrinen Drüsen hierbei anzunehmen, und zwar Thyreoidea und Sexualorgane. Da diese Drüsen bei chronischen Infektionskrankheiten, wie z. B. Lues ergriffen und in ihrer Funktion beeinträchtigt werden, so ist es leicht erklärlich, daß bei dieser Infektion nicht selten über den Weg der endokrinen Drüsen — also indirekt — eine Alopecia areata hervorgerufen wird, während ein direkter Zusammenhang zwischen diesen beiden Erkrankungen nicht statt hat. Auch eine direkte Uebertragung von einem zum anderen Patienten ist ungewöhnlich.

Skenesche Gänge während der Schwangerschaft. Urethramündung und Skenesche Gänge sind zwar häufig während der Schwangerschaft geschwollen und treten während derselben lebhafter hervor, zeigen aber im Gegensatz zur gonorrhoischen Erkrankung während der Gestation keinerlei Eiterabsonderung und keine Entzündungserscheinungen.

Die experimentelle Basis der therapeutischen Ovarientransplantation. Transplantationen der Ovarien beim Menschen haben nach den meisten Autoren gewöhnlich nur dann Dauererfolg — die Ovarien bleiben strukturell erhalten und sondern ihre Hormone ab —, wenn sie bei ein und demselben Individuum — etwa bei gynäkologischen Operationen — ausgeführt werden, also Homoiotransplantationen, während bei den anderen Mammalien auch Transplantationen von einem Tier zum anderen derselben Gattung mit guten Resultaten ausgeführt werden. Diese Transplantation findet am zweckmäßigsten ins Nierengewebe hinein statt; sie verändert bei einigen Arten — zum Beispiel beim Meerschwein — den zyklischen Ablauf der Menstruation, bei anderen Arten — z. B. der Ratte — läßt sie ihn unbeeinflußt; woran das liegt, ist noch völlig unaufgeklärt. Will man bei der Transplantation Erfolg haben, dürfen die einzupflanzenden Stücke nicht zu klein gewählt werden; mindestens ein Sechstel, besser ein Fünftel des normalen Ovarialgewebes muß transplantiert, damit genügend Material für Follikelbildung und für die hiermit parallel gehende Hormonbildung vorhanden ist; dagegen spielt das Alter der Tiere keine Rolle, da sich das Ovarialgewebe dem Entwicklungszustand seines neuen Ernährungsbodens anpaßt.

Bab.

The Journal of Urology.

18., H. 3.

Papilläre Nierenbeckenepitheliome. Bericht über 15 Fälle der Mayo Clinic. Die Fälle wurden nach ihrer Zelldifferenziertheit in 4 Gruppen eingeteilt und danach ihre Malignität beurteilt. Vielfach waren schon im Ureter und in der Blase ebenfalls Neubildungen vorhanden. Das Hauptsymptom war die Harnblutung, ein Nierentumor war nur fünfmal palpabel. Die Tochtergewächse, zumeist nahe dem erkrankten Harnleiter, führten ebenfalls zur Diagnose. Das durchschnittliche Alter der Pat. betrug 51 Jahre, der Jüngste war 34, der Aelteste 61 Jahre alt. Es handelte sich um 11 Männer und 4 Frauen. Der Verfasser empfiehlt auf Grund der Behandlungsresultate radikales Vorgehen bei diesen höchst bösartigen Tumoren in Form von kompletter Nephroureterektomie mit Resektion des angrenzenden Blasenabschnittes. Er hat diese Operation zweimal erfolgreich ausgeführt und beschreibt mit Abbildungen die Methode seiner Klinik.

Klinische und experimentelle Daten über die Prostatainfektion. In etwa 40% ist die Prostatitis hämatogenen Ursprungs. Viele dieser Fälle beruhen auf Infektion von den Zähnen und Tonsillen aus. Häufig konnte der Verf. den gleichen Stamm von Streptokokken aus diesen Organen bzw. den Lungenspitzen und der Prostata züchten. Zur Provokation bei Prostatitis dienen: 1. wiederholte Massage, 2. Massage und Dilatierung mit dem Kollmann und 3. Installation von Silbernitrat in die Posterior. Indikationen hierzu sind: Fehlen von Prostatasekret nach der Expression. 2. Störungen der Harnentleerung oder der Sexualfunktion, sowie pathologischer Palpationsbefund. 3. Fragliche Natur der Sekrete. Der Harn braucht bei Prostatitis nicht immer pathologische Beimengungen aufzuweisen. Bei einer Serie von 500 Fällen unspezifischer Prostatitis war er zu 33% mikroskopisch negativ, in weiteren 56 % zeigte er nur geringen Befund. Sowohl tierexperimentell als auch klinisch sah der Verf., daß die entzündete Prostata Ausgangspunkt für Systemerkrankungen sein kann. Er nennt dabei: 1. Verschiedene Arten von Arthritis, 2. Spondylitis, 3. Kalkaneussporn, 4. Neuritis und Ischias, 5. Myalgie und rheumatische Beschwerden, 6. Augenkrankheiten, wie Iridozyklitis und Neuroretinitis, 7. sekundäre Anämie, 8. vasomotorische Hautstörungen, so Urtikaria und angioneurotisches Oedem, 9. Erythema multiforme und andere infektiöse Dermatosen, 10. unerklärbare Pyrexie, 11. Rückenschmerzen, 12. Schmerzen im Unterbauch, 13. funktionelle gastrische Beschwerden, 14. Tortikollis. In einem gewissen Prozentsatz wurden alle diese Erscheinungen durch lokale Behandlung der Prostata gebessert, wie auch der Verf. an Beispielen zu erläutern versucht.

Ein Katheter für den Ductus ejaculatorius mit einem Zweiwegehahn. Das Instrument gestattet ein erleichtertes Sondieren des Ductus ejaculatorius dadurch, daß die Harnröhre während der Sondierung dauernd gespült und so alles etwaige Blut und Sekret fortgeschwemmt wird. Man soll leicht durch das Instrument die Harnröhre behandeln können.

E. Lehmann (Hamburg).

American Journal of Syphilis.

Vol. XI, Nr. 3, Juli 1927.

Der therapeutische Wert heißer Bäder bei der Behandlung der Syphilis. Der rasch wirkende, schützende und heilende Einfluß, welchen heiße Bäder bei experimenteller Kaninchensyphilis hatten, berechtigt zum klinischen Versuch am Menschen. Die anzuwendende Technik und die Art der Fälle muß jeweils durch Versuch bestimmt werden. Verf. konnten zeigen, daß es möglich ist, die menschliche Temperatur selbst bis 106° Fahrenheit und höher mit Sicherheit zu steigern. In den meisten Fällen kam es zu einer wahrnehmbaren Besserung der Hautmanifestationen, einige Male sogar zum Verschwinden der Erscheinungen. Auch schien eine leichte Besserung der WaR. einzutreten, obgleich auf die quantitativen Veränderungen kein allzu großer Wert zu legen ist. Man kann nicht erwarten, daß heiße Bäder allein heilende Wirkung auf die Syphilis haben, doch können sie in Unterstützung anderer Methoden eine therapeutische Hilfe darstellen. Physiologisch zeitigten heiße Bäder folgendes: Vorübergehende Leukozytose, gefolgt von einer kurzen Reduktion der weißen Zellen, leichter Anstieg des systolischen Blutdruckes und häufiger, starker Abfall des diastolischen, beides von zeitlicher Dauer

Anstieg des Blutzuckers um etwa 10% im Durchschnitt, keine Beeinflussung des Urinstickstoffgehaltes, der Bluthamsäure oder der proteolytischen oder lipolytischen Enzyme.

Behandlung der Neurosyphilis. Dieser Artikel wird nach Abschluß im Oktoberheft mitreferiert.

Behandlung von Treponematosisgeschwüren mit Wismut-Yatren. Verf. berichtet über 100 mit Wismut-Yatren behandelte Fälle von Ulzerationen. Die Mehrzahl der Fälle gehörte den sog. Yaws an, die Minderzahl war syphilitisch. Seit März 1926 begann im Centralspital des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf Haiti die Behandlung mit Wismut-Yatren A und B. Das Präparat A ist eine wässerige Lösung des Natriumsalzes der Bismuthyl-jodo-oxychinolinsulfosäure und enthält ein Aequivalent von 10 mg metallischen Wismuts pro Kubikzentimeter Lösung. Man kann es intravenös und intramuskulär verwenden. Für Erwachsene ist die Dosis 3 ccm. Das Präparat B unterscheidet sich im wesentlichen durch eine andersartige Chininkombination und besteht aus einer Oelsuspension, die 36 mg metallischen Wismuts pro Kubikzentimeter enthält. Es ist nur intramuskulär zu verwenden. Die Dosis beträgt für Erwachsene 2 ccm. Keiner der Fälle war vorher mit Arsenpräparaten oder anderen Wismutpräparaten behandelt worden. Die ersten 20 Fälle (Serie I) erhielten Präparat A einmal die Woche, die weiteren 20 (Serie II) Präparat B zweimal die Woche, die übrigen 60 Fälle (Serie III) Wismut-Yatren A und B (3 ccm und 2 ccm) im Wechsel in viertägigen Intervallen. Pro Woche erhielten so: Serie I 30 mg Wismut, Serie II 72 mg und Serie III 60 mg. Es wurden nur Fälle mit Ulzerationen ausgesucht, da diese im Hospital festgehalten werden konnten; auch war an ihnen die Heilung besser zu kontrollieren. Die Geschwüre bestanden oft schon 5 Jahre. Bei Präparat A, intravenös gegeben, sah Verf. nie toxische Allgemeinsymptome, noch irgend welche Venenschädigung. Bei Präparat B entstand lokale Entzündung mit leichtem Fieber und geringen Schmerzen. Stomatitis und Gingivitis traten in 2 Fällen der Serie II und in 8 Fällen der Serie III auf. Nur in 3 Fällen, die nicht schnell genug zur Heilung kamen, mußte Neosalvarsan gegeben werden. Die therapeutischen Resultate mit Wismut-Yatren waren in hohem Grade befriedigend, mindestens so gut wie bei Neosalvarsan und ungleich besser, als bei anderen Wismutpräparaten.

Tryparsamid bei akuter Syphilismeningitis. Bericht über 9 Fälle, wobei die untere Grenze des Zellgehaltes der Spinalflüssigkeit willkürlich mit 400 angesetzt wurde. 5 Fälle können als Früherkrankungen der Hirnhaut angesehen werden, welche noch während oder bald nach dem Erscheinen sekundärer Veränderungen auftraten. Die anderen 4 Fälle waren latent. Bei ihnen traten die Symptome nach Kopftraumen auf. In allen Fällen wurde nach Anwendung von Tryparsamid prompte Erleichterung der Beschwerden erzielt. Kopfschmerz und Lichtscheu vergingen in wenigen Tagen. Nebenwirkungen und Kontraindikationen waren bei dieser speziellen Gruppe nicht zu beobachten.

Diagnose und Therapie bei Syphilisnephritis. Diagnose und Behandlung der akuten luetischen Nephritis ist meist gänzlich abhängig vom Auftreten der sekundären Periode. Die syphilitische Nephritis ist charakterisiert durch die Gewißheit einer vorhandenen Syphilis und stellt einen extremen Typ der Nephritis in dieser Periode dar. Ihre Behandlung entspricht der allgemeinen luetischen Verfassung. Chronisch luetische Nephritis ohne irgendein anderweitiges Anzeichen von Syphilis ist eine seltene Erkrankung, gleichwohl könnten manche Fälle entdeckt werden, wenn immer an die Möglichkeit der Syphilis gedacht würde. Für gewöhnlich ist sie leichten Grades und von langsamem Fortschritt. Ihre Diagnose kann einzig per exclusionem und durch den therapeutischen Versuch gestellt werden, während ihre Behandlung von der Entscheidung und Erfahrung des Klinikers abhängt.

Launen der Syphilis. Eine 25jährige Negerin mit stark positivem Wassermann ohne jegliche vorhergehende Behandlung wurde von Zwillingen entbunden. Das erste Kind kam lebend zur Welt und wog über 4 Pfund. Das zweite war totgeboren und schon mazeriert. Die Plazenta, die beide Kinder ernährt hatte, zeigte histologisch Syphilis. Beim zweiten Kinde fanden sich bei der Röntgenuntersuchung charakteristische syphilitische Knochenerscheinungen. Histologisch konnten luetische Veränderungen in Leber, Nieren, Lungen und Rückenmark festgestellt werden. Spirochäten fanden sich in Nieren, Leber, Lunge, Thymus, Nebenniere, Herz und Milz, nicht im Rückenmark. Das erste Kind starb am 11. Tage. Auch hier charakteristische luetische Knochenveränderungen. Spinalflüssigkeit und Blutwassermann positiv, Sinuswassermann negativ. Das Kind hatte zwei Gaben von je 40 mg Neosalvarsan intramuskulär erhalten. Spirochäten fanden sich nirgends.

Ein Fall von Vergiftung mit Sulfarsphenamin. In der Pons und im Corpus callosum bestanden Hämorrhagien und Saftreichtum, offenbar das Resultat einer Wandverletzung der kleinen Blutgefäße und Kapillaren mit akut entzündlicher Reaktion, Nekrose und Thrombose. Die Veränderungen sind derart, daß man sie als Giftwirkung ansprechen kann. Aehnliches, wenn auch weniger ausgesprochen, war im Myokard, im Endokard, der Milz, der Hirnrinde und der Medulla oblongata zu konstatieren. Bestimmte Anzeichen von Schädigung der Leberzellen und der Nierenepithelien waren nicht zu erkennen. Die Hirnveränderungen kann man einreihen unter die von verschiedenen Autoren beschriebene hämorrhagische Enzephalitis, wie man sie bei Arsenintoxikationen findet.

Uebertragung der Syphilis durch Transfusion. Es handet sich um ein Individuum mit außerordentlicher Blutarmut, welches durch Transfusion des Blutes seines Sohnes Syphilis bekam. Die Bluttransfusion schien die Anämie nicht zu bekämpfen, während dies mit intravenösen Injektionen von Neosalvarsan gelang.

Standardisierung der Wassermann-Reaktion. Gleiche Seren gaben in 7 verschiedenen Laboratorien wesentlich verschiedene Resultate. Die größten Schwankungen kamen bei Proben behandelter Syphilitiker vor. Die empfindlichsten Reaktionen der Komplementfixation wurden erreicht bei jener Methode, welche die kalte Fixation und relativ kleine Mengen von Komplement im Verhältnis zum Gesamtvolum der Probe debrauchten. Am wenigsten empfindlich waren jene Methoden, welche sich der Wasserbadfixation bei 37° C und relativ großer Mengen von Komplement bedienten. Die Fällungsreaktionen zeigten wesentliche Unterschiede, obgleich vermutlich dieselbe Technik angewandt wurde, während die Resultate der Komplementfixationen bei identischer Methode weniger variierten. E. Kottmaier-Mainz.

Long Island Medical Journal.

21., Nr. 8, August 1927.

Ueber Apoplexie. Die Verschiedenartigkeit der Symptome hat zu den verschiedensten Bezeichnungen geführt, von denen die gebräuchlichste der Terminus technicus apoplexie ist. Die Blutversorgung des Zentralnervensystems wird durch vier Arterien, und zwar durch zwei an jeder Seite bewerkstelligt. Die große Carotis interna tritt in die Schädelhöhle durch den Processus clinoideus posterior ein. Sie gibt die Arteria ophthalmica für die Versorgung von Auge und Orbita ab und teilt sich in die Arteria cerebralis anterior und medialis, welche die vorderen zwei Drittel der Hemisphäre versehen. Die kleineren Vertebral-Arterien, welche von der Subclavia abgehen, steigen durch die Canales vertebrales aufwärts im Processus cervicalis transversus und treten durch das Foramen magnum ein. Die vorderen, mittleren und hinteren Zerebral-Arterien bilden den Circulus villisii im Subarachnoidal-Raum an der Basis des Gehirns. Die zerebrale Anämie kann durch Verengerung der Gefäßlumen der Arterien vorkommen und kann allgemein oder lokal sein. Durch die zerebrale Anämie wird die Exzitation der Bulbärzentren vermehrt; denn sie zerstört zuerst die Kortex. Wir sehen dann die Kortikal-Zellen atrophisch und die entsprechenden Nervenstränge degeneriert. Die zerebrale Hyperämie hängt ab von der Höhe des Blutdruckes und besteht darin, daß infolgedessen das Blut rascher durch Zerebralgefäße geleitet wird. Es folgen nunmehr die ausführliche Aetiologie und Pathologie, die zu schildern zu weit führen würde, und außerdem auch hinreichend bekannt ist. Bezüglich der Prognose steht Perkins auf dem Standpunkt, daß ihre Schwere proportional dem Sitz der Gefäßläsion ist. Fälle von Hämorrhagien und septischer Embolie sind im allgemeinen sehr schwer, da der Patient mehrere Attacken durch die Thrombose erlebt. Die Wiederkehr der Funktion der betroffenen Teile hängt von Alter, Blutdruck und Größe wie auch von der Natur der Läsion ab. Unter den besonderen Zeichen der Gefahr sei das dauernde Steigen des Blutdrucks, die Abwechselung der Atembewegungen und Zucker und Eiweiß im Urin hervorgehoben.

Durch die **plastische Chirurgie** sind wir befähigt, verschiedene Defekte zu decken, und zwar so, daß man heute noch kaum irgend etwas sieht. Man darf aber nicht vergessen, daß die Ausübung die peinlichste Sorgfalt verlangt, man muß genau die Gewebe in bezug auf Lebensfähigkeit und Blutversorgung kennen. Die Arbeit der Chirurgen, welche sich mit Plastik beschäftigen, ist besonders seit

dem Kriege von unschätzbarem Wert geworden, besonders in Europa, wo die Kriegsverwundeten in dazu extra eingerichteten Krankenhäusern untergebracht wurden. Nicht ein Fall gleicht dem anderen, und es muß ein jeder sorgfältig studiert und ausgedacht werden, denn in fast jedem Falle, der dem Plastiker unter die Hände kommt, muß er mehrere Operationen vornehmen, bevor er das gewünschte Resultat erreichen kann. Dann kann diese Serie der Operationen auch nicht allzu rasch vor sich gehen, da man immer eine gewisse Zeit der Heilung abwarten muß, um die nächste Teiloperation vorzunehmen. Diese Operationen erfordern natürlich vom Patienten sowohl wie auch vom Arzte eine enorme Nervenanstrengung; aber es ist erfreulich, daß glücklicherweise diese Patienten viel Mut haben, und dieser wird durch die Resignation infolge der langen Teiloperation aufgebracht. Faßt man also zusammen, so muß man mit S. Oppenheimer sagen, daß sicherlich kein Zweig der operativen Chirurgie so viel Kunst, Wissenschaft, Geduld, Denkvermögen und Aufmerksamkeit im Kleinsten erfordert, wie dieser. Zu keiner Zeit war die Gelegenheit, einem Berufszweig zu einer ihm zukommenden Würde zu verhelfen, günstiger, als jetzt mit der Plastik, und es wäre wünschenswerter, wenn dieser Zweig der operativen Chirurgie in weitestem Maße noch erhöht werden würde, um Schädigungen, wie sie manchmal sehr schwerer Natur sind, nach Möglichkeit zu beseitigen.

Neue Beobachtungen über Diabetes und entsprechende Praxis. Bekanntlich wurde im Jahre 1883 der Zusammenhang des Diabetes mit einer Schädigung des Pankreas festgestellt. Erst 38 Jahre später, im Jahre 1921 entdeckte man das Insulin. Damals nahm man im allgemeinen den Standpunkt ein, daß man diabetischen Patienten nichts zu essen geben dürfte, und wer sorglos weiter lebte, ging in den früheren Zeiten zugrunde. Bevor das Insulin in Gebrauch kam, hatte man im allgemeinen die Auffassung, daß der Diabetes durch einen übermäßigen Gebrauch von Kohlehydraten hervorgerufen werde. Infolgedessen wurde dann eine Zeitlang, um dieser Auffassung praktisch zu begegnen, die Fettdiät angewendet. Wir haben drei Arten von Patienten zu unterscheiden: solche mit Uebergewicht, mit normalem Gewicht und schließlich mit Untergewicht. Die erste Gruppe kann zunächst immer erfolgreich durch Herabsetzung des Gewichts, d. h. natürlich nicht durch Hungerkuren, behandelt werden. Es ist nicht einmal nötig, solchen Patienten Insulin zu geben. Man kommt sehr häufig durch Diät allein aus. Der Normalgewicht-Patient wird in seinem Gewicht praktisch etwas heruntergedrückt, entsprechend der verringerten Funktion des Pankreas. Bei den Untergewicht-Patienten erübrigt sich natürlich zu sagen, daß man sie nicht mehr im Gewicht drückt; es ist hier wünschenswert, den Blutzuckerspiegel zu bestimmen und ihnen entsprechend genügend Nahrung zu geben, um sie auf ein Normalgewicht zu bringen. Bleibt der Blutzuckerspiegel nicht in normaler Höhe, so kann man Insulin anwenden. Verfasser erwähnt unter neueren gebräuchlichen Mitteln bei der Diabetesbehandlung das Myrtalin, ein Vegetabilienprodukt, und das Synthalin, ein Harnstoff-Produkt. Bei dem letzten hat Verf. festgestellt, daß bei geringer Ueberdosierung Magensymptome, wie Krämpfe, Aufstoßen und auch schließlich Darmerscheinungen in Form von Diarrhoe auftreten. Vogel erwähnt die Vorteile dieser Behandlung des Diabetes, aber er ist trotz allem der Ansicht, daß sie nicht generell gegeben werden können, sondern daß doch immer noch das Insulin das dominierende Mittel ist, welches durch die beiden anderen von ihm erwähnten Medikamente nicht wird verdrängt werden können.

Hofbauer, Berlin.

Buchbesprechungen.

Dimmer, Fr. und Pillat, A.: **Atlas photographischer Bilder des menschlichen Augenhintergrundes.** 325 Abbildungen in Lichtdruck auf 84 Tafeln mit begleitendem Text. Verlag Franz Deuticke, Wien. Preis geb 60,— M. — Ein erfreuliches Werk — das Resultat einer zähen und imponierenden, zwanzigjährigen Arbeit. Dimmer war der erste, der von der Firma Zeiß einen Apparat zur Aufnahme von Augenhintergrundsbildern herstellen ließ und vom Jahre 1906 ab zahlreiche Fundi in reger Sammlertätigkeit photographierte. Es ist ein Verdienst seines Schülers Pillat, die Arbeit nach Dimmers Tode fortgesetzt und dem Werk, zusammen mit der überall spürbaren Sorgfalt des Verlages Franz Deuticke, den würdigen Rahmen gegeben zu haben. Es dürfte wenig wissenschaftliche Sammelwerke geben, die bei aller Hochwertigkeit in sachlichen Dingen in solchem Maße den sympathischen Eindruck einer künstlerisch zu nennenden Geschlossenheit hervorrufen.

Man könnte fragen: wozu ein neuer Atlas der normalen und pathologischen Augenhintergrundbilder, genügen nicht die vorzüglichen, farbigen Atlanten von Jaeger, Naab, Oeller, Adam u. a.? Die Antwort auf diese Frage gibt die von Pillat geschriebene Einleitung, in der Vor- und Nachteile der Methode photographischer Augenhintergrundsbilder rückhaltlos gegeneinander abgewogen werden. Es handelt sich keinesfalls um einen Ersatz der bestehenden Atlanten, sondern um eine wertvolle Ergänzung. Der Mangel der lebendigen Farbe bedeutet zweifellos einen Nachteil; für denjenigen aber, der die Mühe des Einlesens in die photographischen Abbildungen nicht scheut, ergeben sich bald die Vorteile der Methode: Die Aufmerksamkeit wird viel mehr auf das Topographische der Erkrankung sowie auf Einzelheiten gelenkt, die sonst der Beobachtung leicht entgehen (Falten, Reflexe, Niveauunterschiede usw.). Die verschiedene Art der Darstellung dient darum eher als ein Mittel zur Vervollkommnung des Beobachtungsvermögens, denn als Nachteil. Weitere Vorteile sind die absolute Objektivität der Bilder namentlich im Topographischen und die Möglichkeit, in Reihenbildern eine Vorstellung von dem Krankheitsverlauf zu geben; bei der zeichnerischen, farbigen Reproduktion wird, abgesehen davon, daß nicht immer vollwertige, zeichnerische Kräfte vorhanden sind, das Bestreben wegen der großen, entstehenden Kosten immer dahin gehen, einzelne Bilder mit möglichst typischer Ausprägung der Krankheitserscheinungen zu gewinnen, die Anfangs- und Endstadien eines Krankheitsprozesses kommen dabei vielfach zu kurz.

Nicht zu unterschätzen ist der unterrichtsmethodische Wert des photographischen Verfahrens: man kann dem Lernenden durch danebenlegen des Fundusbildes die Beurteilung der Veränderungen am Patientenauge wesentlich erleichtern. Jedes einzelne Bild ist sorgfältig erläutert. Viele Photographien sind in dieser Feinheit erstmalig gelungen: die verschiedenen Arten der Retinitis, frische Chorioiditis, zarte Netzhautfalten, traumatische und senile Makulaveränderungen, Lochbildung u. a. mehr. Erwähnt sei noch das vorzügliche, jederzeit leichte Orientierung ermöglichende Sachregister.

Im ganzen ein Werk von solchem Rang, daß demgegenüber der Preis gering genannt werden muß.

Reichling.

Prof. W. Frieboes, Direktor der dermatologischen Universitätsklinik Rostock: **Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten,** zugleich ein Lehrbuch in 14 Lieferungen. Lieferung 4 und 5. C. F. W. Vogel in Leipzig. — Lieferung 4 behandelt die Akne, die — getreu dem Prinzip in der Therapie „nur Goldkörner" zu liefern — etwas kurz wegkommt, da ja in Wirklichkeit die Bemühungen, auch diese Affektion durch endokrine Präparate anzugehen, noch auf sehr hypothetischer Basis beruhen; der Aufforderung den Schwefel als 3. oder 6. Potenz des sulfur jodat zu verschreiben, werden die wenigsten Aerzte nachkommen können, da ihnen die homöopathische Schreibweise fremd ist und bei der allopat. internen fehlt jede Mengenangabe. Weiterhin behandelt diese Lieferung die Krankheiten der Schweißdrüsen und der mit Blasenbildung einhergehenden Affektionen, während die 5. Lieferung die Pyodermien bringt und dankenswerter Weise auch die Exantheme bei akuten Infektionskrankheiten, die sonst in dermatologischen Lehrbüchern nur sehr stiefmütterlich oder gar nicht besprochen werden; und doch sind gerade diese Exantheme besonders geeignet, dem Arzte die tiefen und innigen Wechselbeziehungen zwischen Haut- und Gesamtorganismus darzustellen und aufzuhellen. Die zahlreichen Abbildungen sowie der Text halten im allgemeinen das Werk auf der Höhe der ersten drei Lieferungen.

Bab.

Arthur Sperling: **Die Brücke zur Homöopathie.** Verlag Dr. Willmar Schwabe, Leipzig. — Brücken zur Homöopathie sind in der letzten Zeit ein ganz Teil enntstanden, aber wenige so gut wie dieses Werk von Sperling. Zuerst schildert er ausführlich das Leben und den Werdegang Hahnemanns und seines Werkes, um dann die Grundlagen der Homöopathie, das Aehnlichkeitsgesetz und die Arzneiprüfung einer sehr eingehenden und von einer tiefen Kenntnis von Hahnemanns Schriften zeugenden Besprechung zu unterziehen. Darüber hinaus folgt das Arndt-Schulz'sche Grundgesetz und weitere Beispiele aus der Natur über die Wirkung allerkleinster Stoffmengen. Im letzten Absatz plädiert er für die Einheit der Allopathie und Homöopathie, wobei er mit Recht sagt, daß die Allopathie keine Veranlassung hat, so sehr stolz zu sein, sondern lieber manches von der Homöopathie lernen sollte, wie er andererseits auch die gewiß berechtigte Forderung nach einer Durchsicht der homöopathischen Arzneimittellehre stellt. In manchem kann man anderer Ansicht sein, doch die Grundlagen und die Art der Einführung ist für jeden wissenschaftlich Denkenden lesenswert.

Dermitzel.

Therapeutische Mitteilungen.

Erfolge der Novocytbehandlung auf verschiedenen Anwendungsgebieten.

(Das Novocyt ein wichtiger Faktor in der Therapie des Praktikers.)

Von

Pol.-Med.-Rat Dr. HAUPT, Berlin.

In seiner Arbeit „Fortschritte auf dem Gebiete der unspezifischen Therapie“ (M. M. W. 1927, Nr. 12) sagt Professor W. Weichardt, Erlangen, daß die omnizelluläre Leistungssteigerung geradezu das Charakteristikum unspezifisch therapeutischer Maßnahmen sei, denn meist ist es die Vielheit dieser Leistungen und ihre Steigerungen, welche das Wirksame des unspezifischen Schutzes ausmacht. Die Wahrheit dieser Worte wird im vollsten Maße durch die Auswirkungen des von dem Chemiker E. Jena dargestellten keratinösen Eiweißderivates Novocyt und Detoxin bewiesen. Ist in den wissenschaftlichen Abhandlungen von W. Weichardt, Erlangen, Dr. Keeser vom Pharmakologischen Institut der Universität Berlin, Dr. Dr. Petow-Siebert der ersten medizinischen Klinik der Charité, von E. Jena und anderen der Aufbau und die pharmakologische und physiologische Wirkung der Präparate Novocyt und Detoxin eingehend erläutert worden, so dürfte es vor allen Dingen über den Praktiker interessieren, über einige Erfolge aus der Praxis mit genannten Präparaten zu hören.

Ich konnte im Laufe einer längeren Versuchszeit mit den Präparaten Novocyt und Detoxin auf den verschiedensten Gebieten, bisweilen in relativ sehr kurzer Zeit, namhafte Erfolge, zumal bei Zuständen chronischer Art, die bis dahin jeder Therapie getrotzt hatten, erzielen. Auf dem Gebiete der Hautkrankheiten sind es besonders folgende Fälle, in denen das Novocyt zum Teil schlagartige Erfolge gezeitigt hat:

Fall 1: Polizeibeamter O. Sch., 52 Jahre alt, litt seit 1917 an einem angeblich durch die Wirkung eines Gasangriffes im Felde entstandenen bullösen Ekzem beider Hände und Unterarme, das rezidivierend in sich steigerndem Maße auftrat. Patient war von einer größeren Anzahl von Fachärzten stationär und ambulant den verschiedensten Therapien unterzogen worden, ohne jedoch einen Erfolg zu erzielen. Das allmählich immer mehr und mehr nässende Ekzem verschlimmerte sich derartig, daß Patient nicht mehr in der Lage war, seinen Dienst zu verrichten und seine Entlassung aus gesundheitlichen Rücksichten bevorstand. Als er im Mai 1926 in meine Behandlung trat, waren beide Hände mit ausgedehntem großblasigen Ekzem bedeckt, das so stark näßte, daß die aufgelegten Verbände am Tage mehrmals durchweichten. Nach einer vierwöchigen Behandlung mit Novocyt (dreimal täglich 6—8 Kerne) und unter Anwendung der bis dahin erfolglos applizierten Höhensonne ging die Sekretion schnell zurück, die erkrankten Hautpartien wurden abgestoßen und es bildeten sich kräftige Epithelrasen. Juli 1926 zeigten die erkrankt gewesenen Partien einen völlig normalen Befund und der Patient konnte Ende desselben Monats vollständig geheilt und dienstfähig aus der Behandlung entlassen werden. Ein Rezidiv ist seit dieser Zeit nicht mehr in Erscheinung getreten.

Fall 2: Frau E. Sch., 40 Jahre alt, litt an einem universellen Ekzem, das anscheinend infolge von Stoffwechselanomalien auf klimakterischer Basis entstanden war. Die Erkrankung ging mit starkem Juckreiz einher und konsekutierte einen intensiven nervösen Erregungszustand. Patientin hatte die verschiedensten Behandlungen zwecks Beseitigung dieser Zustände vornehmen lassen, jedoch rezidivierte das Leiden in sechs- bis achtwöchentlichen Abständen mit ziemlicher Regelmäßigkeit. Nach einer vierwöchigen Novocyt-Behandlung (dreimal täglich 6 — 8 Kerne), die ebenfalls durch ultraviolette Vollbestrahlungen unterstützt wurde, klang das Ekzem innerhalb sechs Wochen und mit ihm zugleich der Juckreiz und die nervöse Erregbarkeit bis zur Norm ab, so daß Patientin im August 1926 als geheilt entlassen werden konnte. Eine Wiederholung der Erkrankung ist bis jetzt nicht aufgetreten.

Fall 3: Knabe Schl., 12 Jahre alt, litt an einer hochgradigen exsudativen Diathese seit der Geburt, die mit seborrhoeischen Ekzemen im Gesicht, an der Brust, sowie an den Armen und Beinen einherging. Sämtliche von den verschiedensten Seiten im Laufe der Jahre angewandten Maßnahmen medikamentöser, diätetischer und balneotherapeutischer Art blieben ohne jeden Erfolg. Nach einer im November 1926 begonnenen peroralen Novocytbehandlung (dreimal täglich 6—8 Kerne) ist es gelungen, den schwächlichen Patienten um 12 Pfund im Körpergewicht zu steigern, die Drüsenschwellungen fast restlos zu beseitigen und das Ekzem völlig zum Verschwinden zu bringen. Der Knabe erfreut sich bis jetzt wieder eines einwandfreien Zustandes und bietet auch objektiv keinerlei Anhaltspunkte mehr für die überstandene Krankheit dar.

Fall 4: G. Schl., der Bruder des Patienten Nr. 3 erkrankte Januar 1927 an stark rezidivierendem seborrhoeischen Ekzem des Gesichts, das sofort mit einer peroralen Novocyt-Gabe von dreimal täglich 6—8 Kernen behandelt wird. Im Gegensatz zur sonstigen universellen Ausbreitung bleibt das Ekzem regionär begrenzt und zeigt alsbald Tendenz zum Abheilen, die nach sieben Wochen bis zur völligen Heilung führt.

Fall 5: Frau Med.-Rat G., Primelexanthem mit universeller Ausdehnung. Starker Juckreiz. Infolgedessen nervöse Beunruhigung, Schlaf- und Appetitlosigkeit. Patientin nimmt fünf Tage Novocyt in üblicher Dosis und ist unter Behebung sämtlicher Beschwerden völlig ekzem- und beschwerdefrei. Die Weisung, das Präparat zwecks völliger Entgiftung des Organismus noch einige Wochen weiter zu nehmen, wird leider nicht befolgt, so daß Patientin 10 Tage nach erfolgter Heilung mit intensivem Rezidiv wieder in der Sprechstunde erscheint. Nach abermaliger acht Tage langer peroraler Novocytapplikation wiederum völlig normaler Zustand. Das Präparat wird nunmehr vier weitere Wochen genommen, und der objektive und subjektive Befund ist ein einwandsfreier. Auch jetzt nach acht Wochen von Beginn der Erkrankung an.

Unter neun Fällen von Furunkulose sah ich bei fünf Fällen eine bedeutend geringere Ausdehnung der Furunkulose und schnelleres Abklingen der einzelnen Furunkel. Bei zwei Fällen war die Erkrankung innerhalb 18 Tagen zum Stillstand gebracht, während in den restlichen zwei Fällen die perorale Novocytbehandlung keine sichtbaren Erfolge zeitigte. Eine ähnliche die Abheilung begünstigende Beeinflussung sah ich unter fünf Fällen von Zellgewebsentzündung an den Extremitäten und am Gesäß, die zum Teil nach Operation schnellere Reinigung und Heilung aufwiesen.

Bei den infolge von Sportverletzungen häufig in Erscheinung tretenden Hautdefekten (Schürfwunden) an den Extremitäten (Schienbein, Knie, Ellbogengegend) die erfahrungsgemäß einen langsamen Heilungsverlauf zeigen, hat das Novocyt in vier Fällen eine bemerkenswerte Abkürzung der Heilungsdauer zur Folge gehabt, während der fünfte stark sezernierende Fall unbeeinflußt blieb.

Aber nicht nur bei Haut- und chirurgischen Erkrankungen, sondern auch bei folgenden inneren Leiden habe ich das Mittel mit Erfolg angewandt.

Unter acht akuten Magen- und Darmkatarrhen (Sommerdiarrhoen) setzte ich anstelle der bisherigen Behandlung (Calomel, Tannin) bei der üblichen Diät die perorale Novocytbehandlung ein und konstatierte bei sechs Fällen eine um drei bis vier und noch mehr Tage betragende Abkürzung des Verlaufs dieser Erkrankung. Nebenher habe ich die Empfindung auf Grund der subjektiven Angaben der Patienten, daß sich das allgemeine Schwächegefühl nach den starken Wasserausscheidungen nicht in der bisherigen Form bemerkbar macht.

Hieran anknüpfend erwähne ich neun Fälle von Novocytbehandlung bei nervösen Erschöpfungszuständen, die zum Teil mit Gewichtsabnahmen einhergingen. Ohne weitere Roborantien als eine stärkendere Diät in Anwendung zu bringen, erzielte ich Gewichtszunahmen von 3—12 Pfund (siehe Fall 3) sowie eine wesentliche Hebung des Allgemeinbefindens, so daß die Patienten bei dieser Behandlung vor einer längeren Arbeitsunfähigkeit bewahrt blieben. Ganz besonders nach einer Schädeloperation, die einen beträchtlichen Erschöpfungszustand konsekutierte, hob sich das subjektive Befinden des Patienten innerhalb drei Wochen in erstaunlicher Form.

Zuletzt sei noch ein Fall von Gürtelrose erwähnt, bei dem unter peroraler Novocytapplikation innerhalb von 10 Tagen ein fast völliges Zurückgehen des bullösen Ekzems, sowie des bei dieser Erkrankung bestehenden Mißbehagens des Patienten zu konstatieren war. Das völlige Abklingen der Krankheit war nach ungefähr drei Wochen festzustellen, eine immerhin bedeutend kürzere Krankheitsdauer als sonst bei diesem Leiden in Frage kommt.

Aus den oben angeführten Fällen ergibt sich für den Praktiker die Folgerung, daß das Novocyt überall da angebracht erscheint, wo durch krankhafte Vorgänge ermattete und nicht funktionsfähige Zellen einer Anregung resp. einer Belebung zur Neubildung und zur Produktion der ihnen spezifisch eigenen Abwehrstoffe benötigen. Das Mittel besitzt den Vorzug, bei peroraler Applikation auf den verschiedensten Krankheitsgebieten einen zum Teil schlagartigen Erfolg und bei genügend langer und zweckmäßiger Anwendung auch dauernde Behebung der krankhaften Zustände herbeizuführen.

Beiträge zur Therapie der Migräne.

Von
Dr. ARTHUR SCHWEITZER, praktischer Arzt in Fiume, Italien.

Zu den Erkrankungen, die in unserer täglichen Praxis häufigst vorkommen, gehört wohl auch die Migräne.

Wir müssen offen gestehen, daß die Behandlung derselben eines der schwierigsten Kapitel unseres ärztlichen Wissens bildet. Trotz langer und genauer Forschungen ist weder Pathogenese, noch Therapie genügend geklärt und die Meinungen stimmen nur in der durch Möbius festgestellten Tatsache überein, daß der krankhafte Prozeß jedenfalls im Schädelinnern zu suchen ist. Alle anderen Hypothesen, wie Gicht, Psychose (verwandt mit der Epilepsie) Gefäßkrampf usw. haben sich bisher einwandfrei halten können.

Prof. Hugo Kämmerer, von der II. medizinischen Klinik in München, behandelte in seinem lehrreichen Vortrage (im ärztlichen Vereine zu München am 28. I. 1926) das Thema und die darüber entstandene Debatte klärte so manche streitige Frage.

Wenn wir praktischen Aerzte weder genügend Zeit, noch entsprechende Mittel besitzen, um alle diese Thesen genau nachzuprüfen — dies kann ja eigentlich nur in Kliniken und ähnlichen Instituten geschehen — können wir trotzdem zur Klärung so mancher Erkrankungen, so auch zur Migränefrage wichtige Daten liefern.

Kämmerer spricht in seinem Vortrage von der Migräne, als einer ausgesprochenen hereditären Erkrankung. Wollte es der Zufall oder sind meine beobachteten zehn Fälle nicht genügend, um über die Frage ein endgültiges Urteil zu fällen, Tatsache ist es, daß ich in keinem meiner Fälle — trotz genauester Anamnese — Heredität vermissen konnte. Es handelte sich in jedem der Fälle um intelligente Patienten, die mir diesbezüglich genaue Daten liefern konnten.

Bezüglich der Konstitution, steht der asthenische Typus ohne Zweifel im Vordergrund. In meinen Fällen handelte es sich um blasse, muskelschwache Personen, die seit mehreren Jahren an typischen Migräneanfällen litten.

Die Krankheit betraf größtenteils weibliche Personen (9:1) im Alter von 18—38 Jahren und trat am heftigsten vor und während der Menstruation ein. Bei einzelnen Kranken genügten körperliche oder geistige Anstrengungen, um heftige Anfälle auszulösen, bei anderen kleine Diätfehler, die somit die Hypothese Raimond und Rouzauds, nach der die Migräne auf toxische Stoffwechselprodukte zurückzuführen sei, zu bestätigen scheinen. Chiroy und F. Triboulet sahen heftige Migränefälle bei Gallenstauungen, welche durch Drainage der Galle gänzlich verschwanden.

Die Anfälle fingen bei den meisten Kranken typisch an: plötzlich auftretende, heftige halbseitige Kopfschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen, Flimmerskotome usw.

Der Blutdruck wurde öfters und während der Anfälle immer untersucht und zeigte keine besonderen Schwankungen. Auch blieb das Blutbild während der heftigen Anfälle unverändert, nur hier und da fand ich eine leichte Eosinophilie. Die Wassermannsche Reaktion war in allen Fällen negativ.

Herrscht eine Unsicherheit in der Pathogenese, so tritt sie noch krasser in der Therapie hervor. Seit Jahren werden den Kranken Präparate der Salizyl- und Antipyrin-Gruppen (Aspirin, Antipyrin, Pyramidon usw.) gegeben, welche symptomatisch prompt aber nicht dauerhaft wirken und bei vielen Kranken unangenehme Nachwirkungen verursachen. Dasselbe gilt auch von der Präparaten der Barbitursäure (Luminal, Veronal, Adalin usw.) und deren Mischungen mit der Antipyringruppe (Veramon). Aehnlich wirkten auch die verschiedenen Wasserkuren und die elektrische Behandlung.

Mit der Entwicklung der Endokrinologie trat auch die Migränetherapie in eine neue Phase; den meisten Autoren ist es aufgefallen, daß die Migräne-Anfälle größtenteils knapp vor und während der Menstruation auftraten, während der Schwangerschaft sistierten und mit dem Klimakterium gänzlich verschwanden. So war es auch in den meisten meiner Fälle.

Wenn auch eine bestimmte Beziehung zwischen der Krankheit und dem endokrinen System nicht immer zu finden ist, kann niemand die Wirkung ovarieller und plazentarer Hormone auf dieselbe leugnen.

Unter solchen Umständen fiel mir die Abhandlung „Ueber spezifische Migränebehandlung" des — seitdem verstorbenen Dr. Georg Bohnstedt in Bielefeld — in die Hände. Selbst Migräniker, schenkte er der Frage seit Jahren eine rege Aufmerksamkeit; seine Beobachtungen basierten auf dem unleugbaren Zusammenhang zwischen Migräne und Keimzellen und er nahm an, daß bei der Keimzellenbildung als Nebenprodukte Migränegifte entstehen, welche der Migräniker — nachdem seine Entgiftungsvorrichtungen gegen alle Gifte wie Alkohol, Dikotin usw. insuffizient sind, nicht eliminieren kann, so daß dieselben sich im Gehirne verankern und durch Gefäßkrampf die bekannten Migräne-Symptome erzeugen. Nun suchte er die Ovarien-Tätigkeit durch den Antagonisten, die Plazenta, zu beeinflussen und stellte aus derselben ein Serum her, mit welchem er äußerst günstige Erfolge erzielte.

Seine Beobachtungen schienen mir sehr glaubhaft. Wir wissen ja heute, daß die Plazenta eine hochorganisierte Drüse ist, mit sehr wichtigen Funktionen versehen. Halban und Starling stellten aus ihr ein Hormon her und bewiesen, daß es auf die Beziehungen der Plazenta zum Uterus von wesentlicher Bedeutung ist.

Ich ließ mir daher durch die herstellende Fabrik (Krewell & Co. G. m. b. H. Köln/Rhein) eine entsprechende Menge zusenden und begann meine Versuche vor etlichen Jahren.

Das Serum kommt in Ampullen von 1 und 2 ccm in Handel und stellt eine klare Flüssigkeit dar. An jeder Ampulle ist die Wirkungsdauer derselben genau bezeichnet.

Die Anwendungsweise richtet sich je nach dem Falle und muß genau individualisiert werden, wie dies in der vorliegenden Gebrauchsanweisung beschrieben ist. Man beginnt mit 1 ccm und geht bei der dritten Injektion zu der normalen Dosis von 2 ccm über. Bei täglichen oder häufigen Kopfschmerzen wiederholt man die Injektionen jeden zweiten Tag und geht nach fünf bis sechs Injektionen auf wöchentlich 2, nach 4 Wochen auf wöchentlich eine Injektion über. Je nach dem Erfolg wird dann später nur in jeder zweiten oder vierten Woche noch eine Injektion gegeben.

Die Zahl der Injektionen ist individuell, auch bei den hartnäckigsten Fällen genügten 12 bis 14 Injektionen.

Die Injektionen werden in der Gesäßgegend intramuskulär gegeben, sind schmerzlos und werden auch von empfindlichen Personen gut vertragen. Anaphylaktische Erscheinungen habe ich in keinem der Fälle beobachtet.

Das Mittel habe ich vor etwa 4 Jahren bei zwei Kranken das erstemal angewendet. Der Erfolg war ein überraschend guter. Es kamen dann verschiedene Nachkriegsereignisse, die mich zum Sistieren mit dem Mittel zwangen. Vor etlichen Monaten setzte ich dann meine Versuche wieder fort und erzielte ähnlich ausgezeichnete Resultate. Menschen, die seit Jahren an heftigsten Anfällen litten und die sich gegen alle Mittel refraktär verhielten, wurden von ihrem Leiden befreit. Teils verschwanden die Schmerzen schon nach 5—6 Injektionen sofort, teils ließen dieselben sukzessive nach, um dann gänzlich zu verschwinden. Ich behandelte mit dem Mittel 10 weibliche und zwei männliche Kranke; letztere litten gleichzeitig an einer hartnäckigen Spermatorrhoe, welche mit der Behandlung auch verschwand.

Von den Behandelten teile ich nur folgende als typisch mit:

A. S., 35 Jahre alt, Kaufmannsgattin, leidet seit vielen Jahren an heftigen Kopfschmerzen. Familiengeschichte o. B. Eltern und Geschwister leben, sind gesund und keiner unter ihnen leidet an Migräne. Die Menstruation trat zum ersten Male im 14. Jahre ein und seitdem bestehen auch die Kopfschmerzen, welche seitdem kontinuierlich anhalten und nur während ihrer vier Graviditäten sistierten. Hochgebaute, mäßig ernährte, blasse Frau. Lungen, Herz und Blutbeschaffenheit o. B., nur zeigt das Blutbild während der Anfälle eine mäßige Eosinophilie. Die Wassermannsche Reaktion ist negativ. Blutdruck 90 E. R. und bleibt unverändert auch während der Anfälle. Tägliche, heftige Kopfschmerzen, welche dann vor Eintritt der Menstruation mit Erbrechen, Ohrensausen, Flimmerskotom sich bis zu Ohnmachtsfällen steigern. Symptomatische Behandlung bringt nur vorübergehende Besserung, so auch die Sanatoriumsbehandlung (Wasser, elektrische Kuren). Behandlung der Kranken mit dem Bohnstedschen Serum. Bereits nach der 6. Injektion tritt eine überraschende Besserung ein. Die Kopfschmerzen lassen sukzessive nach, um nach 14 Jnjektionen gänzlich zu verschwinden. Heute sind bereits 4 Jahre verflossen und die Kranke ist seitdem gänzlich migränefrei.

C. S., 38 Jahre alt, Familienanamnese o. B. leidet seit vielen Jahren an heftigsten linksseitigen Kopfschmerzen. Blasse, blutarme Frau, mit beiderseitigen inaktiven Lungenspitzenkatarrh. Herz o. B., zweimal normal entbunden, zweimal wegen eines Lungenspitzenkatarrhs künstlich abortiert. Führt den Anfang ihrer Erkrankung auf ihre — vor etwa 15 Jahren stattgefundene — erste Entbindung zurück. Seitdem täglich heftige Kopfschmerzen, welche nur nach

großen Dosen von Pyramidon (1—1,5 gr. pro die) nachließen. Nach 10 Injektionen verschwinden alle Beschwerden.

Besonders interessant war der Fall bei der Kranken S. R., 37 Jahre alt, Advokatsgattin, mit schweren Migräneanfällen. Pat. war seit vielen Jahren in Sanatorien und Kurorten, wo alles aufgeboten wurde, jedoch ohne Erfolg. Bereits 7 Injektionen des Bohnstedtschen Serums genügten, die Anfälle zum Verschwinden zu bringen. Kranke, die fast täglich an den heftigsten Anfällen litt, ist seit 8 Monaten anfallfrei. Daß es sich auch in diesem Falle um keinen suggestiven Einfluß, sondern um die spezifische Wirkung des Serums handelte, ist zweifellos. Aehnlich verliefen auch die übrigen Fälle.

Seit der Anwendung des Präparates sind bereits viele Monate verstrichen. Die behandelten Fälle habe ich alle genau kontrolliert und sah bei keinem Rezidive.

Im Bohnstedtschen Serum besitzen wir nach meiner Meinung ein sicher wirkendes Migränespezifikum und halte ich es für weitere klinische Beobachtungen bezw. Behandlungen als sehr geeignet.

Jodisan.

Von

Dr. E. SCHRAMM, Berlin-Friedenau.

Wo der Arzt wegen Ueberempfindlichkeit der Patienten gegen Jod in jeder bisher im Handel befindlichen Form die Jodbehandlung auszusetzen bzw. auf diese Therapie anscheinend überhaupt zu verzichten gezwungen ist, empfiehlt sich nach meinen Erfahrungen die parenterale Applikation des Jodisan der I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft Werke Leverkusen.

Dem Jodisan liegt eine 12%ige wässerige Lösung des Hexamethyldiaminoisopropanoldijodid zugrunde, das an Stickstoff gebundenes Jod enthält. Diese Jod-Stickstoffverbindung im Molekül soll nach den Mitteilungen der Herstellerin eine leichtere und gleichmäßigere Abspaltung des Jods und damit eine erheblich bessere Verträglichkeit bei zuverlässiger Wirkung bedingen als dies von organischen Jodpräparaten füglich erwartet werden kann, die an Kohlenstoff gekettetes Jod enthalten. Vor allem soll es auch den stark dissoziierten anorganischen Jodsalzen an Verträglichkeit weit überlegen sein.

Wenn diese Eigenschaften zutrafen, so mußte man im Jodisan ein Präparat besitzen, das unverkennbar eine Lücke im Arzneischatz ausfüllen mußte. Und in der Tat habe ich in allen Fällen schwerer Bronchial- und Aortenerkrankungen, in denen die Patienten eine besonders hohe Empfindlichkeit gegenüber Jod in jeder anderen Form an den Tag legten, eine überraschend gute Verträglichkeit des Jodisan zu meiner Genugtuung feststellen können.

In den im folgenden geschilderten Fällen hatte zunächst Jodkali per os im Magen-Darmkanal starke Reizwirkungen ausgelöst. Auch die parenterale Einverleibung anorganisch gebundenen Jods in Form von Jodnatrium führte zu erheblichen Störungen im Allgemeinbefinden. Aber auch alle erdenklichen organischen Jodpräparate, von denen nur die als sonst gut verträglich bekannten Alival, Sajodin, Jodtropon, Jodgelatine, Jodol genannt sein sollen, waren ganz und gar nicht vertragen worden. Auftreten von Schwindel- und Oppressionsgefühl im Hals, zwangen meist sofort dazu, diese Präparate abzusetzen.

Hier wandte ich nun, da ich auf Jodbehandlung bei den in Frage kommenden Zuständen ungern verzichtet hätte, als ultima ratio Jodisan zunächst subkutan, dann intravenös 2 bis 3 mal wöchentlich mit dem besten Erfolge an.

1. Herr Sch. Röntgenologisch Aortenaneurysma, seit Jahren schwere chronische Bronchitis. Wassermann positiv. Jod per os wird in keiner Form vertragen. Nach 10 Jodisan-Injektionen Bronchitis fast restlos geschwunden. Aneurysma zeigt geringe Verkleinerung. Nach ½ Jahr kommt Patient von selbst wieder wegen Bronchitis-Erscheinungen in erheblich abgeschwächtem Maße. Wiederholung der Jodisankur (10 Injektionen). Verschwinden sämtlicher bronchitischer Erscheinungen, seitdem kein Rezidiv.

2. Frau Fl. Röntgenologisch zylindrisch erweiterte Aortendilatation nach rechts und links, erhebliche Herzinsuffizienzerscheinungen. Jod per os wird ebenfalls in keinerlei Form vertragen. Nach einem Versuch, 1 : 200 Jodkali in ein Ipecacuanha-Infus hinein zu schmuggeln. Auftreten starker Urticaria, während Patientin stets zuvor das reine Infus. Ipecac. anstandslos vertragen hatte. Jodisankur erweist sich nun als durchaus verträglich und erzielt wesentliche Besserung der Erscheinungen. Pat. kann wieder umhergehen, was vorher unmöglich war. Nach ½ Jahr Wiederholung der Jodisankur; weitere Besserung. Nach einem weiteren halben Jahr Kontrolle; eine neue Kur erscheint nicht nötig.

3. Herr M., 45 Jahre alt. Starkes Emphysem, Bronchitis; starke Atembeschwerden beim Gehen. Nach 10 Injektionen Jodisan wesentliche Besserung. Behandlung wird fortgesetzt. Die Injektionen machen keinerlei Beschwerden.

Alle Patienten erklären übereinstimmend, daß sie an demselben und an dem der Injektion folgenden Tage Jodgeschmack auf der Zunge haben, der Appetit und Verdauung aber in keiner Weise beeinträchtigt. Das subjektive Befinden der mit schweren Affektionen Behafteten war nach schon kurzer Behandlung äußerst zufriedenstellend. Das krankhafte Aussehen verschwand zusehends, und die verlorene Arbeitsfähigkeit und Arbeitsfreude kehrte langsam zurück.

Ich stehe nicht an, die Jodisananwendung in dem oben geschilderten Sinne weiter zu empfehlen.

Neue Erfahrungen mit Citrovanille.

Von

Dr. MEYER, Hannover.

Wert und Bedeutung eines Arzneimittels beruhen auf theoretischen Erwägungen, Experiment und Erfahrung am Krankenbett. Jeder einzelne dieser Faktoren hat seine Berechtigung für sich, alle zusammen genommen sind aber nur ausschlaggebend dafür. Die moderne Medizin bevorzugt im Gegensatze zu der älteren eine möglichst einfache unkomplizierte Rezeptur, den letztgenannten der obigen Faktoren etwas einseitig vernachlässigend. Und doch ist schließlich der Endzweck jedes therapeutischen Handelns das Heil und die Genesung der Kranken und nicht die rein wissenschaftliche Befriedigung, mit Sicherheit sagen und in chemischen Formeln nachweisen zu können, was aus den eingeführten Medikamenten in der großen menschlichen Retorte am Ende geworden ist. Es ist mit Freude zu begrüßen, daß man in neuester Zeit auch die reine Empirie wieder mehr zur Geltung kommen läßt in Anlehnung an die Pharmakotherapie vergangener Jahrzehnte. Der Erfolg hat gezeigt und zeigt von Tag zu Tag, daß dieser Weg ein durchaus richtiger ist, wenn er sich den Fortschritten exakter medizinischer Wissenschaft angliedert. Damit haben wir wohl den heute allgemein gültigen Standpunkt der Arzneimittellehre erreicht, die Erkenntnis nämlich, daß es bei der Verordnung von Medikamenten nicht immer darauf ankommt, einheitliche chemische Verbindungen zu erzielen, sondern daß oft gerade Arzneikompositionen höhere therapeutische Effekte haben als diese. Jedes Medikament für sich wirkt in der Hauptsache nach einer bestimmten Richtung hin, seine Hauptwirkung. Ein jedes hat aber dabei noch seine Sonder-, seine Nebenwirkungen. Zwei und mehr Mittel vereinigt können folgegemäß wohl in der Hauptrichtung gleich wirken, müssen sich daher in dieser Hinsicht unterstützen, woraus logisch ein erhöhter Effekt resultiert, können aber in ihren Nebenwirkungen sehr von einander differieren, gegebenenfalls hier völlig verschieden, manchmal diametral entgegengesetzt wirken. Das ist unleugbar von besonderer Wichtigkeit, wenn es gilt, unangenehme oder unwillkommene Nebenwirkungen des Einzelmittels zu bekämpfen und auszuschalten. Unter besonderer Berücksichtigung vorstehender Gesichtspunkte hat nun die neuere chemische und pharmazeutische Industrie zahlreiche derartige Kombinationspräparate konstruiert, die zum Teil recht zweckdienlich und wertvoll sind, natürlich nur dann, wenn alle eingangs erwähnten Grundbedingungen bei ihrer Herstellung berücksichtigt sind. Es wäre mehr als fehlerhaft und für die Fortschritte der Therapie nur bedauerlich, wollte man mit souveräner Verachtung über sie hinweggehen, nur weil sie fix und fertig von der Technik dargeboten werden. Gewiß würde ihre schematische Verwendung wohl stets von Uebel sein, aber am richtigen Orte, zur richtigen Zeit, in richtiger Weise ordiniert, werden sie sicher reichen Segen spenden. In die Kategorie solcher Präparate gehört auch „Citrovanille".

Nach Professor Dr. C. Bachem, Professor für Pharmakologie an der Universität Bonn besteht Citrovanille aus sec. citronensaurem 1-Phenyl-2,3-dimethyl-4-dimethylamino-5-pyrazolon und Geschmackskorrigentien. Die pharmakologische Wirkung des Citrovanille läßt ein in Nr. V, Jahrgang 1910 der Zeitschrift „Moderne Medizin" erschienener Aufsatz klar erkennen, den ich auszugsweise folgen lasse: Da die Pyrazolonderivate, vor allem das Phenyl-2,3-dimethyl-5-pyrazolon, in viel geringerem Grade schon das Phenyl-dimethyl-dimethylaminopyrazolon, eine wahrscheinlich durch Sympathikus-Lähmung bedingte Schädigung der Herzaktion im Gefolge hat, so sind nach Eulenburg, die analeptischen Eigenschaften der Citronensäure von günstiger

Wirkung. Obschon man im Gegensatz zu Phenyldimethylpyrazolon durch Eintritt der Amidogruppe mit einer wesentlich geringeren Gabe auskommt, bleibt die Möglichkeit, an die Grenze der Toxizität zu gelangen, bestehen; hier wirkt antagonistisch die Zufuhr der Citronensäure in Bezug auf die schädlichen Eigenschaften, gleichzeitig unterstützend in der analgesierenden Wirkung. Es ist nicht von der Hand zu weisen, daß dem Pyrazolonderivat als Antipyrinkörper in gewissem Grade auch dessen Nebenwirkungen innewohnen, wenn sie auch in seltenen Fällen und nicht so drastisch sich ereignen. Als hauptsächliche Wirkungen sind da zu nennen: Erbrechen, große Prostration, Lähmungen und bei bestehender Idiosynkrasie Exantheme und Reizen der Schleimhäute; gerade bei kritischer Entfieberung kann Kollaps eintreten. Die bekannten Eigenschaften der Citronensäure wirken aber allen diesen Nebenerscheinungen und der toxischen Wirkung entgegen. Ferner ist noch ein Umstand von nicht zu unterschätzender Bedeutung vorhanden: Die der Citronensäure zukommende diuretische Wirkung hat zur Folge, daß das gleichzeitig eingeführte Pyrazolon ausgeschieden wird bei intaktem Nierenepithel, es bleibt also nach Entfaltung der pharmakologischen Tätigkeit nicht im Körper deponiert, sondern wird rasch eliminiert. Im Citrovanille ist eine beträchtliche Menge Citronensäure enthalten; die diuretische Wirkung, welche durch die entstehende Kohlensäure (infolge Oxydation des Arzneikörpers) unterstützt wird, ist also nicht fortzuleugnen. Dieser Umstand erklärt es wohl, im Verein mit den der Citronensäure eigenen Giftigkeit der des Pyrazolons antagonistischen Eigenschaften, daß man von Citrovanille ungestraft erheblich größere Mengen nimmt als vom Pyrazolon selbst. Während von diesem Körper nur 0,2 bis 0,3 gegeben wird, beträgt die eingeführte Pyrazolonmenge im Citrovanille mindestens ca. 0,4; obschon es Fälle gibt, wo mit der halben Gabe die volle Wirkung zur Entfaltung gelangt, ist doch andererseits auch infolge Unkenntnis der pharmakologischen Wirkungsweise bereits ohne Schaden die vierfache Einzelgabe genommen worden, was ca. 1,5 reinem Pyrazolon entsprechen würde. Solche wie Experimente zu bewertende Einzelbeobachtungen beweisen, die für das praktische Leben wichtige Ungiftigkeit des Präparates, welches selbst in der Hand der Unwissenden, weder für die Person noch für die Allgemeinheit Schaden anrichten kann; sodann wird hierdurch wohl einwandfrei nachgewiesen, daß im Citrovanille Substanzen vorhanden sind, welche wohl den reinen Pyrazoloneffekt zur Auswirkung kommen lassen und unterstützen, aber auch die unangenehmen und schädlichen Nebenwirkungen dieser Substanz kompensieren. — Die Indikation des Citrovanille ist angebracht bei Kopfschmerzen (Migräne, Neuralgie), bei Zahnschmerzen und ebenfalls bei Kopfschmerz infolge starken Alkoholgenusses, wobei keinerlei schädliche Nebenwirkungen beobachtet wurden, weder auf das Herz, noch auf die Gefäße. Indiziert wird das Präparat zu 1,0 in Pulverform oder zu 0,35 g in Oblatenform. Dem Wirkungseffekt eines Pulvers entsprechen zwei Oblaten. Die gute Wirkung wurde ebenfalls bei Zuständen von Dysmenorrhoe konstatiert. Bei Influenza hat Citrovanille den Prozeß der Krankheit sehr günstig beeinflußt, durch Temperaturerniedrigung und Abwendung der Schmerzen (Kopfschmerzen, Reißen im Rücken und Gliederreißen). Ohne auf meine umfangreiche Kasuistik einzugehen, will ich hier nur einige Fälle anführen, die mir für die prompte Wirksamkeit des Mittels besonders beweiskräftig erscheinen.

1. Frl. B. Verkäuferin, 25 Jahre alt. Supraorbitalneuralgie, seit 4 Wochen etwa bestehend. Sehr schmerzhafter Druckpunkt an der linken Incisura supraorbitalis. Die übrigen Quintusäste sind frei. Aetiologie nicht zu ermitteln, es besteht Anämie. Eisen, Antineuralgika, Diät usw. von passagerem Erfolge. Die Schmerzattacken kehrten immer von Zeit zu Zeit (2—3 Tagen) wieder. Citrovanille 2 mal täglich je 1,0, morgens und abends. Die Schmerzen verschwanden bereits nach zwei Tagen.

2. Frau M. 46 Jahre alt, Arbeiterin. Migräne auf rheumatischer Basis. Tagelang anhaltende Schmerzattacken von äußerster Heftigkeit. Warme Umschläge, Kopfmassage. Citrovanille 2 mal täglich je 1,0. Nach Einnahme prompter Erfolg ohne jede störende Nebenwirkung, Heilung nach einigen Tagen.

3. R. K. Schüler, 20 Jahre alt: leidet seit einem halben Jahr an Migräne. Er hat verschiedene Mittel gebraucht und diese in sehr großen Dosen, um dadurch eine Besserung erzielen zu können. Citrovanille erwies sich als das sicherste Mittel bei rapider Wirkung. Verträgt es sehr gut, wobei er nicht mehr als täglich 1,0 Citrovanille zu nehmen braucht.

4. Herr L. M., Kontorist: heftige Influenza, bettlägerig. Temperatur 40°. Es bestehen starke Kopfschmerzen und Reißen im ganzen Körper. Nebenbei geringer Husten. 3 Tage krank. Azethylsalizylsäure konnte keine Erleichterung herbeiführen. Empfing somit 2 mal täglich je 1,0 Citrovanille. Während zweier Tage bei dieser Einnahme ist die Temperatur nicht höher als 38°, Kopfschmerzen und Reißen verschwunden. Am 5. Tage ist die Temperatur normal. Nach einmaliger Einnahme von 1,0 Citrovanille verschwinden die eingetretenen Schmerzen in den Augen.

5. Frl. P., 24 Jahre alt, leidet an Ischias. Aetiologie unbekannt. Nach 1,0 Citrovanille hören die Schmerzen auf. Nach einigen Wochen ein Rezidiv von ziemlicher Stärke. Nochmals 1,0 Citrovanille. Trotzdem die Schmerzen aufhören, werden noch einige Tage je 1,0 Citrovanille verordnet. Seitdem haben sich keine Schmerzen mehr eingestellt.

Wenige Fälle habe ich nur herausgegriffen, um die vielseitige Verwendungsmöglichkeit und den hervorragenden symptomatisch-therapeutischen Wert des Citrovanille zu demonstrieren. Es liegt mir natürlich völlig fern ein abschließendes Urteil über das Präparat zu geben. Die Herren Kollegen darauf aufmerksam zu machen und zur Nachprüfung anzuregen, ist einzig Zweck und Ziel dieser Zeilen. Zahlreiche Fälle haben mir bewiesen, daß das Citrovanille ernste Beachtung verdient und sich einen Dauerplatz im Arzneischatze erwerben dürfte.

Dr. Meyer.

Die Erfolge der Proteinkörpertherapie bei akuten Infektionskrankheiten.

Von
Dr. HANS WOLFFHEIM, Kinderarzt in Königsberg i. Pr.

Im Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr. wurde im Winterhalbjahr 1926/27 das Thema „Proteinkörpertherapie" nach allen Richtungen beleuchtet. Ueber die Ergebnisse dieser Behandlungsmethode bei den akuten infektiösen Erkrankungen äußerten sich 3 Herren, u. z. mehr oder weniger ablehnend. Klewitz nahm in dieser Frage eine völlig ablehnende Haltung ein. Die Anwendung von Omnadin bei Typhus, Pneumonie und Grippe hätte kein befriedigendes Ergebnis gehabt. Nicht viel günstiger waren die Erfolge Stoeltzners mit der Reizkörpertherapie. Er will keinem Präparate eine zuverläßliche Heilwirkung zugestehen, wenn auch in vereinzelten Fällen verblüffende Erfolge beobachtet werden. Etwas günstiger ist die Einstellung Böttners, der zwar auch zur Vorsicht in der Ueberschätzung der Wirkung der Proteinkörper mahnt, aber doch die Möglichkeit der raschen Steigerung der Abwehrmaßnahmen des Körpers, allerdings nur bei frühzeitiger parenteraler Einverleibung des Mittels, anerkennt.

Angeregt durch einen Bericht aus der Praxis von Dr. Curt Friedländer, Bad Brambach i. V., über überraschende Erfolge bei der Behandlung einiger Fälle von schwerer Angina und von Diphtherie in Nr. 8, 1927, der Münchner mediz. Wochenschrift, habe ich kürzlich zur gleichen Zeit zwei Fälle mit Novoprotin, dem artfremden Pflanzeneiweiß der Chemischen Werke Grenzach, behandelt. Der erste Fall betraf ein Mädchen G. H., 7 Jahre alt, mit allen Erscheinungen eines schweren Scharlachs, Temp. 40,2, starkes Exanthem, schwere Angina, die den Verdacht einer Kombination mit Diphtherie nahelegte, und erheblicher, bretthärter Schwellung der regionären Halsdrüsen. Ich verabfolgte dem Kinde eine intramuskuläre Injektion von 0,5 Novoprotin. Am nächsten Tage war das Kind fieberfrei und munter, die Halsbeläge waren bedeutend zurückgegangen. An diesem und am nächstfolgenden Tage wurde die Injektion wiederholt. Das Kind blieb fieberfrei, die Drüsenschwellungen gingen bedeutend zurück, die Schuppung begann. In langjähriger spezialistischer Tätigkeit habe ich einen so günstigen Verlauf eines ausgesprochen schweren Scharlachs noch nicht gesehen. Der zweite Fall war ein Knabe H. B., 4 Jahre alt, der hochfiebernd an einer schweren Angina lacunaris mit zusammenfließenden Belägen und erheblichen Halsdrüsenschwellungen erkrankte. Von anderer Seite war irrtümlich die Diagnose Diphtherie gestellt worden, was durch den negativen bakteriologischen Befund bestätigt wurde. Eine einmalige intramuskuläre Injektion von 0,5 Novoprotin brachte eine verblüffende Besserung, Abfall des Fiebers, Verschwinden der Beläge, Abschwellen der Tonsillen, Zurückgehen der Drüsenschwellungen. Irgendwelche Schäden durch die parenterale Einverleibung des Mittel konnte ich in beiden Fällen nicht beobachten. Derartige frappierende Erfolge erfüllen mit neuen Hoffnungen. Die Wirkung der Reizkörpertherapie bei akuten Infektionskrankheiten sollte an großen Versuchsreihen immer wieder nachgeprüft werden.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Bergmann 2732 und 2854

NUMMER 50 BERLIN, DEN 16. DEZEMBER 1927 45. JAHRGANG

Originalien.

Ein neuer Polarimeter.

Von

Dr. H. FREUND, Wetzlar.

Die polarimetrische Bestimmung des Traubenzuckers gibt dem Arzt die Möglichkeit, in einfacher Weise und schnell selbst den Harn des Diabetikers zu kontrollieren und so den Verlauf der Zuckerkrankheit genau zu beobachten. Die hierfür erforderlichen Polarimeter sind schon lange im Handel und Gebrauch und zwar in mehr oder weniger komplizierten Ausführungen. Sie haben in jüngster Zeit eine außerordentliche Bereicherung erfahren durch eine ganz neue Konstruktion, die rein äußerlich betrachtet klein und handlich gehalten wurde, so daß sie sogar infolge ihres geringen Gewichtes zum Mitnehmen zum Patienten geeignet ist. Dieser neue Polarimeter, den die Optischen Werke von E. Leitz bauen, weicht in seinem optischen Aufbau von den bisherigen völlig ab; als ausgesprochener Rechtspolarimeter (für den praktischen Arzt bzw. Apotheker) hat er eine konstante, feste Analysatorlage, wodurch die Einstellung des Nullpunktes, die wichtigste Fehlerquelle, die schon einige Zehntel Grade ausmachen kann, vermieden wird. Der Zuckergehalt wird ermittelt durch Drehen eines Kompensators aus Quarz; bei Farbengleichheit der im Okular sichtbaren Halbkreisfelder — die Trennungslinie kann durch Drehen des Okulars scharf eingestellt werden — liest man an der Kompensatorskala den Zuckergehalt direkt in Prozenten ab. Der Apparat zeichnet sich durch hohe Empfindlichkeit aus, die durch die Eigenschaft des Kompensators, auch bei kleinen Zuckermengen große Ausschläge zu liefern, erreicht wird. Es können also, das ist das Interessante am neuen Instrument, auch kleine Zuckermengen genau bestimmt werden, was für die Erkennung der Zuckerkrankheit im Anfangsstadium sehr wichtig ist.



In den Apparat ist ein Gelbfilter eingebaut, das Tageslicht wie auch künstliche Beleuchtung anzuwenden erlaubt. Zur Steigerung der Meßgenauigkeit bei Zuckergehalten über 5 %, die wohl schon seltener vorkommen, empfiehlt es sich, Natriumlicht*) zu verwenden. Bei künstlichem Licht schaltet man zweckmäßig zur Vermeidung von Ueberstrahlungen ein kleines Mattscheibchen vor den Apparat.

Die für die Harnzuckerbestimmung erforderliche Röhre hat eine Länge von 94,7 mm; sie wird in dem großen Modell (B) benutzt. Eine halb so große Röhre (47,3 mm) kann selbstverständlich auch benutzt werden; die Genauigkeit ist nicht mehr ganz dieselbe. Der abgelesene Zuckerprozentgehalt entspricht dann der doppelten Ablesung. Im kleineren Modell (A) wird nur die kurze Röhre (47,3 mm) benutzt. Hier entspricht der Prozentgehalt wieder direkt der Ablesung, da dementsprechend die Kompensatorskala geteilt ist.

Anschließend folgen einige Messungen, die mit dem größeren Polarimeter mit Traubenzuckerlösungen verschiedenen Gehaltes ausgeführt wurden.

Nr.	½ %	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %	10 %
1.	0,55	1,00	2,00	2,70	4,25	5,00	6,20	6,90	10,00
2.	0,40	1,05	2,25	2,95	4,00	5,10	6,10	7,20	9,80
3.	0,55	1,30	2.10	2,95	4,00	5,10	6,20	7,10	10,00
4.	0,45	1,10	2,10	3,00	4.10	5,10	6,00	7,00	10,00
5.	0,55	1,20	1.90	2,80	4,10	5,10	6,20	7,20	10,00
6.	0,40	1,30	2,10	3,00	4,05	4,90	6,20	7,20	9,80
7.	0,55	1,00	1,90	3,00	4,10	5,00	6,10	6,90	9,80
8.	0,55	1,15	2,10	3,05	4,00	4,90	6,20	7,10	9,80
9.	0.55	1,10	2,00	2,90	4,45	5,05	6,00	7,00	9,50
10.	0,55	0,95	2,25	3,10	4,30	5,00	6,00	7,00	9,90
11.	0,45	1,00	2,10	3,05	4,00	5,10	6,20	7,00	9,20
12	0,60	0,90	2,05	2,90	3,90	5,50	5,80	6,70	9,30
13.	0,45	0,90	2,30	3,00	4,20	5,10	5,40	6,90	9,40
14.	0,50	1,10	2,00	3,10	3,90	5,00	6,10	7,20	9,60
15.	0.45	1,05	2,10	3,30	4,00	5,10	6,10	7,00	10,00
Summa:	7,55	16,10	31,25	44,80	61,35	76,05	90,80	105,40	146,10
Prozent:	0,50	1,08	2,08	2,98	4,09	5,07	6,05	7.03	9,74

---

*) Sämtliche Messungen wurden mit Tageslicht ausgeführt.

Laufende medizinische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 43, 28. Oktober.

Normale Abdomen und seine Maße. Friedrich Crämer.
* Geburtskrise im Blutbild des Neugeborenen. W. Büngeler und Phil. Schwartz.
Intradurale Hypophysininjektion während der Geburt, Beitrag zur Aetiologie der Geburt. Karl Ehrhardt und Hans Wiesbader.
Diathermie der Niere. H. Bronner und J. Schüller.
Schlattersche Symptomenkomplex beim Erwachsenen. M. Brandes.
Gefahren und Behandlung der Folgen der Amöben- und Bazillendysenterie. P. Mühlens.
Bronchitis und Peribronchitis amoebiana. Walter Haberfeld.
Zur Kritik der Avertinnarkose. Erna Glaesmer und R. Amersbach.
Heftpflasterverband „In einem Zuge" bei Schlüsselbeinbrüchen. Hans Hans.
Atemgeruch kardial Dekompensierter. Walter Ruhmann.
Endokrine Erkrankungen in der Praxis; Anatomie, Bedeutung und Aetiologie der Kropfleiden. W. H. Veil.

Geburtskrise im Blutbilde des Neugeborenen. Im Anschluß an die Geburt speichert das retikulo-endotheliale System bei Frühgeburten und ausgetragenen Kindern Eisenpigment. Innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt erreicht diese Speicherung ihren Höhepunkt, um dann allmählich zu verschwinden. Bestimmend für den Grad der Eisenspeicherung ist bei allen Neugeborenen die Größe des Blutunterganges bei der Geburt. In ihrem Verlauf ist die Kurve der Eisenspeicherung im Retikuloendothelialenapparat mit den Befunden in Parallele zu setzen, die am Gallenfarbstoffwechsel Neugeborener zu erheben sind. Die Veränderungen im Eisenhaushalt und die zum Icterus neonatorum führende Ansammlung von Gallenfarbstoffen sind Folgen ein und derselben Grundursache, der ausgedehnten Blutungen, die bei Neugeborenen nicht nur im Zentralnervensystem, sondern in allen Organen und Körperteilen nachzuweisen sind. Durch Resorption des aus den Gefäßen ausgetretenen Blutes wird das Erscheinen der Zerfallsprodukte, des Hämosiderin und des Gallenfarbstoffes im Neugeborenenorganismus bedingt. Die Resorption der eiweißhaltigen Blutungsmassen und der durch das Geburtstrauma zerstörten Gewebe löst zudem Veränderungen im Blutbild des Neugeborenen aus, wie sie bei Blutuntergang und parenteraler Eiweißzufuhr im Tierexperiment und bei Erwachsenen festzustellen sind. Bei einer gewissen Anzahl von Neugeborenen zeigt das im Augenblick der Geburt gewonnene Nabelschnurblut dieselbe morphologische Zusammensetzung wie bei erwachsenen Menschen. Sowohl bei den Kindern, bei denen sich im Verlaufe des ersten Lebenstages eine Veränderung im Blutbild einstellt, als auch bei denjenigen, die im Augenblick der Geburt schon die gleichen Blutveränderungen aufweisen, entwickelt sich innerhalb von 3 bis 4 Tagen wiederum das normale Blutbild. Diese Feststellungen beweisen, daß das physiologische Blutbild des Neugeborenen dem des Erwachsenen entspricht, daß Blutbildveränderungen (Erhöhung der Zahlen für rote und weiße Blutkörperchen, Auftreten von kernhaltigen Erythrozyten, von Myelozyten, von polychromatophilen und abnorm gestalteten Erythrozyten, Linksverschiebung) unphysiologische Abweichungen von der Norm darstellen. Zwischen Dauer und Schwere der Geburt, der Stärke der geburtstraumatischen Schädigungen und dem Grad der Blutbildveränderungen besteht ein direkter Zusammenhang. Diese Schwankungen im Blutbild erscheinen krisenartig als einheitlicher Komplex während oder unmittelbar nach der Geburt und entsprechen völlig den rasch vorübergehenden Blutbildveränderungen, die bei der Resorption von parenteral zugeführtem oder extravasierten Blutes beim Erwachsenen sich zeigen. Somit ist anzunehmen, daß die Geburtskrise durch die Resorption der Blut- und Eiweißmassen zustande kommt, die durch das Geburtstrauma im Organismus entstehen. In ihrem Auftreten ist diese Krise im Blutbilde des Neugeborenen von der Reife des Kindes unabhängig, wenn sie auch gemäß den häufigeren und ernsteren Schädigungen von Frühgeburten unter der Geburt bei diesen häufiger und ausgesprochener sich entwickelt. Sie ist daher bei zahlreichen ausgetragenen Kindern nachzuweisen und fehlt bei den durch Schnittentbindung zur Welt Gekommenen nur dann, wenn der Kaiserschnitt vor Wehenbeginn — bei noch stehender Blase — vorgenommen wurde. Zum Nachweis der Blutkrise sind bisweilen Untersuchungen des Nabelschnurblutes sowie fortlaufende Zählungen während der ersten Stunden und Tage des extrauterinen Lebens erforderlich. Untersuchungen vom zweiten und dritten Tage ab vermitteln ein falsches Bild, ebenso können Durchschnittsberechnungen für das physiologische Blutbild bei Außerachtlassung des im Einzelfall wechselnden Faktors der geburtstraumatischen Schädigung nicht ausgeführt werden.

Nr. 44, 4. November.

Blei- und Arsenbestimmungen in Trinkweinen nach Behandlung der Reben mit Blei-Arsenpräparaten. E. G. Dresel und O. Stickl.
* Untersuchungen über die Ausscheidung von Urotropin. K. Voit.
* Tuberkulose und Genitalzyklus der Frau. H. Runge.
Möglichkeiten und Wahrscheinlichkeit der Elternbestimmung. Karl Hutter.
Von der Entzündung nach Versuchen am tierischen und am Glaukomauge. Carl Hamburger.
Fieberepidemie in der Oberlausitz. Adolf Mühling.
Tuberkelbazillenträger. M. J. Gutmann.
Krampfaderverödung mittels konzentrierter Kochsalz- und Zuckerlösungen. Ludwig Isaak.
Postoperative Anwendung von Transpulmin. Anton Jung.
Gebrauchsfertige, haltbare Lokalanästhesielösung beliebiger Konzentration und Menge in Ampullen. Wolfgang Rosenthal.
Instrument zur Einführung von Implantation bei Sattelnasenkorrekturen. Ernst Eitner.
Epidemiologische Fragen. Bürgers.
Pathogenese des nichttuberkulösen Spontanpneumothorax. Bernhard Fischer-Wasels.
* Spontanheilung einer Fußdeformität bei Spina bifida occulta nach Laminektomie. Johannes Kochs.
Hypophysen-Melanophoren-Reaktion und ihre klinische Auswertung. Karl Ehrhardt.
Syphilitische Primäraffekte auf der Rückenhaut des Kaninchens. A. Groth und K. Arnold.
Bedeutung exakter Qualitätsdiagnose bei kindlicher Lungentuberkulose. Wilhelm Pfaff.
Kropfleiden. W. H. Veil.
Mittelstandsversicherung. F. Koch.

Untersuchungen über die Ausscheidung von Urotropin. Die Frage, auf welche Art und Weise Urotropin im Organismus antibakterielle Eigenschaften entfaltet, ist bisher nicht restlos gelöst. Die Mengen von Formaldehyd, die im Körper überhaupt entstehen können, sind so gering, daß die Bedeutung des sich abspaltenden Formaldehyds nicht mit Unrecht angezweifelt wird. Vielleicht sind die günstigen Erfolge der Urotropinbehandlung dem Wirken chemisch-physikalischer Faktoren zuzuschreiben, indem konzentrierte, hypertonische Lösungen aus osmotischen Gründen zur Keimvernichtung führen. Neuere Arbeiten betonen besonders die Notwendigkeit hochkonzentrierter Urotropindosen. Infolge der weitgehenden Spaltung, die das Medikament im Magen erfährt, sind kleine peroral verabfolgte Mengen wirkungslos. Doch auch bei intravenöser Zufuhr hoher Dosen ist mit der Möglichkeit zu rechnen, daß die Hauptmenge des Medikaments nicht durch die Nieren zur Ausscheidung gelangt. Denn durch den Magen, die Leber und die Haut verlassen stets gewisse, im Einzelfall verschiedene Mengen den Körper und gehen so für die Blasen- oder Nierenbeckenschleimhaut verloren. Das sicherste Mittel, stark konzentrierte Urotropinlösungen auf die Schleimhaut der Harnwege einwirken zu lassen, stellt die direkte Einbringung geeigneter Lösungen mittels des Katheters in die Blase oder das Nierenbecken dar, womit in der Tat rasch Keimfreiheit zu erzielen ist.

Tuberkulose und Genitalzyklus der Frau. Die Menstruation führt in der Norm zu einer Reihe von Erscheinungen, die bereits an der Grenze des Pathologischen liegen. (Temperaturanstieg im Prämenstrum mit Abfall während der Blutungsperiode, Blutdruckanstieg, vermehrte Blutungsbereitschaft mit nachweisbarem Rumpel-Leedeschen Phänomen). Diese erhöhte Disposition für Temperatursteigerungen und zu Blutungen tritt nun keineswegs bei allen Tuberkulösen in Erscheinung. Störungen im Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus sind um so häufiger, je schwerer die Krankheit verläuft. Prognostisch am günstigsten zu beurteilen ist das wenige Tage vor der Menstruation auftretende und während der Regel abfallende Fieber, also ein Ablauf der Temperaturschwankung in der gleichen Weise wie bei der Gesunden. Als Zeichen eines aktiven Prozesses ist hingegen für gewöhnlich das Intra menstruationem auftretende Fieber anzusehen. Mit dem gegen oder nach dem Ende der Menstruation sich einstellenden hohen Fieber ist nicht selten die hämatogene Ausschwemmung der Erreger und die Entstehung neuer Organherde verbunden, bisweilen sogar der Beginn einer miliaren Aussaat oder der spezifischen Meningitis. In den letzten Tagen vor den Menses und während der ersten Menstruationstage sind zumeist Zeichen einer Verschlimmerung des physikalischen Befundes erkennbar (vermehrte Dämpfung, Veränderung des Atmungsgeräusches, Häufigwerden der Rasselgeräusche), zugleich mit einer Zunahme des Auswurfes, der im Sputum vorhandenen Bazillen und einer Neigung zur Exsudatbildung. Ab und zu kommt es zu Hämoptoen, die regelmäßig vor den Menses wiederkehren und eine Röntgenkastration erforderlich machen. Diese Störungen erreichen nicht erst mit dem Einsatz der Menses, sondern schon einige Tage vorher ihren Höhepunkt. Die Prophylaxe — die wegen der Möglichkeit einer ungünstigen Beeinflussung des Krankheitsbildes unbedingt bei der Menstruation der Tuberkulösen angebracht ist — muß daher bereits 4 bis 6 Tage vor der Regel einsetzen. Möglichste Schonung (evtl. Bettruhe), Vermeidung von therapeutischen Eingriffen wie Pleurapunktionen, Tuberkulininjektionen, Jodkalimedikation sind unbedingt für diese Zeitspanne zu fordern. Während der Einfluß der Menstruation auf den Krankheitsverlauf der Lungentuberkulose klinisch sichergestellt ist, be-

stehen große Meinungsverschiedenheiten über die Einwirkung der spezifischen Erkrankung auf den Ablauf der zyklischen Genitalveränderungen. So wird die Amenorrhoe häufig als verbreitete Begleiterscheinung der Phthise angesehen. Ausgedehnte Untersuchungen lassen erkennen, daß bei Lungentuberkulose des 1. und 2. Turban-Gerhardtschen Stadiums Menstruationanomalien nicht häufig sind und nur in demselben Prozentsatz wie bei andern konsumierenden Krankheiten vorkommen. Häufiger ist die Amenorrhoe bei aussichtslosen Endstadien, doch kann die Menstruation bis kurz vor dem Tode regelmäßig erfolgen. Wahrscheinlich ist die Schädigung der Genitalfunktion in ihrem Umfange weniger von den spezifischen Toxinen als von dem Grad der Unterernährung abhängig und in ihrer Pathogenese der Kriegs- und Hungeramenorrhoe zur Seite zu stellen.

Spontanheilung einer Fußdeformität bei Spina bifida occulta nach Laminektomie. Bekannt ist der ursächliche Zusammenhang mancher Arten von Fußdeformitäten mit der verborgenen Wirbelspalte und der mit ihr verbundenen dysplastischen Veränderung des Rückenmarks, die als Folge einer Entwicklungsstörung aufzufassen sind. In etwa 95% ist die Spaltbildung im Röntgenbild sichtbar. Doch besagt das Radiogramm an sich nichts, da die Spina bifida ohne nervöse Störungen und ohne Fußdeformität vorkommt und trotz des Fehlens einer Wirbelspalte im Röntgenbilde eine Myelodysplasie vorhanden sein kann (spätere Verknöcherung der zunächst bindegewebigen Deckmembran). Ausschlaggebend sind die klinischen Symptome, die regelmäßig — wenn auch in wechselnder Stärke — bei den zentralnervösen Veränderungen nachzuweisen sind. Es finden sich neben der Fußdeformität schlaffe und spastische Paresen im Bereich der Fuß- und Unterschenkelmuskulatur (meist in geringer Ausdehnung), Kreislaufstörungen mit Neigung zur Geschwürsbildung, Muskelatrophie, Sensibilitätsstörungen, Beeinträchtigung der Funktion der Schließmuskeln von Blase (Enuresis!) und Mastdarm sowie Reflexanomalien der verschiedensten Art. Für das Krankheitsbild charakteristisch ist das allmähliche Auftreten der Fußdeformität während der Streckungsjahre in den Zeiten des rascheren Wachstums sowie die große Neigung zu Rezidiven nach erfolgter Korrektur. In etwa 60% der Fälle finden sich bei der Laminektomie geschwulstartige Bildungen (Myofibrolipome) oder fibröse Stränge, die das Rückenmark komprimieren oder zerren. Die Entfernung dieser auf das Rückenmark einwirkenden Veränderungen führt dementsprechend zu sehr günstigen, bisweilen schlagartig mit der Operation einsetzenden Erfolgen. Freilich ist der Erfolg der Laminektomie nicht gänzlich sicher zu garantieren, da in einem relativ beträchtlichen Teil solcher Fälle mit nachgewiesener Wirbelspalte, am Rückenmark makroskopisch keine pathologischen Veränderungen zu entdecken sind und die Ursache der Fußdeformierung operativ nicht zu beseitigen ist.

Biberfeld.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 46, 12. November 1927.

Glykämin und Insulin. Es wurde im Modellversuch an Blutkörperchen festgestellt, daß das Insulin hier ausschließlich dadurch wirkt, daß es die Glukosefixation an die Körperchen fördert. Die mehrfixierte Glukose wird angegriffen, und zwar zu Milchsäure abgebaut. Ferner wurde festgestellt, daß im diabetischen Plasma ein besonderer Stoff vorhanden ist, der entgegengesetzt wirkt wie Insulin, also die Glukosefixation hemmt, so daß weniger Glukose chemisch angegriffen wird, und schließlich wurde nachgewiesen, daß zwischen den beiden Stoffen der gleiche gegenseitige Wirkungsantagonismus im Blutkörperchenversuch in vitro besteht wie in vivo zwischen Insulin und Diabetes. Im Durchströmungsversuch an der Kaltblüterleber fand Verfasser, daß ein Stoff des diabetischen Plasmas die Glykogenolyse hochgradig steigert. Es kommen diesem Stoff des diabetischen Blutes zwei das Zustandekommen der diabetischen Hyperglykämie ohne weiteres verständlichmachende dem Insulin antagonistische Wirkungen zu: die Hemmung der Glukosefixation, bisher allerdings nur im Blutkörperchenversuch direkt nachgewiesen, und die Förderung der Glykogenolyse in der Leber. Diesen Stoff hat Verfasser „Glykämin" genannt. Es wird gezeigt, daß das Glykämin einerseits in vitro die Glukoseaufnahme durch Zellen hemmt, andererseits in der Leber die Glykogenolyse steigert. Beide Wirkungen müssen, wenn anders sie in vivo Geltung haben, zu Hyperglykämie führen. Tatsächlich sah der Autor, daß Injektion von Glykämin Hyperglykämie herbeiführt. Wenn also bei den experimentell herbeiführbaren Hyperglykämien, nämlich denen nach der Pankreasexstirpation und Adrenalininjektion, ein fast absoluter Parallelismus zwischen der jeweils kreisenden Glykämiemenge und dem jeweiligen Grad der Hyperglykämie besteht, so ist dieser Parallelismus nicht anders zu deuten, als dahin, daß die gesteigerte Glykäminsekretion die unmittelbare Ursache der Hyperglykämie ist, und zwar nicht nach Pankreasexstirpation bzw. Adrenalininjektion, sondern, da man sie auch beim Diabetes des Menschen findet, auch bei diesem. Daraus ergibt sich gleichzeitig für die Heilwirkung des Insulins, das, spiegelbildlich wirkt wie Glykämin, die Formulierung, daß es den Wirkungserfolg des Glykämins behebt, d. h. sein direkter Wirkungsantagonist ist. Verfasser bringt dann den Nachweis, daß die Glykäminsekretion tatsächlich in der Leber stattfindet. Es wird ferner aus dem Grunde, daß das Insulin sich als direkter Wirkungsantagonist des Glykämins herausgestellt hat, gezeigt, daß Pankreas und Leber direkte Antagonisten sind. Die Nebenniere ist auch ein Antagonist des Pankreas, aber nur ein mittelbarer, dadurch, daß sie durch ihr Adrenalin die Sekretion des direkten Insulinantagonisten, des Glykämins, auslöst. Der Autor prüft dann die wichtige Frage, nach den Sekretionsreizen für Pankreas und Leber. Es wird bewiesen, daß die Insulinsekretion nach Glukosezufuhr derart zustande kommt, daß die danach auftretende Hyperglykämie das vagale Insulinsekretionszentrum reizt. Das nach Glukosezufuhr auftretende Insulin ist nach den Versuchen des Verfassers ausschließlich pankreatogener Natur. Zusammenfassend sagt der Verf., daß mindestens e i n die Insulinsekretion auslösendes Moment Hyperglykämie ist, daß aber die neurogene Auslösung nicht die einzige ist. Dann werden die die Glykäminsekretion auslösenden Reize besprochen, sowohl die sympathikogenen als der nach Pankreasexstirpation. Die diabetische Hyperglykämie kommt zustande durch gesteigerte Glykäminsekretion bei gleichzeitig zur Neutralisierung derselben unzureichender Insulinsekretion. Man kann dabei zwei Grundtypen der Genese — mindestens der experimentellen Hyperglykämie — unterscheiden; bei beiden ist die Glykäminsekretion absolut gesteigert, aber beim ersten Typus infolge sympathischer Reizung der Leber, beim zweiten infolge Pankreasausfalls. In beiden Fällen wirkt sich die Hyperglykäminämie in Hyperglykämie aus, weil das verfügbare Insulin zur Neutralisation der Glykäminwirkung nicht ausreicht. Im Falle der sympathikogenen Glykäminämie ist seine Sekretion zwar normal, aber unzureichend, im Falle der apankreatogenen fehlt sie ganz. Für die menschliche Pathologie stellt der Verf. die Hypothese auf — allerdings mit aller Reserve und nur als Arbeitshypothese —, daß beim menschlichen Diabetes, wenn vielleicht auch nicht immer, die übermäßige Glykäminsekretion also die Störung der Leberfunktion das Primäre ist und die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Pankreas und dessen Funktionsherabsetzung das Sekundäre, nämlich der Ausdruck für die Schädigung des Pankreas infolge seiner dauernden, durch die primäre übermäßige Leberfunktion ausgelöste Ueberfunktion. Der Verfasser prüft die klinisch wichtige Frage, wie die Pankreasfunktion des Menschen diagnostisch beurteilt werden kann, was etwa durch die Bestimmung des Insulingehaltes des Blutes nach Glukosezufuhr möglich ist. Es scheint die Möglichkeit zu geben, auch das Funktionsvermögen des Pankreas beim Menschen im Blutkörperchenversuch quantitativ zu bestimmen.

Ueber den Einfluß der Erhitzungsdauer auf den Nährwert einer gemischten unter Zugabe von roher und verschieden erhitzter Milch verabreichten Kost. Die Versuche zeigen keinerlei schädigenden Einfluß der küchenmäßigen Erhitzung auf den Nährwert einer gemischten, gemeinsam mit roher und verschieden erhitzter Milch gereichten Kost, soweit er im Versuch an jungen wachsenden Ratten erfaßt werden kann. Die Versuche stehen in Widerspruch zu den ernährungsphysiologischen und wirtschaftlichen Schlüssen Friedbergers. Die Verfasser lehnen dieselben, ebenso wie den sogenannten Anschlagwert der Nahrung, ab.

Ueber eine neuerdings beobachtete Häufung von Todesfällen an Thrombose und Lungenembolie. Verfasser glaubt die Häufung der Thrombosen und Embolien besonders in inneren Kliniken im Zusammenhang mit der vielleicht zu reichlich angewandten intra-

venösen Applikation von Medikamenten bringen zu können, wobei er eine gewisse Disposition zur Thrombose voraussetzt. Den Einwand, daß die Thrombosen dann am Orte der Injektion entstehen müßten, widerlegt der Verfasser treffend. Die sehr lesenswerte Arbeit regt zu selbstkritischer Betrachtung der so modernen intravenösen Therapie an.

Ueber Beziehungen zwischen der inneren und äußeren Sekretion des Pankreas. Klinisch manifeste Störungen der äußeren Pankreassekretion sind beim Diabetes mellitus sehr selten. Die Funktionsprüfung des Pankreas durch Bestimmung der Fermente im Duodenalsaft ergab bei den untersuchten Fällen von Diabetes mellitus keine Abweichungen von der Norm. Nach Insulininjektion erfolgte eine Steigerung der Bauchspeichelsekretion, die auf die vaguserregende Wirkung des Insulins zurückzuführen ist.

Ueber Lichtschutz durch vorbestrahlte Eiweißlösungen. In der Arbeit wird versucht, die von M. Spiegel-Adolf und O. Krumpel festgestellten spektographischen Differenzen bestrahlter und unbestrahlter Eiweißlösungen in ihrer Wirksamkeit im Sinne eines Lichtschutzes an biologischen Objekten nachzuweisen. Bei Bestrahlung menschlicher Haut mit dem Lichte einer Quarzquecksilberdampflampe war die erythemerzeugende Wirkung von Strahlen, welche eine vorbestrahlte Lösung von Seralbumin passiert hatten, ungleich geringer, als wenn die Strahlen durch eine Lösung des unbestrahlten Eiweißkörpers hindurchgegangen waren. Hämolyseversuche an Blutagarplatten ergaben vollkommen entsprechende Resultate. Es wird auf die Uebereinstimmung dieser Befunde mit den spektographischen Ergebnissen hingewiesen. Der Nachweis gesteigerten biologischen Lichtschutzes durch vorbestrahlte Eiweißlösungen läßt es möglich erscheinen, daß es sich auch bei der sogenannten zellulären Immunität der Haut um vermehrte Absorption der kurzwelligen Strahlung im vorbestrahlten Gewebe handelt.

Die Schutzimpfung gegen das Gelbfieber in Westafrika. Für den in Westafrika tätigen Europäer ist die Schutzimpfung gegen Gelbfieber unbedingt erforderlich. Für die Dampferbesatzungen ist die Gefahr etwas geringer. Das Heilserum verspricht in den ersten drei Krankheitstagen lebensrettende Wirkung. Die Schutz- und Heilstoffe müssen überall zur sofortigen Verwendung bereitgehalten werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 46, 11. November 1927.

Die Plasmochinbehandlung der Malaria. Das Plasmochin purum ist bei Malaria tertiana und quartana und das Plasmochin compositum bei der Tropica dem Chinin in seiner Wirkung auf die Schizonten dieser Malariaarten zum mindesten ebenbürtig und in seiner Einwirkung auf die Gameten, namentlich die Tropicahalbmonde, weit überlegen. Das ist von allergrößter Bedeutung für die Malariabekämpfung. Der prompten sicheren Wirkung auf die Parasiten entspricht der schnelle klinische Erfolg: baldiges Aufhören der Fieberanfälle, schnelle Hämoglobinvermehrung sowie Kräfte- und Gewichtszunahme, rasche Milzverkleinerung und endlich anscheinend weniger Rückfälle als nach der üblichen Chininbehandlung. Auch bei Schwarzwasserfieber und Malaria mit Chininidiosynkrasie sowie in „chininresistenten" Fällen wurden mit Plasmochin Heilungen erzielt. Kinder und Schwangere vertrugen Plasmochin sehr gut. Plasmochin ist (wie Phenazetin, Antifebrin u. a.) ein Methämoglobinbildner und kann bei unzweckmäßiger Anwendung Intoxikationserscheinungen hervorrufen. Bei Beobachtung der genannten Vorsichtsmaßregeln —, namentlich bezüglich der Dosierung (0,01 g pro 10 kg im allgemeinen) und der Kontraindikationen —, sind nach den Erfahrungen des Verfassers keine bedrohlichen Intoxikationen zu befürchten, jedenfalls nicht mehr, als z. B. nach Salvarsan und Chinin, das ja in einer Anzahl von Malariafällen Hämoglobinurie auslösen kann. Die eventuellen Plasmochinnebenwirkungen treten gegenüber seinen großen Vorteilen in den Hintergrund.

Gibt es eine latent verlaufende Gonorrhoeinfektion ohne primäre akute Urethritis? Die mitgeteilten Fälle sprechen dafür, daß ähnlich wie bei der Lues eine latente primäre Infektion auch bei der Gonorrhoe möglich ist. Wie im einzelnen die endgültige Erkrankung der Urethra zu erklären ist, bedarf weiterer Forschung. Verfasser glaubt auch bei diesen Fällen eine Virulenzsteigerung des Erregers als einfachste Deutung dieses seltsamen Krankheitsverlaufes heranziehen zu müssen.

Die praktische Therapie der Psoriasis bei Tuberkulose. Das beste interne Antipsoriatikum, das Arsen, wird bei bestehender Tuberkulose besonders gern angewandt werden, aber in jenen nicht seltenen Fällen, die sich gegen Arsen refraktär verhalten sollten, Chrysarobin, am besten in Form ¼ prozent. Zinkpasten mit gleichzeitigen intravenösen Salizylinjektionen, gegeben werden. Nur bei bestehender Neigung zu Lungenblutungen sollte auch von dieser Behandlung Abstand genommen werden; hier muß die Therapie des harmlosen Hautleidens gegenüber der schweren Lungenaffektion in den Hintergrund treten.

Arnold Hirsch.

Medizinische Klinik.

Nr. 44, 4. November 1927.

Ueber gehäuftes Vorkommen von Appendizitissymptomen bei Anginen. Auf Grund der heutigen Anschauungen über die Entstehung der übertragbaren Angina nimmt Verfasser an, daß zwischen dem Virus, welches eine Tonsillitis verursacht, und den Tonsillen ein besonderes Affinitätsverhältnis besteht. Die Tonsillen brauchen keineswegs immer die Eingangspforte der Krankheitserreger zu sein. Sie werden infolge ihrer Affinität zu letzteren Manifestationsort des Krankheitsgeschehens. Bei der morphologischen Verwandtschaft zwischen Tonsille und Appendix kann auch der Processus vermiformis entsprechend der Eigenart seiner Konstitution und entsprechend der Eigenart des Erregers sich in einem ähnlichen Affinitätsverhältnis zu diesem befinden und koordiniert oder metastatisch auf dem Butwege Manifestationsort der Krankheit werden. Die Infektion des Wurmfortsatzes wäre also hämatogen vorzustellen. Zeitlich kann die Tonsille oder der Processus vermiformis den Vorrang gewinnen. Für das tatsächliche Vorkommen des letzteren Verhältnisses müßten allerdings noch anatomische und bakteriologische Beweise erbracht werden.

Zur Frage der Pathogenese des Ikterus. Die Eppingersche Behauptung über die Pathogenese des sogenannten Stauungsikterus stimmt in manchen Beziehungen mit der Stärke und der zeitlichen Schwankung der Gelbsucht nicht überein. Insbesondere versteht man kaum, warum der experimentelle Stauungsikterus bei den beiden Versuchstieren (Hund und Kaninchen) sich nicht gleich verhält, während die Befunde an den Gallenkapillaren nicht wesentlich verschieden sind oder sich sogar umgekehrt verhalten. Zwar sind Erweiterung, Zerreißung oder Gallenzylinderbildung in den Kapillaren sicher ein Zeichen der Gallenstauung, aber sie sind nach der Meinung des Verfassers meist als sekundäre oder wenigstens Teilerscheinungen zu betrachten. Durch die experimentellen morphologischen und chemischen Untersuchungen bei Choledochusunterbindung ergibt sich, daß die Galle entweder durch die Zerreißung der Gallenkanälchen beim Kaninchen oder beim Hunde infolge Durchsickerns ohne Kontinuitätstrennung auf dem Lymphweg ins Blut eintritt. Die Stätte des Gallenaustrittes bei den beiden Versuchstieren ist nicht in den Gallenkapillaren, sondern hauptsächlich an den Uebergangsstellen der Gallenkapillaren zu den interlobulären Gallenkanälchen zu suchen. Beim toxischen Ikterus, und zwar beim Toluylendiaminikterus, handelt es sich fast ausschließlich, wenigstens

anfangs, um einen echten Resorptionsikterus, bei dem Galle durch die toxisch geschädigten Gallenkanälchen durchsickert. Später bleibt infolge des mangelhaften Ausscheidungsvermögens der Leberzellen selbst die Galle im Blute zurück, und es gesellt sich der Retentionsikterus hinzu. Dieses Verhalten ist genau das gleiche wie beim sogenannten Stauungsikterus. Das Bilirubin kommt im wesentlichen auf zwei verschiedenen Wegen im Blute vermehrt vor, entweder durch die Rückresorption von dem Gallengangssystem aus, oder durch das Zurückbleiben des Gallenfarbstoffes im Blute. Im letzteren Falle kommen wiederum zwei Momente in Betracht: eine Störung des Ausscheidungsvermögens infolge der Leberzellenschädigung oder eine Ueberproduktion des Gallenfarbstoffes unabhängig von der Leberzellenfunktion. Die „Parapedese" Minkowskis kommt in Wirklichkeit gar nicht in Betracht, wenn man auch extrahepatozelluläre Bilirubinbildung anerkennt. Es ist noch nicht erschöpfend untersucht, ob eine Gelbsucht, im strengsten Sinne, ohne jede Beteiligung der Leberzellen, vorkommen kann. Dies bleibt noch immer ein schwieriges Problem, selbst wenn man eine anhepatozelluläre Gallenfarbstoffbildung unzweifelhaft bestätigen könnte, denn es ist zur Zeit kaum möglich ganz positiv festzustellen, ob irgendeine Funktionsstörung der Leberzellen vorliegt oder nicht.

Masernbeobachtungen, insbesondere über das Auftreten eines prodromalen Exanthems. Bericht über einige Fälle von Masern mit atypischem Verlauf. In einem Falle traten unmittelbar nach der Setzung der Infektion Krankheitserscheinungen auf (Erbrechen und Fieber), die nach zwei Tagen verschwanden; die Masern traten nach Ablauf von 11 Tagen auf. Nicht selten sind im Inkubationsstadium der Masern auch andere Magen- und Darmerscheinungen; gelegentlich kann eine Blinddarmentzündung vorgetäuscht werden. Neu ist die Beobachtung eines Vorexanthems, das zwei bis drei Tage vor dem eigentlichen Masernausschlag auftrat. Man sieht in manchen Fällen spärlich, in vielen stark ausgebreitet und dicht stehend am Brustkorb und den Extremitäten, häufig auch im Gesicht und selbst am behaarten Kopf stecknadelkopfgroße, derbe, blaßrote Knötchen, ähnlich dem Lichen urticatus. Das lichenöse Exanthem bleibt noch zwei bis drei Tage nach Auftreten des eigentlichen Masernausschlages sichtbar. Der lichenöse Vorausschlag ist mit keinen Beschwerden, keinem Juckreiz für den Kranken verbunden. Auch allgemeine Drüsenschwellungen können dem Masernausschlag vorangehen. Differentialdiagnostisch gegen die Röteln müssen die Koplikschen Flecken und das gleichzeitige Auftreten von Masern unter Mitschülern und Geschwistern verwertet werden. Endlich kommen im Inkubationsstadium auch rheumatoide Gelenksentzündungen vor. Von Begleiterscheinungen des Ausschlages kam in der vom Verfasser beobachteten Epidemie häufig ein lästiges Hautjucken und ein quälender Hustenreiz am ersten Ausschlagstage vor. Als Folgeerscheinungen waren Mittelohrentzündungen nicht selten.

30 Jahre Vasogen-Therapie. Vasogene sind dickflüssige Oele, die von der Haut vollkommen reizlos vertragen werden. Sie sind vollkommen homogen und bleiben es selbst bei längerer Lagerung und niedriger Temperatur. Das Vasogen hat die Eigenschaft, zahlreiche Pharmaka zu lösen, auch solche, die sonst schwer löslich sind. Kommen nun die Vasogene, was ja bei der Einreibung geschieht, mit Wasser oder Körpersäften in Berührung, so bilden sie eine dauerhafte, feine Emulsion. Dadurch wird die Resorbierbarkeit wesentlich erhöht und die Tiefenwirkung möglich. Das sechsprozentige Jodvasogen hat sich besonders bei Epididymitis und gonorrhoischer Arthritis bewährt. Bei entzündlichen Drüsen- und Gelenkerkrankungen hat sich die neue Vasogenkombination, das Jod-Kampfer-Chloroform-Vasogen als besonders wirksam erwiesen. Es ist dies ein fünfprozentiges Jodvasogen mit 5% Kampfer und 15% Chloroform. Das zehnprozentige Ichthyolvasogen leistet gute Dienste bei der Gonorrhoe der Frauen und insbesondere bei Furunkulose. Stark juckende Perniones läßt man am besten mit zweiprozentigem Mentholvasogen und zehnprozentigem Ichthyolvasogen abwechselnd bestreichen. Diese Behandlungsmethode wird auch bei juckenden Dermatosen, insbesondere bei einzelnen hartnäckigen Fällen von Ekzemen und Prurigo empfohlen. Das dreiprozentige Schwefelvasogen wird erfolgreich angewandt bei seborrhoischen Ekzemen, bei Akne vulgaris, bei Herpes tonsurans und bei der Alopecia praematura. Das zehnprozentige Naphtholvasogen wird von den meisten Autoren bei der Therapie der parasitären Hauterkrankungen, wie Pediculosis capitis oder pubis, bei Skabies, Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor besonders gerühmt. Die Vasogene können auch auf Wunden aufgetragen werden. Bei Ulcus cruris wird unter dem Zinkleimverband Jodoformvasogen, das durch einen Zusatz von Eukalyptol desodoriert werden kann, aufgetragen.

L. Gordon, Berlin.

Die Medizinische Welt.

Nr. 40, 5. November 1927.

Pharmakotherapie der Seekrankheit. Von zentral beruhigenden Mitteln kann bei der Seekrankheit im besten Falle eine Besserung gewisser Einzelsymptome, keinesfalls aber eine Heilung des ganzen Nauseakomplexes erwartet werden. Die Erkenntnis, daß es sich bei der Seekrankheit um eine primäre Reizung des Vestibularapparates und weiterhin um eine auf reflektorischem Wege übertragene Reizung des vegetativen Nervensystems, vor allem um vago-neurotische Symptome handelt, führt notwendigerweise zur Anwendung jener Mittel, welche elektiv auf das vegetative Nervensystem einwirken. Durch die Atropintherapie allein kann keine volle Heilung des gesamten Symptomenkomplexes erreicht werden. Da dem Atropin neben seiner peripheren, vaguslähmenden Wirkung eine zentral erregende zukommt, so erscheint die Unvollkommenheit der durch Atropin erreichten Heilwirkung verständlich, und es ergab sich die Notwendigkeit, nach Stoffen zu suchen, welche, der Symptomgenese des Nauseakomplexes angepaßt, nicht nur die peripher vegetativ-neurotischen Symptome, sondern auch die zentral ausgelösten, einschließlich der von der Großhirnrinde ausgehenden psychoreflektorischen Effekte beseitigen. Für diese Zwecke erwies sich das Skopolamin von bester Wirkung, und durch Kombination des kampfersauren 1-Skopolamins mit dem kampfersauren 1-Hyoszyamin konnte nicht nur die Beseitigung aller bestehender Symptome des ganzen Nauseakomplexes erreicht werden, sondern entsprechend den Grundsätzen einer rationellen kombinierten Arzneitherapie konnte auch durch die Verwendung dieser Stoffe in geeignetem Mischungsverhältnisse dem Prinzipe der inneren Korrektion, der wechselseitigen Entgiftung, Rechnung getragen werden. Wir können heute sowohl vom pathologischen und klinischen, wie auch vom pharmakotherapeutischen Gesichtspunkte aus in dieser Kombination das derzeit geeigneteste Mittel zur Bekämpfung der Seekrankheit, sowie der Luft- (Flieger-) und Eisenbahnkrankheit sehen. Die genannte Arzneikombination wird in Form von Tabletten, Suppositorien und Ampullen unter dem Namen Vasano von Schering-Kahlbaum hergestellt. Jede Tablette enthält 0,0005 an kampfersaurem Gesamtalkaloid im Verhältnis von 1 : 4. Prophylaktisch werden zwei Tabletten verabreicht. Mit 2 bis 4 Tabletten pro die können die Seekranken in vollkommenem Gleichgewichte gehalten werden. Als Nebenwirkung ist lediglich eine Trockenheit im Munde zu erwähnen, die jedoch bei den schwersten Fällen von Seekrankheit zu fehlen pflegt.

Die Flagellaten-Urethritis des Mannes. Die Trichomonas vaginalis kommt häufig beim Weibe vor und ruft bei ihr sehr hartnäckige Kolpitiden hervor. Im mit gewöhnlichen Methoden gefärbten Präparat ist die Trichomonas vaginalis nicht zu sehen. Man muß das Präparat im nativen Zustand, evtl. mit Zusatz von physiologischer Kochsalzlösung untersuchen. Die Gestalt der Protozoen ist ganz verschieden: die jungen kleinen sind kreisrund, die ausgewachsenen sind birnförmig, meist mit schleimartigem Faden am spitzen Ende, die alten haben das geißeltragende Vorderende geradlinig, den übrigen Kärper bogenförmig begrenzt. Die Beweglichkeit im Präparat ist äußerst verschieden; Zusatz von physiologischer NaCl-Lösung bildet einen mächtigen Reiz zu heftigster, wirbelnder Bewegung. Die Trichomonas vaginalis kann auch im Urethralsekret des sexuellen Partners vorkommen, so daß man bei allen nicht gonorrhoischen Urethritiden des Mannes nach den Protozoen suchen muß. Ob die Trichomonas-vaginalis-Urethritis des Mannes eine vierte Geschlechtskrankheit darstellt, will der Verfasser mit Sicherheit nicht behaupten, hält es aber für sehr wahrscheinlich. Die Flagellatenurethritis ist vor allem gekennzeichnet durch den regelmäßigen, an Menge an verschiedenen Tagen sehr wechselnden Befund von Trichomonas vaginalis im Sekret der Harnröhre und in den Urinflocken. In allen Fällen ist der Katarrh mit einer mikro-

skopischen oder kopiösen Harnblutung verbunden. In der vorderen Harnröhre ist wahrscheinlich immer eine Mischinfektion vorhanden. Das Sekret ist eitrig und fibrinreich.

Ein Fall von chronischer Enteritis, ihre Ursache und Heilung. Bei einer 1¾ Jahre bestehenden Enteritis ergaben die Stuhluntersuchungen eine ganz atypische Darmflora. Die Enteritis trotzte jeglicher Behandlung. Daraufhin wurde eine Therapie eingeleitet, mit der Absicht, die abnormen Keime durch Koli zu verdrängen. Dazu wurden aus frischem Stuhl gezüchtete lebende Koli-Stämme in einem Viertel-Liter einer auf Körpertemperatur erwärmten physiologischen Na-Cl-Lösung aufgeschwemmt und mit einem gewöhnlichen Irrigator in Seitenlage etwa 20 cm hoch infundiert. In dieser Lage mußte der Patient eine halbe Stunde liegen bleiben. Am Abend vorher wurde er mit Rizinus abgeführt und blieb bis zum Einlauf nüchtern. Sofort nach dem Einlauf trat eine Besserung ein, die allmählich in Heilung überging. Eine 10 Tage post infusionem vorgenommene Stuhluntersuchung ergab ein völlig normales Bild. Verfasser glaubt, diese Behandlungsmethode dem Praktiker empfehlen zu können. Ampullen mit frischen Koli-Normosal-Aufschwemmungen sind vom Sächsischen Serumwerk zu beziehen.

Ueber Tuberkulose des Penis. Ein vom Verfasser untersuchter Fall zeigte, daß es auch Fälle von Penistuberkulose gibt, die weder durch Uebertragung von außen her, noch durch Fortleitung von anderen benachbarten Teilen der Urogenitalorgane entstehen, sondern als selbständige, alleinige hämatogene Lokalisation der Tuberkulose im Penis aufgefaßt werden müssen. Verfasser teilt die Fälle von Penistuberkulose folgendermaßen ein: 1. Exogene Infektion — oberflächliche ulzeröse Form, charakteristisch durch buchtige, käsige, lupusartige Hautgeschwüre, besonders an der Eichel und am Präputium. 2. Endogene Infektion. A. Urinogene Infektion — Urethritis tuberculosa, ulzerierende Entzündung der Harnröhrenschleimhaut, die auf die Haut der Eichel und Vorhaut übergreifen kann. B. Lymphogene Infektion — Periurethritis tuberculosa, derbe Infiltration des periurethralen Gewebes der hinteren Harnröhre, der Prostata, der Vasa deferentia und der Cowperschen Drüsen, die später auf Skrotum, Anus und Cavum ischiorectale übergreift, und gewöhnlich erst zum Schluß in die Urethra durchbricht. C. Hämatogene Infektion — Kavernitis oder Pericavernitis tuberculosa, chronische, tiefe, hyperplastische Form; in Glans und Corpora cavernosa findet sich ein derbes, verkäsendes, tumorförmiges Infiltrat. In dem vom Verfasser beobachteten Fall wurde die tuberkulöse Erkrankung für ein Karzinom gehalten und eine Amputatio penis ausgeführt. L. Gordon, Berlin.

Nr. 41, 12. November 1927.

Die offene Pleura-Punktion, insbesondere die des Pleuraempyems. Bis vor wenigen Jahren galt der Lufteintritt bei der Punktion eines Pleuraexsudates für gefährlich. Die geschlossene Punktion besitzt aber eine Reihe von Nachteilen: Der schnelle Uebergang vom positiven zum negativen Druck kann durch die plötzliche Ausdehnung der kollabierten Lungen zu einer kanalikulären Ausbreitung der Tuberkulose führen; eine mittelbare Gefahr besteht in der Möglichkeit des Platzens eines Gefäßes in einer Kaverne; endlich kann durch die Druckveränderung eine Kaverne in das Exsudat durchbrechen und zum Empyem führen. Alle diese Gefahren werden vermieden, wenn das Exsudat durch Luft ersetzt wird. Für die Punktion wird der Kranke auf die gesunde Seite gelegt; bei kräftigen Kranken kann die Punktion auch in sitzender Stellung ausgeführt werden. Der Hauptvorteil der offenen Punktion besteht darin, daß das unter hohem positiven Druck stehende Exsudat ganz entleert wird und der Druck auf Atmosphärendruck herabsinkt. Es ist nur darauf zu achten, daß nicht durch anhaltendes starkes Husten der Brustraum übermäßig mit Luft gefüllt wird. Es wird daher empfohlen, den Hustenreiz durch vorherige Morphiuminjektion herabzusetzen. Die Kanüle darf nicht zu dünn gewählt werden. Spätestens am nächsten Tag nach der Punktion muß der Patient durchleuchtet werden. Man sieht bei der Durchleuchtung das charakteristische Bild des Seropneumothorax. Die offene Punktion ist auch beim Empyem zu empfehlen. Sie wird folgendermaßen ausgeführt: Leichter Chloräthyl-Rausch. Jod-Anstrich, Probepunktion an der Stelle, an welcher man eingehen will. Handelt es sich um ein mehr oder weniger freies Exsudat, so wählt man eine Stelle ungefähr in der Axillarlinie, zwei bis drei Querfinger über dem Ansatz des Zwerchfells. Bei abgesackten Empyemen gehe man möglichst in das Zentrum der Dämpfung ein. Weiterhin kleiner Schnitt durch die Haut, Einstechen des Bülauschen Trokars, möglichst völliges Ablassen des Eiters. Nunmehr Einführung eines gut passenden festen Gummikatheters, dessen Spitze schräg abgeschnitten ist. Befestigung mit Heftpflaster auf der Haut. Verbindung durch Glasstück mit Gummischlauch. Am Ende des Gummischlauches befindet sich ein Glasrohr, das in eine Flasche mit doppelt durchbohrten Gummistöpsel eintaucht. Die Flasche enthält 100 ccm Wasser; Sterilität ist nicht erforderlich. Bei der Expiration, insbesondere beim Husten, wird aus der Pleurahöhle Eiter und Luft herausgedrückt, so daß sich ein erheblicher negativer Druck einstellt. Um eine zu schnelle Verwachsung in der Nähe des Rohres zu verhindern, wird der völligen Entfaltung der Lunge durch Luftauffüllung entgegengearbeitet. Dies hat jeden zweiten Tag zu geschehen. Stellen sich Störungen des Abflusses ein, so wird etwas Luft eingeblasen, am einfachsten durch Ausdrücken des Schlauches von unten nach oben. Am nächsten Tage nach der Punktion hat die Röntgenkontrolle zu geschehen. Mittels dieser Methode wird allermeist in relativ kurzer Zeit das Empyem zur Ausheilung gebracht. Vor der ursprünglichen Bülauschen Methode hat sie den Vorteil erheblich größerer Sicherheit, vor der Thorakotomie der Geringfügigkeit des Eingriffs, keine entstellenden Narben, geringe Schrumpfungen. Die Rippenresektion ist nur in seltenen Fällen notwendig: Bei zu großer Starre der Pleura, bei kleinen abgesackten, nicht wandständigen Empyemen, bei Bronchialfisteln, welche die Ausdehnung der Lunge verhindern. Ein Spontan-Pyo-Pneumothorax ist keine Kontraindikation gegen die offene Punktion.

Der Symptomenkomplex der arteriellen Hypotonie. Von einer arteriellen Hypotonie sprechen wir, wenn der Blutdruck zeitweise oder dauernd unter 150 bis 100 mm Hg max. sinkt. Abgesehen von symptomatischen Blutdrucksenkungen während der Infektionskrankheiten, gibt es eine große Gruppe von Menschen, bei denen man dauernd sehr niedrige Blutdruckwerte ohne jede erkennbare Ursache findet. Es handelt sich dabei um eine konstitutionelle Eigentümlichkeit, um eine „essentielle“ Hypotonie. Die Krankheitssymptome dieser konstitutionellen Hypotoniker sind stets ganz typische. Im Vordergrunde stehen erhebliche allgemeine Schwäche, leichte Ermüdbarkeit und körperliche Leistungsunfähigkeit. Zu dieser Adynamie gesellt sich häufig eine Neigung zu Ohnmachten und Schwindelzuständen; dazu kommen vielfach noch eine auffallende vasomotorische Blässe der Haut und eine Reihe von funktionellen Erkrankungen innerer Organe. Am häufigsten sind Magenbeschwerden, meist mit Achylie. Nicht selten wird auch über Herzklopfen, Druckgefühl über der Brust und schnell einsetzende Kurzatmigkeit bei körperlichen Bewegungen geklagt. Störungen der inneren Sekretion, hauptsächlich eine Unterfunktion von seiten der Keimdrüsen, sind gleichfalls recht häufig. Auf sexuellem Gebiet ist eine Herabsetzung von Libido und Potenz bezeichnend. Die hämodinamischen Grundlagen der arteriellen Hypotonie beruhen wahrscheinlich auf einem geringen Tonus der Gefäßwände. Es handelt sich dabei um eine allgemeine Bindegewebsschwäche. Die arterielle Hypotonie ist eine harmlose Eigentümlichkeit, die zumeist keine Lebensgefahr in sich schließt. Die Hypotoniker werden sogar meist recht alt. Therapeutisch muß für ausreichende Ruhe und häufiges Ausspannen gesorgt werden. Neben allgemein tonisierenden Maßnahmen soll die Lebensweise vernünftig geregelt werden. Die Anwendung blutdrucksteigernder und allgemein roborierend wirkender Medikamente, zu denen das Strychnin und Arsen sowie von neueren Mitteln das Coramin und das Ephetonin zu zählen sind, tritt dahinter an Bedeutung bei weitem zurück, kann aber unterstützend mit Erfolg herangezogen werden.

Die spinale Kinderlähmung und ihre Behandlung. Der Erreger der Heine-Medinschen Krankheit ist mit Sicherheit noch nicht bekannt. Die Krankheit ist nicht durch die eigentlchen typschen, mit Lähmungen einhergehenden Fälle, sondern durch gesunde Zwischenträger oder aber durch die abortiven Formen übertragbar. Die Disposition ist erheblich geringer als z. B. bei Diphtherie, Scharlach

oder Masern. Die Inkubationszeit beträgt im Durchschnitt eine Woche. Man unterscheidet drei Stadien der Erkrankung: das Frühstadium, das Reparationsstadium, und das Endstadium. Die Vorläufer des Frühstadiums können vielgestaltig sein. Die drei für das eigentliche Frühstadium charakteristischen Kardinalsymptome sind Hyperästhesie, Schweiße und Leukopenie, die aber nicht obligat sein müssen. In unmittelbarem Anschluß an die fieberhaften Vorläufer, manchmal noch während derselben, setzen die Lähmungen ein. Die Lähmungen sind schlaff, der Tonus der Muskulatur ist vermindert, die Sehnenreflexe fehlen; es kommt zur Entartungsreaktion. Babinski ist negativ. Sensibilität ist erhalten. In der Regel brauchen die Lähmungen bis zu ihrer völligen Ausbildung einen Tag oder darüber. Die einzelnen Lähmungstypen können die mannigfachsten Kombinationen aufweisen. Charakteristisch für das Reparationsstadium ist, daß die Lähmungen sich im Verlaufe der folgenden Tage und Wochen erheblich zurückbilden. Ein Teil der ursprünglich befallenen Muskeln bleibt dauernd geschädigt, es kommt zum Endstadium mit seinen schlimmen, oft sehr traurigen Folgen. Die Knochen bleiben in ihrem Wachstum zurück, die Gelenkbänder erschlaffen, es kommt zu Schlottergelenken. Daneben können sich Kontrakturen entwickeln. Erstes Erfordernis der Behandlung ist Ruhe. Die Kinder müssen mindestens 14 Tage im Bett bleiben. Keine Packungen und Bäder. Gegen Unruhe und Schmerzen werden Sedativa verabfolgt. Bei meningealen Reizerscheinungen wird die Lumbalpunktion gemacht. Innerlich gibt man 1 bis 3 g Urotropin. Aeußerst wichtig ist richtige Lagerung der Patienten. Am besten wird dies durch sofortige Anfertigung eines Gipsbettes erreicht. Unter keinen Umständen dürfen die Kinder weich gelagert werden. Das Gipsbett muß dem Körper gut anmodelliert werden, daß die Kinder sich in ihm wohl befinden und daß auch zugleich die Beine mitfixiert werden. Ist die Anfertigung eines Gipsbettes aus technischen Gründen nicht durchführbar, so wird eine sachgemäße Lagerung dadurch erreicht, daß einmal das Kopfkissen weggelassen wird. Zur Streckung der Hüftgelenke wird das Gesäß hochgelagert, indem quer unter das Gesäß ein Brett geschoben wird. Dadurch wird auch das Durchsinken der Matratze verhindert und die gefährliche Flexionskontraktur der Hüfte bekämpft. Die Kniegelenke müssen durchgedrückt sein, am besten werden sie mit Sandsäcken belastet. Gegen die Spitzfüße muß angekämpft werden, indem die Füße durch ein Brett rechtwinklig eingestellt werden. Eine Decke darf auf keinen Fall gebraucht werden. Zur Bekämpfung der vermeidbaren Kontrakturen gehört ein frühzeitiges Zusammenarbeiten des praktischen Arztes mit dem Orthopäden. Ein wichtiges Hilfsmittel ist die Massage, die auf milde Art, am besten ein- bis zweimal täglich ausgeführt werden muß. Notwendig sind ferner vorsichtige passive Bewegungen. Entwas später müssen die Kranken in aller nur möglichen Weise zu Spontanbewegungen aufgemuntert werden. Neben der Massage muß die Elektrizität angewandt werden. Es wird nur der galvanische Strom benutzt, da Entartungsreaktion besteht. Die indifferente Anode wird entweder am Rücken oder Brustbein aufgesetzt und die Kathode kommt auf den gelähmten Muskel, und nun versucht man durch kurze Schließungen und Oeffnungen des Stromkreises den Muskel zu Zuckungen zu bringen. Die Galvanisation wird auch bei völlig atrophischen Muskeln fortgesetzt, um eine bessere Durchblutung zu erreichen. Sehr wichtig ist die Diathermie. Man beginnt mit ihr und der übrigen aktiven Therapie, sobald die fieberhaften Erscheinungen sicher abgeklungen sind, frühestens nach 14 Tagen. Man beginnt mit 0,6 M. A. und steigert bis 1,4 M. A. und diathermisiert durchschnittlich 15 bis 20 Minuten, und zwar täglich, später jeden zweiten Tag. Gesamtdauer etwa zwei Monate. Durch frühzeitiges Diathermisieren wird eine raschere und ausgiebigere Restitution erzielt.

Die Frühbehandlung der akuten spinalen Kinderlähmung. Der diathermische Strom erzeugt im Gewebe eine aktive Hyperämie und beschleunigt aus diesem Grunde die Resorption bei subakuten und chronischen Entzündungen. Der Zweck des Diathermisierens bei der akuten spinalen Kinderlähmung ist die Beseitigung des Oedems in der grauen Substanz des Rückenmarks. Die räumliche Applikation richtet sich nach dem Erkrankungsherd. An Hand der motorischen Ausfallserscheinungen wird das betroffene Marksegment ermittelt. Also bei Quadrizepsausfall das Lumbalsegment, bei Quadrizeps- und Peroneusausfall das Lumbal- und Sakralsegment, bei Deltoideusausfall das entsprechende Zervikalsegment u. s. f. Lokalisierter Erkrankung entspricht am besten die transversale Stromrichtung. Beschränkt sich die Lähmung auf ein oder beide Beine, so legt man die kleinere, differente Elektrode über dem erkrankten Teil der Wirbelsäule, die größere, indifferente auf dem Bauche an. Sind nur die Arme betroffen, der Herd also im Halssegment, so empfiehlt sich die paravertebrale Behandlung. Zwei gleich große Elektroden werden seitlich der Halswirbel über den Querfortsätzen angelegt. Gleichzeitiger Ausfall von Arm- und Bein-, Bauch- und Rückenmuskulatur verlangt longitudinale Diathermie des Wirbelkanals. Die kleine (differente) Elektrode kommt jeweils über dem Hauptherde. Man kann auch die gleichmäßige Durchwärmung des gesamten Wirbelkanals mit gleich großen Elektroden ausführen. Die Dosierung ist die verantwortungsvollste Seite des Verfahrens. Der Arzt ist auf das subjektive Gefühl des Patienten angewiesen. Man beginne, zumal bei kleinen Kindern, mit schwachen Dosen. Allgemein gültige Quanta lassen sich nicht angeben. Durchschnittlich hat Verfasser transversal 1,1 bis 1,4 Amp., longitudinal 0,9 bis 1,1 Ampère angewandt. Der Beginn der Behandlung muß möglichst früh angesetzt werden. Die zeitliche Bemessung der Diathermie ergab als durchschnittliches Optimum 15 Minuten. Die Gesamtbehandlung dauert etwa zwei Monate. Die erste Zeit hindurch wird täglich, später jeden zweiten Tag diathermiert. Die Poliomyelitis der Erwachsenen ist therapeutisch ungünstiger als die der Kinder. Das Ergebnis des Heilverfahrens des Verfassers läßt sich dahin zusammenfassen: Die diathermische Frühbehandlung der akuten Poliomyelitis gestattet in weitem Umfange volle Heilung, zumindest aber raschere und ausgiebigere Restitution herbeizuführen.

L. Gordon, Berlin.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

24. Jahrg., Nr. 20, 15. Oktober 1927.

Grundlagen der klinischen Konstitutionsforschung. Die Schwierigkeiten einer methodischen Festlegung der Norm beim Menschen sind sehr groß. Wir brauchen jedoch Normen für alle möglichen physiologischen und psychischen Eigenschaften. Einen Normotypus des Menschen gibt es nicht, wir müssen ihn künstlich konstruieren, und zwar entweder, indem wir aus einer größeren Zahl von Individuen die Durchschnittsnorm errechnen oder aber bei besonders gut gebauten Individuen eine Idealnorm festlegen. Die erstere Methode verdient unbedingt den Vorzug. Die moderne Konstitutionsforschung hat die Aufgabe, Abweichungen von der Norm festzustellen, die sich schon bei bestimmten Bevölkerungsgruppen als bedeutsam zeigen können; so weisen in Schweden die Dunkeläugigen, welche in der Minderzahl sind, eine größere Sterblichkeit auf als die Hellen; in den romanischen Ländern ist das Verhältnis gerade umgekehrt. Krankheiten, welche ja auch auf Normabweichungen beruhen, sind dadurch gekennzeichnet, daß sie dem Körper schädlich sind. Da die Konstitutionsforschung nicht nach der Nützlichkeit fragt, werden auch Abweichungen berücksichtigt die von Nutzen sein können, sofern sie nur von Dauer sind. Manche Autoren verlangen, daß die Abweichungen entweder angeboren sind oder schon in frühester Kindheit auftreten. Diese Trennung ist aber unzweckmäßig. Erb- und Umwelteinflüsse sind meist miteinander vermengt, und man versteht unter Konstitution daher die Körperbeschaffenheit, die sowohl durch Erbeigenschaften als auch durch Umwelteinflüsse bedingt sind. Man unterscheidet den Phänotypus als das gesamte Erscheinungsbild des Menschen, den Genotypus als das Erbbild, und den Paratypus als das durch Umwelteinflüsse bedingte Nebenbild. Für den Normbereich muß man einen gewissen Spielraum gelten lassen, innerhalb dessen gewisse Eigenschaften noch als normal zu gelten haben, von denen diese mit Uebergängen zum Anomalen führen. Als konstitutionelle Abweichung bezeichnet man die Disposition (Astheniker, Arthritiker). Im Gegensatz hierzu steht die Resistenz. Die Bezeichnung Diathese ist mit Disposition gleichbedeutend. Von den Konstitutionsstörungen wissen wir, daß die ererbten Störungen am schwierigsten zu behandeln sind; hier ist die Kenntnis der Mendelschen Erbgesetze von größter Bedeutung, die besonders im Tierversuch nachgewiesen sind, während die Erbforschung beim Menschen noch auf größere Schwierigkeiten stößt. Von Umwelteinflüssen sind besonders wichtig solche Reize, die durch Schädigung der Keimzellen zu schweren Störungen führen können, wie z. B. der Alkohol. Andere Reize sind hormonale Störungen und Ueberstehen von Infektionskrankheiten. Betrifft eine Störung den Gesamtorganismus, so spricht man von Konstitutionsanomalien, betrifft sie nur Teile, von Degenerationszeichen. Diese können von verschiedenem Wert sein, sie können schädlich sein (Aortenenge), können belanglos sein (überzählige Brustdrüsen) oder können von Nutzen sein (Fingerfertigkeit). Man kann nach der Wertigkeit Plus- und Minusvarianten unterscheiden. Zu den Degenerationszeichen gehören die Bildungsfehler die, wenn sie an der Oberfläche sichtbar sind, dem Laien sofort auffallen (Hasenscharte, Schwimmhautbildung u. a.). Hier handelt es sich wohl meist um Reize in frühembryonaler Zeit. Zu den Systemschädigungen gehören die heredofamiliären Nervenkrankheiten, bei denen es sich um eine ererbte Anlage handelt, die in einer Hypoplasie bestimmter Nervenbahnen besteht, wie z. B. die Friedreichsche

Ataxie. Es kann durch diese Anlage auch die Disposition zur Tabes nicht selten ermöglicht werden. Auch bei psychischen Störungen sind Beziehungen zur Konstitution nachgewiesen. Von den wichtigsten Systemschädigungen werden noch die des Knochenmarks und des Blutbildes genannt. Dieser Gruppe stehen die asthenischen Konstitutionsstörungen nahe, deren wichtigste Erscheinungen die funktionelle Schwäche von Muskulatur und Stützgewebe bildet. Hieraus leitet sich die geringe Leistungsfähigkeit der Individuen her. Auch bei Veränderungen, die mit Bindegewebsbildung einhergehen, zeigt sich diese Schwäche, weshalb solche Kranke an Leberzirrhose oder Nierensklerose, dagegen häufig an Lungentuberkulose erkranken, bei der dann die torpide Form überwiegt. Eine weitere Gruppe von Konstitutionsstörungen zeichnet sich durch erhöhte Reaktionsfähigkeit aus. Verf. bezeichnet sie als reizbare Konstitution. Sie führt zur vorzeitigen Abnutzung und findet sich bereits beim Säugling als exsudative Diathese, beim Kind als Lymphatismus, beim Erwachsenen als Vagotonie und bei Alternden als Arthritismus. Sie zeichnet sich durch erhöhte Reaktionsfähigkeit der Gewebe auf Reize, durch vorzeitige Abnutzung und verstärkte Bindegewebsentwicklung aus. Je mehr klinische Symptome erhöhter Reizbarkeit in jungen Jahren sich zeigen, um so mehr treten Abnutzungserscheinungen später auf. Die Reaktionsfähigkeit des Organismus ist abhängig vom Lebensalter, der Blutversorgung, Ermüdung, örtlichen Krankheitsherden und inkretorischen Einflüssen. Die Erhöhung derselben zeigt sich mitunter nur an einzelnen Organen, bei denen sie infolge übermäßiger Inanspruchnahme zur vorzeitigen Abnutzung führt, jedoch werden diese nicht allein durch die reizbare Konstitution hervorgerufen, sondern oft in Verbindung mit chronischen Intoxikationen oder Infektionen. Alle Konstitutionsstörungen bedingen ein verändertes Verhalten gegenüber der Umwelt. Der Organismus verfügt über endogene Kräfte, nämlich die Drüsen mit innerer Sekretion und das vegetative Nervensystem. Diese bedingen Veränderungen der Organbeziehungen untereinander, wodurch es zu vegetativen Konstitutionsstörungen kommt, im Gegensatz zu den bisher geschilderten somatischen. Hierher gehört der Infantilismus und Senilismus, der Zwerg- und Riesenwuchs. Wenn man die große Mannigfaltigkeit der Konstitutionsanomalien überblickt, so kann man feststellen, daß das Problem von den verschiedensten Seiten erforscht werden kann. Jedoch ist eine einseitige Betrachtungsweise nirgends so unangebracht wie gerade hier. Man muß die Erbgesetze, die Einflüsse der Umwelt, Krankheiten, Lebensweise, Alter und vieles andere berücksichtigen, wenn man in der Erkenntnis der Konstitutionslehre weiterkommen will.

Die Grundlagen der Bluttransfusion. Ueber manche Punkte der Bluttransfusion bestehen noch Unklarheiten, so zunächst über die Frage, welche Vorzüge die Transfusion gegenüber der Infusion hat. Es gibt keine Flüssigkeit, die die Hauptaufgabe des Blutes, den Sauerstofftransport, übernehmen könnte. Die Transfusion ist eine Transplantation flüssigen Gewebes. Es findet niemals eine lebendige Eingliederung statt, sondern eine Substitution; bei Blut ist allerdings der Anschluß im Gegensatz zu anderen Geweben sofort hergestellt und es ist sicher, daß die transfundierten Blutkörperchen sich noch einige Wochen am Gaswechsel beteiligen, wenn auch im Laufe der ersten Woche bereits eine Hämolyse eintritt. Auch die Gerinnungsfaktoren können funktionstüchtig erhalten bleiben. Unsicher ist es, ob auch Schutzkräfte übertragen werden; jedoch ist es nicht sehr wahrscheinlich, daß Infektionen durch Transfusion abgeschwächt werden können. Die Ansicht, daß das Knochenmark in einen Reizzustand versetzt wird, wird durch das Blutbild nicht bestätigt und der Effekt im Sinne einer Stimulation hängt davon ab, ob die blutbildenden Organe erholungsfähig sind. Von größter Bedeutung ist die Lehre von der Agglutination, die zur Hämolyse führt. Mit Hilfe der Testsera und der Moßschen Gruppeneinteilung ist es gelungen, Störungen bei der Transfusion so gut wie völlig zu vermeiden. Blutentnahmen von 600 bis 800 ccm werden von Gesunden gut vertragen. Die Uebertragung artfremden Blutes kommt nicht mehr in Betracht. In Deutschland wird hauptsächlich das Verfahren von Oehlecker angewandt. Bei den indirekten Methoden handelt es sich eigentlich nur um eine Infusion, bei der die Verwendung von Natriumzitrat erforderlich ist, deren Wirkung auf die Formelemente nicht als schädigend angesehen werden kann. Von hohem Wert ist die Eigenblutreinfusion, man hat auch versucht, menschliches Blut zu konservieren, was vielleicht für Kriegszeiten von Bedeutung sein könnte. Die Anwendung der Transfusion kommt in Frage 1. bei schweren akuten Blutverlusten, 2. zur Blutstillung, 3. bei den hämorrhagischen Diathesen und schließlich in der Kinderheilkunde bei postinfektiösen Anämien. Es empfehlt sich bei jeder Transfusion nach Einspritzung von 30 ccm Blut einige Minuten zu warten, um mit Sicherheit Hämolyse zu vermeiden. Die Gefahren der Thrombose und Embolien sind gering, und es ist sicher, daß viele Menschen durch Transfusionen heute gerettet werden können, die früher verloren waren.

Kosmierski, Berlin.

Reichsgesundheitsblatt.

2. Jahrg., Nr. 44. 2. November 1927.

Impfwesen und Pockenbekämpfung in England. Interessanter historischer Ueberblick über die Pockenepidemie und ihre Bekämpfung in England der Neuzeit. Auf die 10 000 Pockenfälle des Jahres 1926 berechnet, würden die hierdurch verursachten Auslagen etwa 40 Millionen Reichsmark im Jahre betragen.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

Zeitschrift für Medizinalbeamte und Krankenhausärzte.

Jahrg. 40/49. Nr. 20. 15. Oktober 1927.

Hygienische Mindestforderungen an Schulräume. Die Mindestanforderungen an Schulbank, Belichtung und Lüftung werden kurz zusammengefaßt, ohne Neues zu bieten. Um die Lichtversorgung eines Platzes ohne komplizierten Apparat ermitteln zu können, benutzt er einen einfachen kleinen Taschenspiegel. Er findet so die Plätze, welche als äußerste noch ein winziges Stückchen Himmel widerspiegeln. Die Entfernung von hier bis zum Fenster wird durch fünf geteilt, und alle vier fensternäheren Fünftel sind ausreichend. Es ist nichts einfacher, als nun die Kurzsichtigen auf die relativ gutbelichteten Plätze zu setzen. Und damit ist die ganze Frage gelöst, meint Hagemann. Eine achtsame Wärmeverteilung und Verhütung eines Temperaturanstiegs über 20° im Verein mit regelrechter Fensterlüftung vermag in den meisten Fällen allen Anforderungen an die Ventilation zu genügen.

Die soziale Krankenhausfürsorge erstreckt sich nach Weber auf folgende Punkte: Bei Aufnahme des Kranken auf Fürsorge für die Angehörigen in wirtschaftlicher wie hygienischer Hinsicht; ferner auf Hilfe bei Erledigung seiner Angelegenheiten während seines Krankenhausaufenthaltes; schließlich für die Zeit nach der Entlassung auf Vermittlung der Ueberführung in Spezialanstalten usw. oder der Ueberweisung an Fürsorgeeinrichtungen und Arbeitsvermittlung; auf Vermittllung der Fürsorge in gesundheitlicher Beziehung für die evtl. erkrankten Kinder und Angehörigen.

Jahrg. 40/49. Nr. 21. 1. November 1927.

Einwanderung der Salzburger in Ostpreußen. Auf Grund historischer Belege beweist Huwe, daß der endemische Kropf an bestimmte Bodenformationen und ihren geographysischen Auswirkungen auf Konstitution und Disposition seiner Bewohner gebunden ist und daß eine Aenderung des Wohnlandes und seiner Umwelt den endemischen Kropf zum Schwinden bringt.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.

126. Heft 1/2.

126., Heft 3/4.

Zentralblatt für innere Medizin.

48. Jahrg., Nr. 38, 1927.

Blutdrüsen, Hormon und Hormogen. Der mannigfaltige Verlauf der Wechselbeziehungen zwischen Blutdrüsen und Gesamtorganismus wird an Hand der Lebenstätigkeit der Nebenniere, Schilddrüse, Epithelkörperchen (EK) und Pankreas gezeigt. Das Adrenalin kann mit großer Wahrscheinlichkeit als ein in der Nebenniere fertig gebildetes, zum Abfluß reifes Hormon angesehen werden. Da dieser hochwirksame Bestandteil nur einzelne Erscheinungen, nicht das Gesamtbild des Nebennierenausfalls klinisch und im Experiment auszugleichen vermag, kommen der Nebenniere offenbar noch eine oder mehrere andere lebenswichtige Betätigungen zu. Für die Schilddrüse lehnt Verf. eine dem Adrenalinprozeß gleichartige hormonale Tätigkeit im Sinne der Bildung einer spezifischen Jodsubstanz ab. Die Schilddrüse kommt seiner Ansicht nach ihrer Aufgabe im Körper durch eine Filterung des Blutes und anschließende intraglanduläre Entgiftung nach. Die Sekretion einer Jodsubstanz durch die Schilddrüse gilt Verf. als unbewiesen. Untersuchungen anderer Autoren mit dem Ergebnis des Uebertritts eines Jodkörpers aus der Schilddrüse in die Blutbahn seien auf die technischen Fehler der Alteration der Drüse, der Nichtbeachtung des Ausschlusses der alimentären Jodzufuhr und auf unzuverlässige, ja irreführende kolorimetrische Methoden zurückzuführen. Untersuchungen des Verf. zusammen mit Grützner (1913) zeigten, daß Tiere nach jodfreier Ernährung bei normalem Jodgehalt der Schilddrüse kein Jod im Blut besaßen. Neue Untersuchungen des Verf. mit eingehend beschriebener Methode bestätigen diese Ergebnisse. Für die Epithelkörperchen hält Verf. den Beweis für ein im Blut kreisendes EK-Hormon auf Grund eigener Untersuchungen erbracht. Bei EK-exstirpierten Katzen konnten mit Schutzkost — Blut und etwas Milch — die Ausfallserscheinungen paralysiert werden, während EK-Verfütterung und Injektion von EK-Saft wirkungslos blieben. Verf. schließt daraus, daß in den EK selbst nur ein Hormogen, eine Vorstufe des Hormons, vorhanden ist. Das als Paradigma eines Hormons angesehene Insulin ist als solches im Pankreas nicht fertig vorhanden. Verf. hat durch Extraktion aus dem Pankreas eine blutzuckersteigernde Substanz gewonnen, die er mit der von Meyer-Bisch durch Ultrafiltration erhaltenen für identisch hält. Insulin gilt Verf. als ein Spaltprodukt aus dieser andersgearteten Muttersubstanz, die sich zum Insulin wie ein Hormogen zum fertigen Hormon verhält.

Ueber Mutation allergischer Krankheitszustände. Mitteilung von Fällen von Uebergang alimentärer Urtikaria zu Asthma bronchiale, medikamentöser Urtikaria zu Asthma bronchiale, Migräne zu Bronchialasthma, Ekzem zu Migräne und Nahrungsmittelidiosynkrasie zu Migräne.

48. Jahrg., Nr. 39 bis 42, 1927.

Bericht über die VI. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für innere Medizin vom 28. und 29. Januar 1927.

Nr. 42.

Ein Beitrag zur Behandlung spastischer Zustände mit Betilon. Betilon, das Natriumsalz des Schwefelsäurehalbesters des mandelsauren Benzyls, wurde als wirksames Mittel bei Krankheitszuständen mit Spasmen der glatten Muskulatur mit gutem Erfolg erprobt. Verwendet wurden 2 bis 4 ccm der 10%igen Lösung als Injektion oder innerliche Darreichung in Kapseln zu 0,25 g bei Angina pectoris nervosa und Stenokardie mit organischer Veränderung der Koronargefäße, bei Hypertension, Asthma bronchiale und Cholelithiasis mit Koliken.

48. Jahrg., Nr. 43, 1927.

Ueber die Veränderung der Blutgruppen unter dem Einfluß septischer Erkrankungen nach Geburten und Aborten. Untersuchungen an 62 Fällen von septischen Erkrankungen im Moskauer Timisterschen Krankenhaus für Nachgeburtserkrankungen bestätigten, daß Frauen der Blutgruppe I am wenigsten, Frauen der Gruppe III am häufigsten sepetischen Nachgeburtserkrankungen ausgesetzt sind, wie dies von anderen infektiösen Erkrankungen bereits bekannt ist. Uebergang von einer Gruppe in eine andere wurde besonders bei Septikämie beobachtet.

48. Jahrg., Nr. 44 bis 46, 1927.

Sammelreferat aus dem Gebiete der Pharmakologie. (April bis Juni 1927.) C. Bachem.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

81., 1. Heft, 1927.

Ueber Wesen der choreatischen Erkrankungen und ihre Behandlung, insbesondere mit der Preglschen Jodlösung. Nach einer klinischen Betrachtung über die an der Hallenser Nervenklinik beobachteten Fälle von Chorea aller Formen, die nichts wesentlich Neues bringt, faßt Verf. die Ergebnisse der Behandlung mit Preglscher Jodlösung zusammen (bei infektiöser Chorea). Es wurde jeden zweiten bis fünften Tag bei Erwachsenen 40 bis 60 ccm, bei Kindern 20 bis 40 ccm Presojod intravenös oder intraglutäal gegeben. Bei Chorea minor setzte die Wirkung verhältnismäßig schnell ein, war von anhaltender Dauer und setzte die Krankheitsdauer auf etwa 4 bis 6 Wochen herab. Außer Affektreaktionen, die besonders in der Rekonvaleszenz ungünstig wirken, traten keine Nebenerscheinungen auf. Man kann deshalb die Therapie auch ambulant durchführen. Die Wirkung wird im wesentlichen auf die bakteriziden und entzündungshemmenden Eigenschaften des Jods zurückgeführt. Außerdem denkt der Verf. an günstige Beeinflussung der Schilddrüse, die möglicherweise ebenfalls Beziehungen zur Chorea minor hat.

Die Oxytherapie bei der epidemischen Enzephalitis. Die Verff. gehen von der Voraussetzung aus, daß die epidemische Enzephalitis keine ausschließliche Erkrankung des Zentralnervensystems sei, sondern eine Allgemeininfektion, die auch Störungen der inneren Organe, ganz besonders der Leber, hervorruft. Durch die Erkrankung des Zentralnervensystems sei ferner eine Störung der Regulation des „inneren Milieus", d. h. etwa des Stoffwechselgleichgewichts bedingt. Es wurde zunächst versucht, durch Diathermie der Leber deren Tätigkeit zu heben. Erfolge blieben dabei aus. Auch subkutane Sauerstoffapplikationen wurden der Umständlichkeit wegen wieder verlassen. Bei weiteren Fällen wurde Kal. hypermangan. 1,0 einer 1%-Lösung jeden zweiten Tag subkutan injiziert, das durch den freiwerdenden Sauerstoff wirken sollte. Im ganzen wurden 8 Fälle (2 davon mit Sauerstoffinhalationen) behandelt. Die Verff. haben bei dieser Therapie „unzweifelhafte Besserung" bei ihren Patienten gesehen, in Form von Abnahme der Ermüdbarkeit und der vegetativen Störungen, lebhafteren Affekten, Besserung der Bewegungsfähigkeit und des Schlafes. Die Verff. raten zu der Therapie im Beginn der Entwicklung der chronischen enzephalitischen Veränderungen. Tuberkulose bedeutet eine Gegenindikation, die entsprechenden zwei Fälle verschlechterten sich.

Die Histopathologie im Dienste der psychiatrischen Krankheitsforschung. Der Aufsatz ist ein Abdruck der Einleitung des II. Bandes der „Normalen und pathologischen Anatomie und Histologie des Großhirns" (Wien, Deuticke, 1927) des Verfassers. Es ist unmöglich, den ganz ausgezeichneten Ueberblick über das genannte Gebiet im Referat auch nur auszugsweise wiederzugeben. Doch geben vielleicht einige Leitsätze, die man herausziehen kann, ein Bild von dem Stande dieses dem Nichtspezialisten abseitsliegenden und gerade im letzten Jahrzehnt sehr entwickelten Wissensgebiets. „Die Geistes-

krankheiten sind Gehirnkrankheiten"; dieser Satz, der bereits von den Alexandrinern ausgesprochen, von Gall zu Anfang des 19. Jahrhunderts mit aller Schärfe vertreten, von Griesinger, Hitzig, Meynert zur Grundlage unserer heutigen Anschauungen ausgebaut worden ist, dürfte in der modernen Psychiatrie kaum mehr einem ernsten Zweifel begegnen. Die weitere Frage freilich, wie wir uns diese Zusammenhänge zu denken haben, kann nicht im entferntesten Gegenstand der Diskussion hier sein. Es sind dies Fragen, die weit in das Gebiet der Philosophie und Psychologie hinübergreifen und eng verknüpft sind mit dem ebenso viel diskutierten wie rätselhaften Leib-Seele-Problems." Vom Thalamus opticus: „. . . . so unterliegt es keinem Zweifel, daß dieses große Sammelbecken vegetativer, sensibler und sensorischer Reize von größtem Einfluß ist für das Bewußtsein ganz im allgemeinen sowie für die Lust- und Unlustgefühle und für die Affekte." „So sehen wir vom anatomisch-physiologischen Standpunkt aus die Grundlage der seelischen und Bewußtseinsvorgänge in dem Zusammenspiel zahlreicher nervöser Mechanismen, die wirksam gesteuert werden von den Hormonen des endokrinen Systems. Doch behält die Großhirnrinde als die höchst organisierte Erfolgs- und Ausführungszentrale ihre Führerstellung, und sie wird beim anatomischen Studium der Psychosen immerhin in erster Linie zu berücksichtigen sein." Panse, Berlin.

81., 2. Heft, 1927.

Untersuchungen über die Körperkonstitution bei Alkoholikern. Es wurden Körperbaumessungen im Sinne Kretschmers an 40 Alkoholikern vorgenommen, also durchweg an einem Material von Psychopathen. Es fanden sich 13 pyknisch, 12 athletisch, 3 asthenisch, 3 asthenisch-athletisch, 4 dysplastisch und 5 atypisch. Die Pykniker hatten das auffallend hohe Durchschnittsalter von 47,5 Jahren (ursprünglich auch pyknisch? Ref.). Es überwiegen also, was dem Allgemeineindruck entspricht, die Pykniker und Athletischen. Bei den Pyknikern ließen sich mehr als bei den anderen Gruppen zirkuläre Züge nachweisen, die anderen Gruppen ließen neben schizothymen Zügen besonders psychopathische Eigenschaften und Schwachsinn erkennen, was wieder bei den Pyknikern im Gegensatz dazu nicht so hervortrat.

Der Abduktorenklonus. Verf. konnte in zwei Fällen mit schwerer Pyramidenbahnaffektion einen echten Adduktorenklonus beobachten. Der Klonus trat auf bei Auslösung des Adduktorenreflexes. Das Bein wird im Hüft- und Kniegelenk leicht flektiert und nach außen rotiert. Der Reflexhammer klopft auf den Epikondylus medialis femoris. Die graphische Darstellung mit ihren sehr gleichmäßigen Ausschlägen beweist, daß es sich um einen echten Klonus handelt.

Ueber zentrale Schmerzen. Das Bestehen zentral (antidrom) projizierter Schmerzen ist bisher noch nicht bewiesen. Dahingehende Beobachtungen (sogenannter Thalamusschmerz etc.) lassen auch andere Deutungen zu. Die schmerzhaften Empfindungen in zentral gelähmten Gliedern können durch Störungen in Knochen, Gelenken, Muskeln etc. infolge des Bewegungsmangels zustande kommen.

Leberfunktions- und Stoffwechselstörungen bei den chronischen Formen der epidemischen Enzephalitis. Im Anschluß an die im vorigen Heft veröffentlichte Arbeit über die Oxytherapie bei Enzephalitis geben die Verf. hier ihre Ergebnisse der Leberfunktionsprüfungen wieder. Die Kranken zeigten trotz normalen Blutzuckergehalts nach Belastung eine verlangsamte Rückkehr des Blutzuckers zur Norm. Die Erscheinungen sprechen für eine funktionelle Störung desjenigen Apparates, der die Höhe des Blutzuckergehaltes im Blute reguliert (vor allem Leber und zentrale Regulationsmechanismen.) Panse, Berlin.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.

79., 65. Jahrgang, Juliheft 1927.

Sieben Fälle von Knochenbildung in der Linse. Verfasser beschreibt in 6 Fällen die Bildung typischen Knochens mit Knochenkörperchen und Haversschen Kanälen, in einem Falle Bildung von Knochengewebe mit Knochenkörperchen ohne Bildung von Haversschen Kanälen; teilweise war die Knochenbildung in der Linse kombiniert (drei Fälle mit einer Knochenbildung in der Chorioidea, Aetiologie von perforierender Verletzung, je einer von sympathischer Ophthalmie, von perforiertem, skrofulösem Ulkus, von metastitischem Glaskörperabszeß und Tritis Abc.), klinisches Bild und mikroskopischer Befund lassen erkennen, daß zu einer metaplastischen Knochenbildung in der Linse eine längere Zeit bestehende Phthisis bulbi, Eröffnung der Linsenkapsel und dystrophische Verkalkung des von der Chorioidea aus hineingewucherten Bindegewebes unerläßliche Vorbedingungen sind. Knochenbildung in der Linse ist, entgegen einer weitverbreiteten Meinung, absolut nichts außergewöhnliches, sondern kommt in phthisischen Augen mit einer gewissen Regelmäßigkeit vor.

Zur Operation der partiellen Trichiasis. Schon Friede hat für die Fälle, in denen die partielle Trichiasis die mittleren Anteile des Lides betrifft, vorgeschlagen, nach Anlegung des Intermarginalschnittes hinter der innersten Wimperreihe und Entfernung des Narbengewebes den Gewebsdefekt durch ein benachbartes Stück Tarsus desselben Lides zu ersetzen. Verfasser berichtet über zwei Fälle, in denen zu dem gleichen Zweck nicht ein Stück Tarsus desselben Lides, sondern ein Knorpellappen in Verbindung mit einem schmalen Hautlappen aus dem oberen Ende der Antikelix der Ohrmuschel genommen wurde. Man kann auf diese Weise, bei schon narbig stark verändertem Lid und besonders Tarsus, das Anlegen weiterer Zerstörungen, die in bezug auf den Operationseffekt durchaus nicht unbedenklich sind, vermeiden. Der Knorpellappen wird unten nach Einlegung in die Wundtasche mit einem durch die Haut nach außen geführten Katgutfaden befestigt. Oben wird der Lappen durch zwei Fäden gesichert, die durch die hintere Lippe des Lidrandes und den Wundrand der äußeren Haut über das Transplantat hinweggehen. Der schmale Hautlappen am Knorpelstück verhindert, daß sich über diesen die Wundränder des Intermarginalschnittes wieder aneinander legen. Das gewünschte Resultat wurde in beiden Fällen erreicht.

Technische Bemerkungen zur Staroperation. Die Vorteile der Erhaltung der runden Pupille bei Staroperationen sind nicht rein ästhetische: auch die Blendung, die ein artefizielles Iriskolobom verursacht, fällt weg, die Lichtreaktion der Pupille wird nicht so empfindlich beeinträchtigt wie nach der Anlegung eines Iriskoloboms, endlich kann der entstehende Wundastigmatismus durch die erhaltene, runde Pupille viel besser gedämpft werden. Statistisch ist allerdings erwiesen, daß die Operateure, die bei Erhaltung der runden Pupille extrahierten, beträchtlich mehr Iriseinklemmungen und Prolapse zu verzeichnen hatten, als diejenigen, die an der kombinierten Extraktion festhielten. Diese Gefahren sind zwar durch das Verfahren des Wundverschlusses durch Naht und durch die Maßnahmen zur Immobilisierung und Fixierung des Auges während der Operation geringer geworden, aber damit noch durchaus nicht aufgehoben. Verfasser schlägt ein Verfahren vor, das er „basoradiale Tridotomie" nennt, für alle die Fälle, in denen eine Extraktion bei runder Pupille kontraindiziert erscheint. Er macht, bei mäßiger Pilokarpinmiosis zuerst eine möglichst kleine, Basalexzision, führt dann den einen Schenkel einer schmalen, aber stumpfendigen Weckerschere durch dasselbe hinter die Iris ein, während der andere Schenkel vor der Iris in der Vorderkammer liegt, und schneidet mit einem Schnitt die Iris senkrecht durch. Weiter verläuft die Extraktion wie üblich. Die Vorteile sind: Entstehung eines ganz schmalen Koloboms, das immer beträchtlich schmäler ist, als der jeweilige Durchmesser der Pupille; bessere Kontraktionsfähigkeit der Pupille, als bei noch so schmalem Iridektomiekolobom; geringere Steigung der Kolobomschenkel zu Einklemmungen in die Wunde. Die beigegebenen photographischen Abbildungen (jedesmal das eine Auge des Patienten mit Iridektomie, das andere mit basoradialer Iridektomie operiert) zeigen den Erfolg der Methode.

65. Jahrgang, **79.**, Augustheft 1927.

Die Pigmenteinlagerung der Linse bei Pseudosklerose im histologischen Schnitt. Bei der Pseudosklerose oder hepatolentikulären Degeneration findet man Hornhautpigmentierungen mit grünlich-bräunlichen Körnchen, die im histologischen Schnitt in der Deszemet-Membran selbst nachweisbar sind. Die klinisch ähnliche Verkupferung des Randteiles der Hornhaut liegt in der Gewebsspalte zwischen Descemet und Endothel; die Kupfereinlagerung der Linse liegt im subkapsulären und epithelialen Spalt. Verf. ging der Frage nach, wo die Pigmentkörnchen bei der kupferstarähnlichen Linsentrübung liegen, die bisher in einem einzigen Fall (Oloff und Simerling) bei einem Patienten mit Pseudosklerose beobachtet werden konnten. Die Untersuchung beider Bulbi des zum Exitus gekommenen Patienten ergab folgendes: Bei dem einen, in Zelloidin eingebetteten Bulbus wurde das Pigment auch in der Hornhaut restlos durch die Aetheralkoholeinwirkung zerstört: bei dem in Paraffin eingebetteten war es in der Hornhaut gut zu erkennen, in der Linse nicht einmal in Spuren. Verf. schließt daraus, daß das Substrat der im übrigen durch die klinischen Beobachtungen Oloffs und Simerlings sichergestellten Linsenveränderungen offenbar so zart oder so ungünstig gelagert ist, daß es bei der üblichen Methode der Konservierung und Darstellung verloren geht. Man sollte also in weiterhin zu beobachtenden Fällen in frischen Zupfpräparaten der Linsenkapsel und der obersten Linsenschichten nach den Einlagerungen suchen. Die Löslichkeit des Pigmentes in Aether legt die Auffassung nahe, daß es sich um Urobilin handelt.

Ueber die Arteriolosklerose der Netzhaut und ihre Bedeutung für die Genese der Retinitis albuminurica. In 8 Fällen, deren Krankengeschichten die Symptome des Nierenleidens und der Hypertonie aufwiesen, wurden die Bulbi nach Gelatineeinbettung mit der Sudanfettfärbung histologisch untersucht. In 5 Fällen fehlte jede krankhafte Veränderung der Retina; in einem weiteren waren Netzhautblutungen nachweisbar, die auch schon ophthalmoskopisch festgestellt waren, dabei zeigten die mikroskopischen Präparate beginnende Arteriolosklerose der Retina; in den beiden letzten Fällen, die ophthalmoskopisch den Befund einer ausgesprochenen Retinitio albuminurica ergeben hatten, war mikroskopisch ausgedehntes Befallensein des präkapillären Systems der zentralen Partien der Netzhaut und des Sehnerven nachweisbar. Gleichzeitig mit den Augenuntersuchungen wurden Untersuchungen aller wichtigen Gefäßprovinzen des Körpers, insbesondere der Gefäße des Gehirns, der Niere vorgenommen. Verf. kommt auf Grund seiner Befunde zu dem Schluß, daß als Ursache der eigentlichen Retinaveränderungen die im Optikus und in der Retina nachzuweisenden Arteriolenveränderungen anzusehen sind; diese sind nichts anderes, als die bei der gleichen Krankheit (genuine Schrumpfniere) auftretenden, entsprechenden Veränderungen der Arteriolen der Niere, Milz, Leber, des Pankreas und des Gehirns, und als solche wohl als eine Stoffwechselstörung innerhalb der durch den dauernden Hochdruck geschädigten Gefäßwand aufzufassen. Auf Grund dieser Gefäßerkrankung treten die ophthalmoskopisch gut charakterisierten Retinaveränderungen auf, die sich mikroskopisch als hämorrhagisch-ödematöse Herde mit sekundärer Verfettung der Stützzellen und Bildung freier Fettkörnchenzellen darstellen. Diese finden sich hauptsächlich in der Zwischenkörnerschicht. Verf. schlägt an Stelle der Bezeichnung „Retinitis albuminurica" die neue, das Wesen der Krankheit besser treffende Bezeichnung „Retinomalacia arteriolosclerotica" vor.

Klinischer Bericht über das Augenschutzmittel Corodenin. In zahlreichen Fällen von Augenerkrankungen mit starker Lichtscheu und Tränenträufeln (Bindehaut-, Hornhaut-, Regenbogenhautentzündungen) wurde das Tropfmittel Corodenin (J. D. Riedel A.-G., Berlin) mit gutem Erfolge angewendet. Es wurden dreistündlich zwei Tropfen Corodenin gegeben. Bereits am ersten Tage konnten Patienten mit schwerer Lichtscheu die Augen ohne besondere Schwierigkeit spontan öffnen; Kinder mit schweren ekzematösen und parenchymatösen Hornhauterkrankungen ertrugen die Behandlung mit Kopflichtbädern, die eine Zeitlang wegen der Lichtscheu hatte abgesetzt werden müssen, ohne Widerstreben. Bei Aerzten, Laborantinnen, welche mit Höhensonne arbeiten, wirkt Einträufelung 5 Minuten vorher ausgezeichnet; ebenso bei Filmschauspielern, Filmmusikern, Schlossern, Eisengießern. Die günstige Wirkung beruht auf der Fernhaltung ultravioletter Strahlen.

Heilversuche mit Natrium hydrocarbonicum in der Augenheilkunde. Anschließend an Versuche Prof. Bálints, der die lokale Säurereaktion des Blutes in der Umgebung chronisch entzündeter Stellen (z. B. Ulcus cruris) durch Infiltration des Gewebes mit einprozentiger steriler Lösung von Natrium hydrocarbonicum verminderte und dadurch günstige Heileffekte erzielte, behandelte Verf. chronisch-entzündliche Augenerkrankungen nach derselben Methode (45 Fälle von Blepharitis ulcerosa und simplex, schwer heilenden Hornhautgeschwüren, Infiltrationen, Abszessen). Die Sodainjektionen wurden jeden zweiten oder dritten Tag gegeben, bei Blepharitis unter die Haut entlang dem ganzen Lidrand bei Krankheiten des Augapfels und der Kornea nach der gewöhnlichen Kokainanästhesie subkonjunktival (bei gleichzeitiger Atropin- und Wärmebehandlung). Die Resultate waren bei Behandlung der Kornea bessere, als bei denen des Lidrandes, sie sind aber großenteils so günstig, daß sie zu einer Empfehlung dieser Behandlungsmethode berechtigen.

Röntgenbehandlung bei Chorioiditis tuberculosa. Die Verfasser kommen auf Grund ihrer bis ins Einzelne beschriebenen Beobachtungen bei der Röntgenbestrahlung von 3 Fällen von Chorioiditis tuberculosa entgegen der Meinung von Stock und Scheerer zu dem Ergebnis, daß bei der von ihnen gewählten Methodik die Erfolge günstig sind. Sie bestrahlten wiederholt in dosi refracta und sahen schnelles Verschwinden namentlich der frischen Knötchen; Exsudate wurden langsamer resorbiert. Bemerkenswert war in einem der Fälle die Restitution des Blutkreislaufs in der mit Röntgenstrahlen behandelten Partie. Schädigungen des Auges wurden nicht festgestellt. Rezidive traten in den behandelten Fällen bisher (maximale Beobachtungsdauer fast 1 Jahr) nicht auf. Wegen dieser Erfolge und der allgemeinen Vorteile einer Bestrahlungsbehandlung (Behandlungsmöglichkeit ohne Rücksicht auf evtl. anderweitige Herde in den Lungen und in anderen Organen und den Allgemeinzustand des Patienten, Möglichkeit ambulanter Behandlung, Fehlen von Allgemeinreaktionen) erscheint die Röntgentherapie als begrüßenswertes, neues Hilfsmittel.

Ueber die Verhütung akuter Anfälle bei der Glaukosanbehandlung. Im Anschluß an Glaukosaneinträufelung besteht beim Glaucoma simplex die Gefahr eines akuten Anfalles. Verf. verhinderte in mehreren Fällen, in denen früher bei alleiniger Anwendung von Glaukosan akute Anfälle aufgetreten waren, das Auftreten von solchen bei erneuter Behandlung durch die von ihm so genannte „Kombination": er gab 1 bis 1½ Stunden nach der ersten Glaukosaneinträufelung Histamin (Ergotinpräparat, vom Verf. als „Aminglaukosan" bezeichnet) in 7- bis 10prozentiger Lösung. Seitdem trat kein akuter Anfall mehr auf. Die Erweichung wurde in keinem der Fälle durch die Kombination beeinträchtigt. Reichling, Berlin

Strahlentherapie.

26., Heft 4.

Ueber die Durchlässigkeit der tierischen und menschlichen Haut im sichtbaren Teil des Spektrums. W. E. Pauli, H. Dennig.
Ueber die künstlich vergrößerte Durchlässigkeit der Haut für bakterizide Lichtstrahlen. W. E. Pauli, H. Kliewe.
Dosisangaben in der Radiumbehandlung. W. Lahm.
Ueber perorale Darreichung von Radium und physiologische Dosierung. J. Markl.
Ueber die wichtigen technischen Gesichtspunkte bei der Einrichtung des neuen Röntgeninstituts für Therapie. G. H. Schneider.
Ein ungewöhnlicher Fall von Fruchtschädigung durch Röntgenstrahlen. P. Feldweg.
Wünschelrute und Heilkunde. Hugo Bach.

Die Röntgenbehandlung des Keuchhustens und einige Folgerungen über seine Pathogenese. Die Pertussis ist nicht als einfache Infektionskrankheit aufzufassen, sondern beruht auf einer Diathese, die durch Eiweißüberempfindlichkeit gekennzeichnet ist. Daher ist das Hauptziel einer Röntgenbehandlung dieser Krankheit die Erreichung einer Fernwirkung der Röntgenstrahlen. Zur Bestrahlung wählt Verf. daher die Leber, ein Organ, das infolge seiner starken Blutversorgung einen starken Zerfall der Leukozyten ermöglicht. Die Dosis betrug 150 bis 350 R bei 160 kV und 2 bis 3 mm Al-Filter. Die Bestrahlungen wurden je nach der Allgemeinreaktion fünf- bis zehntägig wiederholt. Am Tage nach der Bestrahlung wurde gelegentlich ein Röntgenkater beobachtet. Vom zweiten bis dritten Tag an wurden aber die Anfälle seltener, der Husten leichter, die Zyanose verschwand allmählich. Der Erfolg war um so besser, je früher die Kinder zur Behandlung kamen. Das Alter hatte keinen merklichen Einfluß. Verf. bezeichnet die Röntgenbehandlung als die bei weitem beste Therapie der Pertussis. Die örtliche Bestrahlung der Hilusdrüsen, die er früher geübt hat, ist von keiner großen Bedeutung. Die Leberbestrahlung ist als Auto- und Heteroproteinwirkung aufzufassen.

Die Etappenbestrahlung. Bei der Bestrahlung maligner Tumoren, auch bei der postoperativen Nachbestrahlung, empfiehlt Verf., zunächst ausschließlich den Primärtumor unter guter Abdeckung der regionären Lymphdrüsen zu bestrahlen und erst nach einer Pause von 3 bis 4 Wochen das Gebiet der regionären Lymphdrüsen zu behandeln. Er geht dabei von der Erwägung aus, daß die Lymphknoten als ein Filter aufzufassen sind, das die Krebszellen abfängt und so die Ueberschwemmung des Körpers mit letzteren verhindert. Werden nun durch die Röntgenbestrahlung die funktionstüchtigen Lymphknoten zerstört, so können mit Ueberspringung derselben entfernter liegende Drüsen erkranken. Hierdurch ist der weiteren Metastasierung Vorschub geleistet. Durch die Methode des Verf. wird diese Gefahr vermieden.

Ueber die Behandlung von Hautkrankheiten mit Buckys Grenzstrahlen. Als „Grenzstrahlen" hat Bucky bekanntlich die überweichen Röntgenstrahlen bezeichnet, die eine mittlere Wellenlänge von 2,19 bis 1,44 A. E. besitzen und durch Spannungen von 6—12 kV. max. hervorgerufen werden. Die biologische Wirkung dieser Strahlen unterscheidet sich in mancher Hinsicht von der der gewöhnlichen Röntgenstrahlen. Insbesondere legt B. Wert auf die Feststellung, daß es mittels dieser Grenzstrahlen möglich ist, tatsächliche Oberflächentherapie zu treiben, da die Strahlenmengen, die etwa durch die obersten Hautschichten hindurch auf das Stratum germinativum treffen, außerordentlich gering sind. Die Latenzzeit für das Erythem ist sehr verschieden, je nach Dosis und Wellenlänge zwischen wenigen Minuten und mehreren Wochen. Charakteristisch ist die Schmerzlosigkeit auch bei stärkeren Hautreaktionen. Infolge der Schonung des Hautgefäßsystems tritt immer Restitutio ad integrum ein. Eine epilierende Wirkung haben die Grenzstrahlen nicht.

Verfasser hat die Angaben Buckys einer Nachprüfung unterzogen. Als optimale Spannung ergab sich 9 kV. max. Hautstellen, die bei dieser Spannung in einer Fokus-Hautdistanz von 10 cm bei 10 mA. durch 4—8 Minuten bestrahlt wurden, zeigten nach wenigen Tagen blasse Rötung mit folgender Pigmentierung. Verlängert man die Bestrahlungsdauer bis zu 30 Minuten, so wird das Erythem und die Pigmentierung stärker, und die Latenzzeit verkürzt sich auf wenige Stunden. Dagegen tritt auch bei diesen großen Strahlenmengen keine Bläschenbildung und keine Erosion auf. Der Begriff der Erythemdosis ist bei den Grenzstrahlen nicht so scharf umschrieben wie sonst in der Röntgenologie. Die Miescherschen Wellenphänomene ließen sich auch hier feststellen, und zwar konnten bei größeren Dosen bis zu vier Wellen beobachtet werden, wobei sich Erythem und Pigment gewöhnlich abwechseln. Zuweilen tritt bei mittleren Dosen nach 3—4 Wochen oberflächliche Abschuppung mit leichtem Jucken oder Brennen ein. Spätschädigungen wie Telangiektasien Hautatrophie oder gar Ulcera wurden in halbjähriger Beobachtungszeit nicht wahrgenommen.

Da die Grenzstrahlen keine Epilation hervorrufen, ist ihre Anwendung in der Dermatologie von vornherein auf bestimmte Indikationen beschränkt. Hautpilzerkrankungen wie Favus, Mikrosporie, und die verschiedenen Formen der Sycosis setzen zu ihrer Heilung eine Epilierung voraus und können durch Grenzstrahlen daher nicht dauernd geheilt werden. In einigen Fällen konnte zwar bei relativ kleinen Dosen nach vorübergehender Steigerung der entzündlichen Erscheinungen vorübergehende Besserung erreicht werden, doch traten stets Rezidive auf und eine Dauerheilung konnte nicht beobachtet werden. Nur bei der tiefen Trichophytie des Bartes (Sykosis parasitaria) heilten einige Fälle nach etwa drei Wochen unter allmählicher Rückbildung der Knoten. Dies ist aber nicht beweisend für eine spezifische Wirkung der Strahlen, da infolge der starken Entzündungserscheinungen und der ausgesprochenen Allergie der Haut gelegentlich eine spontane Ausstoßung der pilzhaltigen Haare und im Anschluß daran Heilung eintritt, auch wenn nur indifferente therapeutische Maßnahmen vorgenommen werden.

Auch bei Lupus vulgaris und verwandten Erkrankungen konnte Verfasser nichts Ueberzeugendes sehen. Dagegen gelangten Fälle von Tuberculosis cutis verrucosa zur völligen Rückbildung. Es wurde mehrmals in Intervallen von 2—3 Wochen mit Dosen von ¾—1 E D. bestrahlt. Das Skrophuloderm ließ sich weniger gut beeinflussen. Glänzend aber war der Erfolg beim Erythema induratum Bazin, namentlich bei den ulzerierenden knotigen Formen. Dies ist um so höher zu veranschlagen, als hierbei die Strahlentherapie bisher wenig ermutigend war. Gut waren die Erfolge ferner bei den Paronychien kokkogenen und mykotischen Ursprungs sowie namentlich bei den eitrigen Schweißdrüsenentzündungen der Achselhöhle. Die verschiedenen Formen der Akne mit Einschluß der Rosacea reagierten wider Erwarten nicht günstig. Bei Pruritus sah man etwa dieselbe Beeinflussung wie von anderen strahlentherapeutischen Maßnahmen. Den Röntgenstrahlen überlegen sind die Grenzstrahlen beim Lichen chronicus Vidal und beim Ekzem der behaarten Kopfhaut. Andere Formen und Lokalisationen des Ekzems erwiesen sich als refraktär. Von den gut reagierenden Erkrankungen seien noch genannt: Mycosis fungoides, Basalzellenkarzinom, ferner mit gewissen Einschränkungen: Pemphigus vulgaris benignus, Lymphogranulomatosis cutis, Psoriasis vulgaris capillitii. Schlecht waren die Resultate außer bei den schon genannten Erkrankungen noch bei verhornendem Plattenepithelkarzinom, Morbus Paget, Naevus flammeus, Keloiden und hypertrophischen Narben, Warzen und Lichen ruber planus.

Die Ausführungen des Verfassers beweisen, daß die Grenzstrahlentherapie in bestimmten Fällen den bisher bekannten strahlentherapeutischen Maßnahmen überlegen ist, daß sie aber keineswegs die bisher geübten Methoden verdrängen kann.

Die Wahl der Behandlungsart bei gynäkologischen Blutungen. Zur Behandlung der atypischen Blutungen aus dem Genitalkanal stehen im wesentlichen vier therapeutische Maßnahmen zur Verfügung: Die symptomatische Behandlung durch Medikamente oder durch Bestrahlung der Milz, Leber oder der Hypophyse, die organotherapeutische Behandlung (Hormontherapie), der chirurgische Eingriff, von der Abrasio bis zu ausgedehnten Operationen und die Bestrahlung der Ovarien zwecks temporärer oder dauernder Sterilisation. Die atypischen Blutungen, die bedingt sind durch überstürzte Follikelreifung oder durch Erkrankung der Uterusschleimhaut, sind im geschlechtsreifen Alter immer den roborierenden Eierstockspräparaten in Verbindung mit Allgemeinbehandlung oder der Kurette zuzuführen. Auch nach dem 40. Lebensjahr sind zunächst diese Mittel zu versuchen, im Falle des Versagens ist die Röntgensterilisation indiziert. Es empfiehlt sich aber, in allen Fällen zunächst den Erfolg einer Milz- oder Hypophysenbestrahlung abzuwarten, da nach diesen einfachen Maßnahmen zuweilen ein regelmäßiger Menstruationstyp eintritt. Der Operation ist die Bestrahlung in jeder Hinsicht überlegen. Auch bei Myomblutungen ist in den meisten Fällen Strahlentherapie vorzuziehen.

Ueber Bestrahlung des ganzen menschlichen Körpers bei Blutkrankheiten. Um bei Leukämien nicht allein auf die Milz, sondern auf die Gesamtheit der erkrankten weißen Blutkörperchen bzw. deren Bildungsstätten einzuwirken, hat Verfasser eine Technik ausgearbeitet, mittels deren der ganze Körper möglichst homogen durchstrahlt wird. Die Strahlendosen, die dabei anzuwenden sind, liegen erheblich unter den bei lokalen Bestrahlungen üblichen. Eine homogene Bestrahlung des ganzen Körpers kann mit einer einzigen Röhre durchgeführt werden, wenn man einen besonders großen Fokus-Hautabstand wählt (150—160 cm) und die Hälfte der Dosis von vorn, die andere Hälfte vom Rücken her gibt. Die Dosis, die homogen auf den ganzen Körper verabfolgt wurde, betrug 2—3% der H.E.D. Durch derartige Bestrahlung wurden beim Leukämiker die Leukozyten bereits nach kurzer Zeit stark herabgesetzt. Der Rückgang setzt sich oft auf mehr als eine Woche fort. Bei Leukozytenzahlen unter 30 000 waren erheblich geringere Dosen wirksam. Gelegentlich wurden bei den längeren Bestrahlungen Röntgenkater beobachtet, durch fraktionierte Verabfolgung kann die Bestrahlung verträglicher gemacht werden. Der Milztumor verkleinert sich, wenn auch nicht in demselben Maße wie bei örtlicher Bestrahlung. Wesent-

lich ist, daß auch solche Fälle, die gegen Milzbestrahlung refraktär geworden sind, auf die Ganzbestrahlung wieder ansprechen.

Wünschelrute und Heilkunde. Untersuchungen mit einer Wünschelrutengängerin ergaben an Stellen, von denen vorher festgestellt war, daß in der Bodenluft Radiumemanation enthalten ist, eine deutliche Reaktion. Der Puls stieg von 72 Schlägen auf 108 Schläge in der Minute, es trat Herzklopfen und Schwindelgefühl ein. Das gleiche war der Fall an Stellen, an denen die Wünschelrute durch starken Anschlag auf unterirdische Wasserströmungen hindeutete. Es sind also gewisse Beziehungen zwischen strömendem Wasser und radioaktiven Strahlungen anzunehmen. Es konnte weiter festgestellt werden, daß gewisse Bäume über Untergrundströmungen nicht gedeihen, auch gibt es Menschen, die an solchen Stellen verschiedene Gesundheitsstörungen aufweisen. Wirken diese Ursachen längere Zeit ein, so können sie zu verschiedenen Erkrankungen, z. B. Gicht, Basedow, Asthma und auch Krebskrankheiten disponieren. Auch bei Pflanzen wurden Krebskrankheiten festgestellt, deren Entstehung in derselben Weise zu erklären waren. Eine Untersuchung von Wohnungen Krebskranker mittels der Wünschelrute ergab, daß hier tatsächlich Erdströme vorhanden waren. Auch das Entstehen des Schneeberger Lungenkrebses ist nach Ansicht des Verfassers auf Radiumemanation zurückzuführen. Kirschmann.

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.

36., Kongreßheft.

Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung der Lungen und des Mediastinums für die innere Medizin. Dietlen, Aßmann.
Ueber die Kontrastfüllung der Bronchien mit Lipiodol und Jodipin. Lorey.
Die Röntgendiagnostik interlobärer und marginaler lobärer Prozesse. Fleischner.
Der Ableitungsbronchus tuberkulöser Kavernen im Röntgenbild. Wolf.
Röntgenbefunde bei atypischen Pneumonien. K. Goette.
Ueber den gegenwärtigen Stand der Röntgendiagnostik der Lungentuberkulose im Lichte neuerer Ergebnisse der klinischen und experimentellen Forschung. R. Gassul.
Ueber die verhältnismäßige Bedeutungslosigkeit der Spitzentuberkulose. Martin Haudek.
Die objektive laufende Messung der Schattentiefe von Röntgenbildern und ihre Bedeutung für die Diagnostik. Pleikart, Stumpf.
Mediastinale Komplikationen nach Oesophagusperforation. Armin Weiß.
Die Röntgensymptome syphilitischer Erkrankungen der Viszeralorgane. Franz M. Groedel.
Beiträge zur Schleimhautdiagnostik des Magens. W. Baensch.
Das Pneumorelief des Magens. Hilpert.
Röntgenstudien am Schleimhautrelief des normalen und kranken Dickdarm. W. Knothe.
Ueber Hernia lumbocostalis. Georg Steiner.
Physikalische Grundlagen der Radiumtherapie. Friedrich.
Biologische Grundlagen der Bestrahlung mit radioaktiven Körpern und intrakorporale Bestrahlung (Einlage, Nadel- und Spickverfahren). Halberstädter.
Die äußere Bestrahlung mit radioaktiven Körpern mit Ausschluß der gynäkologischen Erkrankungen. Dautwitz.
Die gynäkologische Radiumbehandlung. Eymer.
Zur Technik der Radiumapplikation in der Gynäkologie. Hans Weigand.
Die Ergebnisse der Strahlenbehandlung des Uteruskarzinoms. E. Zweifel.
Die histologisch kontrollierte Heilung des Uteruskarzinoms. Dyroff.
Beobachtungen über Röntgen- und Radiumtherapie in Verbindung mit Traubenzuckerinjektion. Mühlmann.
Neue Theorie und Behandlung des Röntgenkaters. F. Burgheim.
Die Etappenbestrahlung. Altschul.
Ueber Bestrahlungen des ganzen menschlichen Körpers bei Blutkrankheiten. W. Teschendorf.
Weitere Untersuchungen über die sogenannte Grenzstrahlung. Gabriel.
Beeinflussung des Kohlehydratstoffwechsels durch Leberbestrahlung. v. Pannwitz.
Ueber die Beeinflussung der Wirksamkeit des Insulins durch Röntgenbestrahlung. E. Voigt.
Röntgenuntersuchungen über Physiologie und Pharmakologie des Kaninchen- und Katzenuterus. W. Teschendorf.
Ueber Röntgenstrahlenwirkung auf lebendes Gewebe in vitro (Explantationsversuche). R. Gassul.
Die röntgenologische Messung der Conjugata vera. Heinrich Guthmann.
Fernaufladevorrichtung für das Iontometer von Wulff. Mühlmann.
Die Grundgesetze der physikalischen Wirkung von Röntgenstrahlen verschiedener Wellenlänge und ihre Beziehung zum biologischen Effekt. Glocker.
Die Erythemwirkung verschiedener Strahlenquantitäten. A. Determann.
Wieviel R-Einheiten entspricht die HED? Hans Küstner.
Beiträge zur Rückstreuung. B. Rajewsky.
Die Qualitätsmessung der Röntgenstrahlen in der Tiefentherapie. Holthusen.
Röntgenologische Beiträge zum Entleerungsmechanismus der Gallenblase. W. Schöndube.
Ueber das Messen der Röhrenbetriebsspannung mit Hilfe der Kugelfunkenstrecke bei Gleichspannungsanlagen in der Tiefentherapie. R. Thaller.
Die Messung der Röhrenspannung. Friedrich Janus.
Der Dosiszähler Mekapion und seine Meßgenauigkeit. Sigmund Strauß.
Ueber die Dosimetrie der Grenzstrahlen. Josef Frank.
Das Iontometer als Belichtungsnormal in der Aufnahmetechnik. Heinrich Franke.
Die Filterung unsichtbarer Lichtstrahlen und ihre Anwendung für Therapie und Diagnose. Jäckel.
Unter welchen Verhältnissen besteht bei Magenuntersuchungen, die mit Serienaufnahmen verbunden sind, die Gefahr einer Röntgenverbrennung? Alfred Späth.
Ueber das Lorenzsche Einzelschlagverfahren. B. Rajewsky.
Ueber Brennfleckfragen. Heisen.
Prinzipielles zu den verschiedenen Apparattypen. Spiegler.
Fortschritte in Ausführungsform und Anwendungsbereich des Eichstandgeräts. H. Küstner.
Beitrag zur Filtersicherung. Heitz.
Demonstration eines neuen Apparates für Radium-Fernbestrahlung. Jona.
Ueber einen Hochleistungsapparat für Diagnostik. Jona.
Eine einfache Lösung der Spannungsverdoppelung bei Diagnostikapparaten. Gebbert.
Ueber ein Aufnahmegerät für Stereoaufnahmen. Pohlmann.
Neue Hilfsmittel der Röntgenstereoskopie. Pleikart Stumpf.
Eine einfache Vorrichtung für stereoskopische Durchleuchtungen. Gebbert.
Die Felderwahl und die Durchführung der beweglichen Dosierung in der Tiefentherapie. Holfelder.
Ueber sogenannte trockene Bronchiektasien. S. A. Reinberg.
Herz und Aorta im Röntgenbilde bei Lastträgern. N. A. Podkaminsky.
Beiträge zur Röntgendiagnostik der Traktions-Pulsions-Divertikel des Oesophagus. Mühlmann.

36., Heft 3.

* Die Röntgendiagnose der Darmtuberkulose. G. Hammer.
Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung von Lunge und Mediastinum für die innere Medizin. H. Assmann.
Ueber Rücktransport im Dickdarm und die Vis a tergo. H. Lossen.
* Ist bei der Hysterosalpingographie eine lokale oder allgemeine Schädigung durch das Jodipin als kontrastmittel zu befürchten? R. Zimmermann, H. Nahmmacher.
Zur Frage der kostomediastinalen bzw. mediastinalen Schwarten und Ergüsse. G. Herrnheiser.
* Symptomlose und funktionelle Speiseröhrendivertikel. Th. Barsony. F. Polgar.
* Röntgenologische Beiträge zum Entleerungsmechanismus der Gallenblase. W. Schördube.
Ueber die Knochenveränderungen bei der Raynaudschen Krankheit. J. Borak.
Lagebeziehungen der Sella turcica zu äußeren Fixpunkten des Schädels. M. Appelt. R. Niedermayer.
Ueber Röntgeninterferenzen an Cholerinkorkrementen. K. Staunig. F. Sauter.
Skelettfreie Röntgenaufnahmen des vorderen Bulbusabschnittes. E. Beck.
Ein Fall einer atypischen Madelungschen Handgelenksdeformität. J. Tomesku.
Syndaktylie, Synektrodaktylie (unvollständige Spalthand). J. Tomesku.
Kapillaroskopische Studien an der Haut von Röntgenologen. N. W. Lazarew.
Der Wert der Röntgenaufnahme zum exakten Nachweis der Trächtigkeit in Tierexperimenten. O. Heitzmann.
Zur Protrusion der Hüftgelenkspfanne. B. Loebel.
Ueber die Hoffasche Sklerose des vorderen Kniegelenkfettkörpers und ihre Röntgendiagnose. H. Friedrich.
Ueber die sogenannte Hernia mediastinalis. Th. Abromowitsch.
Ueber Luftansammlung im Herzbeutel. J. Molnar.
Elektive Verkalkung der Synzytien eines Chorionepithelioms nach Radiumbestrahlung. Oberndorfer.
Ueber das Symptom der paradoxen Zwerchfellbewegung. L. Frigyer.
Ein Beitrag zum Röntgenbilde der Polyposis coli. Eickenbusch.
Kasuistik: 1. Nierenkarzinom, 2. Leberechinokokkus, 3. Herzaneurysma. Kurt Kirschmann.
Notiz über die Geschwindigkeiten der im durchstrahlten Medium ausgelösten Elektronen. R. Herz.
Kongenitaler Defekt der Tibia. E. Schwartz.
Intrahepatische Gallengangskonkremente im Röntgenbild. C. Dienst.
Beitrag zur Röntgendiagnostik der Nasennebenhöhlen. G. Claus.
Grundlagen und Technik der Schwer- und Fernaufnahmen. H. Franke.
Dynamische Röntgenzeichen des Magengeschwürs. A. Fränkel.
Die objektive, laufende Messung der Schattentiefe von Röntgenbildern und ihre Bedeutung für die Diagnostik. P. Stumpf.
Ueber Weichstrahlenaufnahmen der Lunge mit ganz hohen Milliamperezahlen. H. Chantraine.
Ueber die Grenze der Belastung von Diagnostikröhren bei hohen Momentanbelastungen. G. Heisen.
Der Umbau der Röntgenabteilung in der medizinischen Universitätsklinik zu Breslau. K. Gutzeit.
Ueber neue Röntgenschutzmittel. Pagenstecher.
Verbesserung der Technik bei der Fistelfüllung mittels Bariumstäbchen. L. Pokorny.

Die Röntgendiagnose der Darmtuberkolose. Die in den Lehrbüchern angegebenen und auf die Arbeiten von Stierlin zurückgehenden röntgenologischen Symptome der Darmtuberkulose haben sich nicht als zuverlässig erwiesen. Verfasser hat zur Klärung der Verhältnisse Untersuchungen am Leichenmaterial vorgenommen. Es gelang ihm bei Füllung des Darmes mit Kontrastflüssigkeit und folgender Luftaufblähung durch Röntgenaufnahmen einen großen Teil der durch die Tuberkulose hervorgerufenen Veränderungen nachzuweisen. Geschwellte, über die Oberfläche erhabene Peyersche Plaques ohne Ulzeration sind im allgemeinen nicht nachweisbar. Ulzerationen sind im allgemeinen erkennbar. Sie führen zu einer Veränderung der Kontur des Kontrastschattens, die bei der Einlaufsfüllung an ulzerösen Stellen nicht mehr glattrandig, sondern kleinzackig, kleinwellig ist. Die randständigen Ulzerationen sind bei der Luftaufblähung gleichfalls an der kleinzackigen, kleinwelligen Kontur erkennbar. Die Kontur verläuft hier nicht in einer scharflinigen, schmalen, linearen, wie mit der Feder gezogenen Linie, sondern läßt außer der Kleinzackigkeit auch noch eine Auffaserung und Aufsplitterung in kleine feinste Linien erkennen. Werden die Ulzerationen frontal getroffen, so können sie sich durch kleinstreifige, häkchen- und bogenförmig gestaltete, dichte Schatten sowie durch unregelmäßig kleinfleckige Schatten zu erkennen geben. Diese

Spritzerchen sind durchaus nicht immer bei Ulzerationen nachweisbar, auch entsprechen sie nicht ihrer räumlichen Ausdehnung. Von der Innenzeichnung des normalen Darms, die oft, aber nicht immer, vorhanden ist, unterscheiden sie sich insofern, als am normalen Darm mehr größere, querlaufende Streifen, kleine rundliche regelmäßige Fleckchen sowie mehr flächenhafte samt- oder moosartige Schatten vorkommen. Schrumpfende Ulzera und Narbenbildung konnte nicht erkannt werden, auch kamen lentikuläre Geschwüre mit unterminierten Rändern nicht zur Darstellung. Ulzerös-polypöse sowie dysenterieforme Tuberkulosen ergeben dieselben Symptome im Röntgenbilde wie die rein ulzerösen Formen, der Unterschied ist nur graduell, nicht prinzipiell. Lumenveränderungen sind selbstverständlich deutlich erkennbar. Wandverdickungen sind im Röntgenbilde gut sichtbar. Bei der Untersuchung am Lebenden kommt für die Darstellung der anatomischen Wandveränderung vorwiegend die Durchleuchtung mittels Einlaufs und folgender Luftaufblähung in Betracht. In weitaus den meisten Fällen von Darmtuberkulose konnte so das Symptom der kleinzackigen Konturierung nachgewiesen werden. Das Bild ist aber manchmal nicht ganz deutlich, zuweilen erscheint die Stelle mehr als ein unregelmäßiger, verschwommener Defekt. Die funktionellen Symptome treten besonders bei der Füllung per os in Erscheinung. Namentlich findet man häufig bei der Darmtuberkulose die röntgenologischen Symptome der Diarrhöe (gesteigerte Motilität). Die Haustrenbildung ist dabei schwach ausgeprägt, das Kolon ist oft schmäler und kürzer als normaliter. Die in der Literatur angegebenen Symptome sind zumeist eine Kombination anatomischer und funktioneller Symptome. Als zuverlässig können gelten: Die kleinzackige oder kleinwellige Kontur als Ausdruck des ulzerösen Gewebsdefekts, die Starrheit der Wand, die mit Verstreichen der Haustren, Lumenverengerung und mangelnder Dehnbarkeit einhergeht, als Ausdruck infiltrativer Vorgänge in der Darmwand, der Ulkusringschatten als Ausdruck eines mit Bariumresten gefüllten Geschwürs sowie die Darmstenose. Das Stierlinsymptom, d. h. der auf den erkrankten Darmabschnitt beschränkte Schattenausfall, kommt offenbar öfter bei der indurierenden, tumorbildenden Ileokoekaltuberkulose vor als bei rein ulzerösen Prozessen. Sein Vorhandensein ist nicht beweisend für Tuberkulose, denn es kann sich auch bei Karzinom und anderen ulzerösen Dickdarmprozessen finden. Es kann sogar in seltenen Fällen am gesunden Darm beobachtet werden. Immerhin ist sein Vorhandensein verdächtig auf einen tuberkulösen Dickdarmprozeß und fordert weitere Untersuchungen. Sein Fehlen beweist nichts. Die Ursachen für sein Zustandekommen sind nicht einheitlich. Es entsteht entweder durch anatomische Stenosierung des Darmlumens und Hindurchspritzen kleiner flüssiger Kontrastmittelmengen aus den proximalen Darmabschnitten wie bei jedem anderen stenosierenden Tumor, dann ist es meistens konstant und auch beim Einlauf nachweisbar; oder es entsteht durch vorwiegend funktionelle muskuläre Einflüsse der ulzerösen Darmabschnitte, dann ist es oft nicht konstant und beim Einlauf oft nicht nachweisbar. Andere in der Literatur angegebene Symptome, die sich auf die Form der Füllungsbilder und mannigfaltige Abweichungen vom normalen Füllungsbild bei der Darmfüllung per os beziehen, haben nichts für Tuberkulose oder auch nur ulzeröse Dickdarmprozesse Charakteristisches. Sie verdanken ihre Entstehung der Anwesenheit von Gas im Darm oder erhöhter Motilität. (Diarrhöe.) Die bei der Einlaufsfüllung nachgewiesene Insuffizienz der Volvula Bauhini ist als normal zu betrachten, womit nicht gesagt sein soll, daß auch unter normalen physiologischen Bedingungen (Füllung des Darms per os) die Volvula insuffizient ist. Die Colitis ulcerosa kann, da bei ihr auch ulzeröse Gewebsdefekte vorhanden sind, zu denselben Veränderungen, nämlich zu der kleinzackigen Konturierung führen, doch scheinen hier die Veränderungen graduell wesentlich geringer zu sein. Das Darmkarzinom ist von der tumorbildenden Form der Ileozökaltuberkulose kaum zu unterscheiden.

Ist bei der Hysterosalpingographie eine lokale oder allgemeine Schädigung durch das Jodipin als Kontrastmittel zu befürchten? Die Untersuchungen der Verfasser ergaben, daß bei durchgängiger Tube das Kontrastmittel (Jodipin) binnen kurzer Zeit entleert wird. Bei bestehendem Tubenverschluß bleibt das Jodipin dagegen längere Zeit liegen. Die in mehreren Fällen vorgenommene histologische Untersuchung ergab, daß irgendeine Beeinflussung der Schleimhäute nicht stattfand, insbesondere konnte niemals eine entzündliche Reaktion festgestellt werden. Größere Fettdepots sammeln sich in der Bauchhöhle nur dann an, wenn große Kontrastmassen zu schnell injiziert werden. Die von anderen Autoren berichteten Schädigungen bei Tierversuchen sind dadurch zu erklären, daß die Menge des Kontrastmittels im Verhältnis zur Körpergröße des Versuchstieres (Meerschweinchen) ungeheuer groß war. Bei den geringen Mengen, die bei der Hysterosalpingographie in das Peritoneum gelangen, ist eine örtliche Schädigung als ausgeschlossen zu betrachten, aber auch eine allgemeine Schädigung etwa durch Resorption ist nicht zu befürchten; eine solche wäre höchstens denkbar bei solchen Personen, die eine Idiosynkrasie gegen Jod haben. Für solche Fälle empfiehlt Verfasser die Anwendung von Konstrastol, vorausgesetzt, daß keine Bromidiosynkrasie vorliegt. Der kürzlich mitgeteilte Todesfall nach Hysterosalpingographie mittels Umbrenal führt Verfasser auf dieses Kontrastmittel zurück, das eine starke Reizwirkung auf die Tubenschleimhaut hat und einen latenten entzündlichen Prozeß offenbar zum Aufflammen gebracht hat. Jodipin hat noch niemals zu solchen Reizwirkungen geführt. Dennoch soll die Hysterosalpingographie nicht indikationslos angewandt werden. Als absolute Gegenindikation nennt Verfasser akute oder nachweisbare chronische Entzündungen der Tube.

Symptomlose und funktionelle Speiseröhrendivertikel. Kleine Speiseröhrendivertikel können lange Zeit symptomlos bestehen und werden gelegentlich einer Magendurchleuchtung mehr zufällig entdeckt. Nicht selten markiert sich ein Divertikel erst bei Verwendung einer dicken Bariumpaste, während es sich bei dem flüssigen Kontrastbrei nicht füllt oder nur als kleine Ausbuchtung der Randkontur sich darstellt. Läßt man die Paste schlucken, so treten nach 2—3 Minuten Kontraktionen der Speiseröhre ein, gleichzeitig mit diesen füllt sich das Divertikel. Es handelt sich in diesen Fällen um „funktionelle Divertikel", die im Stadium der Erschlaffung wieder verschwinden. Die Ursache derselben ist in Innervationsstörungen zu suchen, die eine lokale Relaxation zur Folge haben. Manche Beobachtungen sprechen dafür, daß es sich oft um eine reflektorische Fernwirkung bei Erkrankungen des Magendarmkanals oder auch der Speiseröhre selbst handelt. In der Mehrzahl der mitgeteilten Fälle konnte eine multiple Divertikelbildung festgestellt werden. Gleichzeitig wurde häufig Atonie des Oesophagus beobachtet, in einigen Fällen auch das Bild der idiopathischen Oesophagusdilatation. Aus den funktionellen Divertikeln können persistierende entstehen. Im klinischen Bild sind vier Stadien zu unterscheiden: Die symptomlose Periode, in der das Röntgenbild, abgesehen von dem Divertikelbefund, keine Abweichungen aufweist, das zweite Stadium, in dem das Divertikel noch immer klinisch latent ist, röntgenologisch sich aber schon weitere Symptome finden, wie Atonie des Oesophagus, Spasmen oder peristaltische Exzitation, drittens die Periode der beginnenden Schluckbeschwerden bei stärker ausgeprägter Atonie und schließlich das Endstadium, in dem die Dilatation im Vordergrund steht, die Schluckbeschwerden den höchsten Grad erreichen. Eine Retention im Divertikel wird dabei niemals beobachtet. Im Gegensatz hierzu steht bei großen Divertikeln die Retention im Vordergrund. Dazu kommen hier Regurgitation und eventuell Kompressionsstenose. Im übrigen ist eine strenge Unterscheidung zwischen funktionellem und anatomischem Divertikel undurchführbar.

Röntgenologische Beiträge zum Entleerungsmechanismus der Gallenblase. Die Entleerung der Gallenblase ist eine aktiv muskuläre Kontraktion. Hierfür spricht die initiale tonische Kontraktion der Gallenblase ohne Füllung der Gallengänge und die Rückstauung von Blasengalle in den Hepatikus bei der Entleerung. Die erste Phase der Entleerung ist meist eine Kontraktion der ringförmig wirkenden Muskeln, erst später werden die Verkürzungen in der Längsrichtung deutlich. Das Kollum erfährt im Beginn der Entleerung eine maximale Ausweitung und Aufrichtung. Zum Schluß wird das Kollum kleiner und undeutlich, Ductus cysticus und choledochus bleiben noch lange stark gefüllt. Die Gallenblase vermag sich bis auf wenige Kubikzentimeter zu entleeren. Bei nicht erweitertem Zystikus und Choledochus brauchen selbst kleine Konkremente auch bei völliger Entleerung der Gallenblase nicht in den Zystikus hineinzuwandern. Die Entleerung der Blasengalle braucht dabei in keiner Weise gestört zu sein. Eine peristaltische Bewegung während der Entleerung konnte nicht beobachtet werden. Zum röntgenologischen Studium der Motilitätsvorgänge an der Gallenblase empfiehlt sich entweder die perorale oder intraduodenale Oelmahlzeit (20 ccm körperwarm) oder die Boydensche perorale Eigelbmahlzeit (5 Eigelb in Milch oder Sahne). Die Pituitrinkontraktion ist angebracht, wenn es sich darum handelt, fremde Stoffe im Duodenum auszuschalten und den Reizsaft chemisch und zytologisch zu untersuchen. Kirschmann.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

91., Heft 3, Oktober 1927.

Beckenmessung mit Röntgenstrahlen. Für die geburtshilfliche Beckenmessung mit Röntgenstrahlen wird unter Benutzung der Buckyblende die Röntgenaufnahme mit plattenparalleler Beckeneingangsebene bei einem Fokalabstand von 70 cm empfohlen. Die praktische Ausführung der Methode wird geschildert. Der Wert der Methode liegt nicht nur in der Möglichkeit, die Conjugata vera in jeder Zeit der Schwangerschaft und auch unter der Geburt ohne innere Untersuchung zu bestimmen, sondern besonders darin, daß man mit ihrer Hilfe den Flächeninhalt des Beckeneingangsraums in Quadratzentimetern bestimmen kann. Zur Bestimmung des Flächeninhalts in Quadratzentimetern wird die „Auszählmethode" empfohlen. Geburtshilflich wird die Quadratzentimetezahl der Beckeneingangsfläche als ein wichtiges Maß für die Beurteilung der Geburt beim engen Becken hingestellt. Beim allgemein verengten Becken scheint die Grenze der Ueberwindbarkeit des Mißverhältnisses zwischen mütterlichem Becken und Kopf eines ausgetragenen Kindes bei einem Flächeninhalt von 70—80 qcm zu liegen, Zahlen die mit der empfohlenen Meßmethode noch durch größere Erfahrungen festzulegen und einzuengen sind.

Vergleichende Kreislaufuntersuchungen bei gesunden Schwangeren und Wöchnerinnen. Ueber die Größe des Herzminutenvolumens (d. i. der Quotient aus der in der Minute durch die Lunge aufgenommenen bzw. beim Stoffwechsel vom Körper benutzten Sauerstoffmenge und aus der von 1 Liter Blut verbrauchten Sauerstoffmenge) während der Schwangerschaft und im Wochenbett ist im Gegensatz zu anderen Erscheinungen der Kreislauftätigkeit nur sehr weniges bekannt. Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß das Herzminutenvolumen nach der Geburt im allgemeinen deutlich kleinere Werte aufweist als vor der Geburt, während der Sauerstoffverbrauch pro Liter Blut meist das entgegengesetzte Verhalten aufweist, d. h. daß im Wochenbett eine Erhöhung sich einstellt. Zu gleicher Zeit hat der Gesamt-O_2-Stoffwechsel einen Abfall zu verzeichnen. Die Herzarbeit wie das Herzminutenvolumen ist im allgemeinen im Wochenbett niedriger als vor der Geburt. Die Größenänderungen schwanken zwischen 11 und 81%. Das Pulsvolumen verändert sich sehr sehr häufig in gleicher Richtung wie das Herzminutenvolumen.

Schalleitung und Fruchtwasser. Verfasser widerlegt die Annahme, daß Fruchtwasser ein schlechter Schalleiter sei mit Hilfe einer von ihm beschriebenen Apparatur. Die Versuche ergaben, daß die Leitung durch Fruchtwasser ungefähr ebenso stark ist wie durch 0,6%ige Kochsalzlösung oder durch Muskulatur. Sie wird verschlechtert, wenn das leitende Medium nicht homogen ist (z. B. Fruchtwasser, Muskel, Fruchtwasser). Die kindlichen Herztöne sind also am besten zu hören, wenn der Körper des Kindes der Uteruswand dicht anliegt, schlecht, wenn Fruchtwasser dazwischen liegt, weil beim Uebergang von einem Medium zum andern Schallintensität verloren geht.

Ueber die Wiederbelebung scheintoter Neugeborener mit Hilfe des elektrischen Stromes. Vor etwa 145 Jahren wurde der Gedanke der Wiederbelebung scheintoter Kinder durch Elektrizität von Hufeland zuerst angeregt. Aber erst heute sind wir so weit, daß die Faradisation der Nervi phrenici mit Sicherheit die Wiederbelebung gestattet. Auf Grund der Versuche, die Verf. an Tieren und toten Kindern gemacht hat, empfiehlt er die faradische Reizung des Nerv. phrenicus als ein sicheres, wirksames und schonendes Verfahren, um bei schwer asphyktischen Kindern Atembewegungen herbeizuführen. Die Erzielung der Atembewegungen gelingt mit absoluter Regelmäßigkeit, auch bei Frühgeburten. Die faradische Reizung ist das einzige Mittel, mit dem gleichzeitig „die Atmung angeregt und künstlich ersetzt wird". Sie bewirkt Erregung der Zentren und gehörige Erweiterung des Brustkorbes. Alle gewaltsamen Einwirkungen auf das Neugeborene, dessen Gefäße sehr zerreißlich sind, sollen unterbleiben. Der Strom selbst ist für das Kind gefahrlos, er kann besser als jeder andere Reiz nach Dauer und Stärke abgestuft werden. Voraussetzung für den Erfolg sind: Vermeidung starker Abkühlung, Freimachen und Freihalten der Luftwege. — Seit Einführung dieser Methode ist an der Bonner Frauenklinik kein asphyktisches Kind mehr verloren worden. Ein Gerät zur Erzeugung faradischen Stromes besitzt jedes Krankenhaus, und für den Praktiker gibt es einfache, kleine, leicht transportable Apparate.

Zur künstlichen Geburtseinleitung bei Ueberreife der Frucht. Die Statistik Verf.s hat gezeigt, daß bei nicht übermäßig verlängerter Schwangerschaft zwar über normal große Kinder geboren wurden, daß diese Kinder aber in einer Reihe von Fällen nicht so groß waren, daß die Geburt nicht in der Folgezeit noch hätte spontan ohne Störung verlaufen können. Die Geburtseinleitung durch Metreuryse führte einige Male zu ernsten Komplikationen. Sie ist also und bleibt auch heute noch ein bedeutungsvoller Eingriff, dessen Indikation nicht ohne weiteres allgemein und wahllos deshalb gestellt werden soll, weil eine Schwangerschaft einmal einige Tage oder Wochen länger als 280 Tage post menstruationem dauert oder ein Kind in uteri zu groß scheint. Ein konservativer Standpunkt läßt sich nach wie vor durchaus vertreten, zumal in Kliniken, wo nötigenfalls noch die Schnittentbindung zur Verfügung steht. Aktives Vorgehen ist nur berechtigt, wenn bei weiterem Warten ein gefährliches Mißverhältnis zwischen Kind und Geburtskanal unmittelbar droht oder wenn andere Gründe hinzutreten. Die vom Verf. geübte Methode der Tierblasenmetreuryse nach Blasensprengung ist ein besonders zuverlässiges und verhältnismäßig gefahrloses Mittel zur Geburtseinleitung.

Zur Klinik des vorzeitigen Blasensprungs. Verf. hat aus einem Material von 3000 Geburten der Frauenklinik in Köln die Fälle herausgesucht, in denen die Blase länger als 30 Stunden vor der Geburt gesprungen war, unter Ausschluß also aller Fälle von vorzeitigem Blasensprung, die, auf Wehenmittel prompt reagierend, bald zur Geburt kamen, und unter Ausschluß aller Fehlgeburten, da bei ihnen der Verdacht einer artefiziellen Verletzung der Fruchtblase mit den dadurch bedingten besonderen Verhältnissen nicht stets auszuschließen ist. Gestorben sind 2 Frauen (unter 96 ausgeführten Fällen), eine an Infektion nach Schnittentbindung, eine ohne Fieber an Embolie kurz nach der Geburt. 4 Frauen fieberten, bei 6 traten leichte Störungen auf. Bis auf 11 konnten alle Kinder lebend zur Welt gebracht werden, 5 waren bei Einlieferung der Mutter in die Klinik schon intrauterin tot. Als sehr wesentlich zur Erreichung dieses günstigen Resultats ist wohl nicht zuletzt die Einschränkung der vaginalen Untersuchung, welche in letzter Zeit sowohl in der Klinik, als auch in der Tätigkeit des praktischen Arztes geübt wird, anzuführen. Grundsätzlich kann man den Schluß ziehen, daß man auch bei vorzeitigem Blasensprung von der sonst bewährten abwartenden Geburtsleistung nicht Abstand zu nehmen braucht und auf größere Eingriffe im allgemeinen verzichten kann. Um so wichtiger erscheint die Notwendigkeit exakter Diagnosenstellung, genauer Geburtsbeobachtung und weitestmöglicher Verzicht auf die vaginale Untersuchung. Von der Anwendung unschädlicher wehenanregender Mittel, evtl. in entsprechenden Zeitabständen zu wiederholten Malen, kann Gebrauch gemacht werden. — Im allgemeinen scheint es empfehlenswert, die Frauen mit vorzeitigem Blasensprung der klinischen Geburtsleitung zuzuführen (auch beim Fehlen besonderer Komplikationen), wenn nicht innerhalb 24 Stunden spontan oder auf Wehenmittel hin Wehen einsetzen, da die Infektionsgefahr bei diesen sich lange hinziehenden Geburten im Privathause doch größer ist als in einer geschlossenen geburtshilflichen Abteilung. Auch die Möglichkeit dauernder ärztlicher Beaufsichtigung ist zu fordern, damit stets zur richtigen Zeit die richtigen Entschlüsse gefaßt und zur Anwendung gebracht werden können. Nur dann wird man in der Lage sein, die für Mutter und Kind sonst in Erscheinung tretenden Gefahren einzuschränken.

Wiederholte schwere arterielle Blutungen im Spätwochenbett aus einer Scheidendammrißwunde. (Hervorgerufen durch peptonisierende Keime?) Bei einer 23jährigen Erstgebärenden kam es bei sonst glatter Geburt zu einem kleinen Scheidendammriß zweiten Grades der in Chloräthylnarkose mit Katgut genäht wurde, während in die Haut drei Klammern kamen. Aus einer erbsengroßen, nicht verheilten Stelle im Scheidengebiete kam es dann am 11. Wochenbettstage, am 14. Tage, am 17. und 31. Tage post partum zu Blutungen, die jedesmal durch Tamponade gestillt wurden. Zweimal waren es kleine Arterien, aus denen das Blut spritzte. — Da aus der Scheide ein Blutagar anaerob verflüssigendes Stäbchen gezüchtet wurde, wird die Wirkung peptonisierender Keime als die Ursache der Blutungen in Erwägung gezogen, eine Auffassung, zu der auch der zu Rate gezogene Prof. Seitz neigt. — Jedenfalls war es klar, daß die Blutungen nicht durch pathologische Veränderungen

des Blutes oder durch sonst irgendwelche endogene Vorgänge oder Dispositionen veranlaßt wurden, sondern daß irgendwelche Schädigungen von außen, Keime, es sein müßten, die kleine Arterien arrodierten und auf diese Weise die Blutung verursachten.

Rudolf Katz, Berlin.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 42.

Die operative Behandlung der habituellen Kniescheibenverrenkung. Vorzuziehen ist eine möglichst einfache Methode ohne Eröffnung des Kniegelenks, da bei eingreifenden Operationen doch recht häufig folgenschwere Gelenksinfektionen vorkommen. Entsprechend der vom Verf. für die Operation der Patellarfraktur angegebenen Fixierung der Fragmente mittels eines Fascia-lata-Streifens hat V. auch in 4 Fällen von habitueller Luxation einen zirkulär um die Patella gelegten und an der medialen Seite des Gelenks befestigten Faszienstreifen zur Fixierung der Kniescheibe benutzt. Genaue Angabe der Methode. — Sehr gute Resultate.

Ueber ein neues Verfahren der Knochennaht. Verf. bespricht die Nachteile verschiedener Knochennahtmethoden. Er selbst benutzt eine Metallschiene, die mit möglichst geringer Verletzung der Knochensubstanz die beiden Bruchteile bei Querfrakturen gut aneinander fixiert. Die Schienenplatten aus Kruppstahl werden in verschiedener Größe hergestellt. Sie tragen an den Enden Oesen, an denen der subperiortal geführte Draht fixiert wird. — Abbildungen.

Walter Grossmann, Berlin.

Nr. 43.

Austreibung von Nieren- und Harnleitersteinen. Kalk und Schöndohe haben zur Austreibung kleiner, nicht von Infektion begleiteter Nierensteine die Auslösung von Koliken mittels Hypophysin vorgeschlagen. Auch diagnostisch soll die Methode von Wert sein. Verf. und auch andere Autoren haben keine günstigen Ergebnisse mit dem Verfahren gehabt. Aus dem Auftreten der Kolik kann man nicht bindend auf Vorhandensein von Konkrementen schließen resp. umgekehrt. Auch die Organdiagnose wird nicht gestützt, da auch andere Organe mit glatter Muskulatur auf Hyperphysin mit Koliken reagieren können. Bei Austreibungsversuchen besteht die Gefahr, daß zu große Steine in den Ureter hineingetrieben werden. Durch eine Einklemmung kann dann die Niere gefährdet werden, und die operative Entfernung ist viel schwerer als die eines Nierensteins. Bei Harnleitersteinen kann der Zustand nicht verschlechtert werden. B. gelangen zwei Austreibungen in 9 Fällen, drei weitere Steine gingen dann auf Atropin, zwei durch endovesikale Maßnahmen ab. Daß Uretersteine definitiv im Harnleiter stecken bleiben, ist relativ selten. Verf. sah 70% auf Trink- und Atropinbehandlung abgehen, weitere 20% durch zystoskopische Methoden. Das spontane Eintreten des Steins in den Ureter beweist eine entsprechende Größe, die Kolik das Vorhandensein starker austreibender Kräfte. Hindernisse in solchen Fällen sind Stenosen und Spasmen. Stenosen sollen dilatiert werden. Verf. schildert einen Fall von tiefsitzendem Ureterstein, bei dem eine Stenose vermutet wurde. Hyperphysin löste keine Kolik aus. Operativ fand sich nachher keine Verengerung. Wie meist war auch hier ein Spasmus das Hindernis gewesen. Deshalb ist gewöhnlich Atropin ratsamer als Hypophysin. Dies kommt nur für ganz ausgesuchte Fälle in Betracht.

Unterbindung der Vena cava. Die Unmöglichkeit, die Vena cava zu schonen ist kein Operationshindernis. Es wird eingehend der Fall eines gutartigen, aber unverschieblich eingemauerten Nierengewächses geschildert, bei dem die Operation zur Verletzung der V. cava führte, die im weiteren Verlauf unterbunden werden mußte. Keine postoperative Störung. — Literaturübersicht. — Schilderung der anatomischen Verhältnisse. — Tierexperimente haben ergeben, daß die Unterbindung peripher von der Einmündung wenigstens einer Nierenvene zulässig ist. Unterbindungen weiter zentral führen zum Tode.

Nr. 44.

Ueber ein neues Lokalanästhetikum. S. F. 147 der Firma Sandoz ist ein N-Diäthylleucinolester der p-Aminobenzoesäure, gehört also der Novocainreihe an. Das Mittel ist giftiger als Novocain, zeichnet sich aber durch seine beträchtliche Wirkungsdauer aus.

Zur Frage der latenten Tetanie nach Kropfoperationen. Es fand sich, abgesehen von einem Fall mit manifester Tetanie, bei 42 untersuchten Fällen von Kropfoperierten nur einmal erhöhte elektrische Erregbarkeit und Verminderung des Blutkalkspiegels, bei sämtlichen übrigen 40 Fällen war kein Zeichen einer latenten Tetanie nachzuweisen.

Zur Therapie des Blasendivertikels. Verf. erhebt an Hand eines erfolgreich transvesikal operierten Falles Bedenken gegen die — meist geübte — prinzipielle, primäre Extraperitonealisierung der Blase bei jeder Divertikeloperation. Die Ablösung vom Bauchfell ist ja unschwer ausführbar. Aber es können wichtige Verbindungen der Blaseninnervation beschädigt werden, ferner kann es zur Infektion des hinter und auf der Blase entstehenden Raumes kommen. Im vorliegenden schwer infizierten Fall war die Divertikelwand in der Tiefe recht dünn, hätte also leicht einreißen können. Wäre eine sekundäre Extraperitonealisierung nötig geworden, so wäre dies geschehen, nachdem Blase und Divertikel vom Eiter bereits gereinigt waren. Es soll der ganze Lack, nicht nur die Schleimhaut entfernt werden, und zwar ohne Einstülpung, sondern, wie Verf. in seinem Fall schildert, von der Divertikelmündung aus vorgehend.

Kaltleimtechnik. Kaltleim, der in Pulverform hergestellt wird, eignet sich zur Anfertigung von Hülsen, Schienen, Korsetts usw. Angabe der Technik. — Die Hülsen sind leicht, fest, elastisch und werden von Wasser nicht angegriffen.

Nr. 45.

Die Bedeutung der örtlichen Blutumspritzung nach Läwen zur Behandlung pyogener Prozesse, insbesondere von Schweißdrüsenabszessen. Es handelt sich bei der Blutumspritzung nicht um eine rein mechanische Wirkung. Das Hämatom sowie der bei der Injektion unter Druck im Gewebe freiwerdende Gewebssaft wirken leukotaktisch, das Blut selbst hat bakterizide und antiseptische Eigenschaften. Die stets hinzugefügte Spaltung erzeugt einen Sekretstrom von den unter hohem Gewebsdruck stehenden injizierten Partien zum Zentrum hin. Die Wirkung hält 4 bis 5 Tage an. Außer den örtlichen Wirkungen kommen noch allgemeine Reizkörperwirkungen in Betracht. Die handgreiflichsten Erfolge sieht man bei den fortschreitenden Gesichtsfurunkeln. Auch bei Schweißdrüsenabszessen sah W. nach dem Vorgange von Axhausen rasche Heilungen. — Wegen der Schmerzhaftigkeit ist bei der Umspritzung eine kurze Narkose zu empfehlen. Bei Schweißdrüsenabszessen ist eine vollkommene Um- und Unterspritzung mit 100 bis 200 ccm Blut notwendig. Danach erst soll inzidiert werden. Sehr bald verschwinden die Schmerzen, die Abszeßhöhlen reinigen sich rasch, in den mitgeteilten Fällen waren nach 14 Tagen alle Erscheinungen abgeklungen.

Die operative Behandlung des Pruritus. Die ziemlich zuverlässige Röntgentherapie hat keine Dauererfolge. Verf. behandelte einen Fall von symptomatischem (Ekzem am Damm) und einen Fall von essentiellem Pruritus ani mit gutem Erfolg operativ. Die Aetiologie des Leidens ist noch ungeklärt, V. nimmt eine

Disposition des Nervensystems an. Besprechung der konservativen Therapeutika, die zunächst sämtlich versucht werden sollen. Die operative Therapie des — essentiellen — Pruritus besteht in Unterbrechung sensibler und evtl. sympathischer Bahnen. Beschreibung verschiedener Methoden aus der Literatur.

Verhalten der Extremitäten nach hoher Unterbindung der Gefäßstämme. Man kann die Arteria femoralis unterhalb des Abgangs der Profunda fem. ohne Gefahr unterbinden. An der oberen Extremität mußte Verf. bei der Operation eines Aneurysma der Axillaris diese ligieren. Es bildete sich rasch ein guter Kollateralkreislauf. Keine Ernährungsstörungen.

Nr. 46.

Weiterer Ausbau der Drahtextension. K. gibt verschiedene Verbesserungen und neue Anwendungsmöglichkeiten der Methode an: Abbildung der Schwebelagerung für Extension des Beins, Extension an der Mittelhand mit vertikaler Aufhängung des Arms, Extension am Radiushals nach Operation älterer Radiusluxationen, Kompressionsextensionen. Beschreibung eines Falles von Tibiakopfbruch, bei dem die Fragmente durch dauernden seitlichen Zug der Drahtumschlingungen zusammengepreßt wurden.

Ein Instrument zur Erleichterung der Kutisplastik. Beschreibung einer Epidemisfräse zur leichten und vollständigen Entfernung der Epidermis.

Walter Grossmann, Berlin.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

77., Heft 3—4. Oktober 1927.

Ist die Vornahme der WaR. in der Milch der Wöchnerinnen der WaR. besonders im Retroplazentarblut überlegen? Frühere Untersucher stellten fest, daß einer positiven WaR. im Serum immer einer solchen in der Milch entspricht, und daß auch bei Lues latens trotz negativer WaR. im Serum positive WaR. in der Milch bestehen bleibt. Verf. untersuchten 225 Fälle, und zwar das Retroplazentarblut und die abgedrückte Milch, ohne jegliche Diagnose einzusenden. Von diesen Fällen waren 18 latent luetisch, bei 15 Fällen wurde durch den positiven Ausfall der Milchreaktion die Krankheit erkannt. Durch den Ausfall der Retroplazentarblutreaktion wurden 16 Fälle klargestellt. Unspezifischer Ausfall fand sich achtmal in der Milch, sechsmal im Blut. Bei den 225 Fällen fanden sich 95,5% gleiche Resultate in Milch und Blut. Eine Ueberlegenheit der Milchreaktion fand sich nur in einem Falle. Verf. kommen zu folgendem Ergebnis: Die WaR. der Milch leistet nicht mehr als die im Blut, sie ist jedoch gleichwertig und kann, wenn das retroplazentare Blut nicht untersucht wird oder die Blutentnahme auf Schwierigkeiten stößt, ausgezeichnetes leisten, um latent luetische Fälle aufzudecken.

Zur Behandlung der Mastdarm-Scheidenfistel. Die Behandlung einer Fistel setzt sich aus drei Akten zusammen, zunächst wird die Fistel freigelegt, dann angefrischt und schließlich genäht. Mitunter muß ein gutes Gewebspolster zwischen die Nahtstellen gelegt werden. Wichtig ist, alles Narbengewebe herauszuschneiden und die Organe so zu mobilisieren, daß die Naht ohne Spannung und möglichst in doppelter Schicht erfolgen kann. Meist wird der Versuch gemacht, zwischen die Naht gut ernährtes Gewebe zwischenzulagern. Clairmont machte als Erster den Versuch, vom Oberschenkel einen Lappen einzulagern und hatte hierbei sehr gute Erfolge. Verf. behandelte einen Fall von Scheiden-Mastdarmfistel mit dieser Methode, in der er trotz Infektion einen guten Enderfolg erzielte, ohne daß eine Nekrose auftrat. Besonders bei Fisteln, die durch eitrige Prozesse entstanden sind, ist diese Methode zu empfehlen, da von dem Lappen sehr gute Granulationsbildung ausgeht.

Schwangerschaftsblutung und fötaler Herzfehler. Verf. beobachtete einen Fall, in dem nach störungslosem Verlauf der Schwangerschaft im achten Monat eine Blutung auftrat, ohne daß Zeichen für eine Plazenta prävia vorlagen. Die Entbindung wurde mittels Sektion vorgenommen, und das Kind starb 4 Stunden nach der Geburt. Die Sektion ergab eine fötale Herzmißbildung. Es erheben sich drei Fragen: 1. welches ist die Ursache der Blutung, 2. woher kam die Blutung, 3. besteht ein Zusammenhang zwischen Blutung und Mißbildung? Es bestand in diesem Falle als prädisponierendes Moment eine Doppelbildung und ein Trauma, beruhend in einer Eisenbahnfahrt am Tage vor der Blutung, so daß Verf. eine teilweise Lösung der Plazenta an einer höheren Stelle annimmt. Es läßt sich ferner vorstellen, daß bei einem schlechten fötalen Kreislauf mehr Abbaustoffe in die mütterliche Blutbahn gelangen, als bei einem gesunden Fötus. Hierdurch kann es zu einer Toxikose kommen, die die Disposition zu einer vorzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung schafft.

Die Extrauteringravidität nach dem Material der gynäkologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Rostow am Don. In den letzten Jahren ist allgemein festgestellt worden, daß die Extrauteringravidität immer häufiger auftritt. Verf. stellte fest, daß in den letzten drei Jahren die Zahl der Fälle fast um das Dreifache gewachsen ist, und zwar vom Jahre 1924 an. Mit Ausnahme einer unbedeutenden Zahl, bei der es sich um angeborenen, unregelmäßigen Bau der Tube handelte, war in fast allen Fällen als Ursache ein Entzündungsprozeß zu suchen. Daß die Diagnose heute häufiger auftritt, jedoch wird sie auch mehr als früher richtig erkannt, zumal man das Augenmerk eher auf dieses Leiden richtet. Auf Grund seiner Erfahrungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß infolge der entzündlichen Aetiologie der Bauchhöhlenschwangerschaft der Operateur auch die nicht schwangere Tube genau besichtigen, und sie erforderlichenfalls entfernen muß, Ferner legt er großen Wert auf die Punktion des hinteren Scheidengewölbes, das er für ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel hält. Im Falle eines positiven Ergebnisses muß sofort, spätestens am nächsten Tage operiert werden.

Ist die Terpentinanwendung in der Gynäkologie von therapeutischem Wert? Auf Grund von 270 Fällen mit akuter oder chronischer Entzündung der Uterusadnexe konnte nicht festgestellt werden, daß die Beschwerden rascher aufhörten, oder die Veränderungen schneller zurückgingen als bei der alten resorbierenden Behandlung. Da die Terpentinbehandlung außerdem mit Schmerzhaftigkeit verbunden ist, wird sie vom Verf. abgelehnt.

Zahnärztliche Rundschau.

Nr. 45, 6. November 1927.

L. Gordon, Berlin.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift.

Nr. 22, 4. November 1927.

Falsche Lebensweise und mangelhafte Mundpflege als letzte Ursache für die Paradentosen (Alveolaratrophie und Alveolarpyorrhoe), ihre Verhütung und Bekämpfung. Die Ergebnisse der Forschungen Röses und Ragnar Bergs lassen es als zweifellos er-

scheinen, daß der Mangel an Mineralsalzen, und zwar an basischen Salzen oder anders ausgedrückt: die auf dem Mangel an Basen beruhende Uebersäuerung des Körpers durch die moderne Kulturnahrung unter den Ursachen für die Atrophia alveolaris präcox eine wichtige, wenn nicht überhaupt die wichtigste Rolle spielt. Der Eiweißbedarf des Körpers ist umso größer, je ärmer an Mineralsalzen die Nahrung ist. Die Ausnutzung der Eiweißstoffe ist am vollkommensten, der Eiweißbedarf also am geringsten, wenn im Organismus genügend organische Basen vorhanden sind. Die Bildung von Harnsäure kann durch Basenzufuhr bei gleichbleibender säurereicher Fleischkost ganz erheblich vermindert werden. Das Lösungsvermögen des Harns für Harnsäure steigt und fällt mit dem Gehalt an Basen. Alle Stoffwechselversuche Röses beweisen, daß der Mensch mit unglaublich wenig Eiweiß auskommen kann, wenn die Nahrung basenreich ist. Er erzielte bei sich selbst bei Milchnahrung mit 20,52 g Eiweiß das tiefste Minimum im Stickstoffgleichgewicht, gegenüber der Voitschen Forderung von 118 g und der Rubnerschen von 100 g. Die Basen, namentlich der so wichtige Kalk, kann nur über die Nahrungsmittel dem Körper zugeführt werden. Alle aus der Apotheke bezogenen anorganischen Kalksalze wirken mehr oder minder schädlich. Außer in den Nahrungsmitteln ist der Kalk in dem Körper zuträglichen Verbindungen in den Heilquellen und Trinkwässern enthalten als doppelkohlensaurer und schwefelsaurer Kalk. Am reichsten an den schädlichen Mineralsäuren sind Fleisch und Eier. Eine dauernd gesunde menschliche Nahrung muß soviel anorganische Basen enthalten, daß die gleichzeitig eingeführten anorganischen Säuren mehr als abgesättigt werden können. Beim Kochen oder Abbrühen der Nahrungsmittel gehen die Mineralsalze in die Brühe, und zwar werden die Basen noch stärker ausgelaugt als die Säuren. Salkowski hat den Nachweis geführt, daß auch im Körper selbst gebildete Säuren in ihrer Ausscheidung an fixe Alkalien gebunden sind und dadurch dem Organismus unentbehrliche Mineralbestandteile entziehen. Die Nahrung des modernen Kulturmenschen führt zu einer völligen Uebersäuerung des Organismus. Eine unausbleibliche Folge davon muß eine konstitutionelle Schädigung sein. In der starken Uebersäuerung des Körpers dürfte der konstitutionelle Faktor in dem Krankheitsbild der Paradentosen gefunden sein. Bei einem fortgesetzten Mangel an Basen und ihrem völligen Verbrauch zur Neutralisierung der trotzdem noch im Ueberschuß vorhandenen Säuren reicht es nicht zum Ersatz des abgebauten Knochens; es ist sogar durchaus möglich, daß der Abbau des Alveolarknochens zur Neutralisierung des Säureüberschusses im Blut als Selbsthilfe erfolgt. Die Weiterentwicklung der Alveolaratrophie zur Alveolarpyorrhoe ist dann meist die Folge mangelhafter Zahnpflege. Die Zähne müssen abends und morgens mit einer breiten, vierreihigen, harten, der Kieferform entsprechend geschweiften Bürste mit Zahnpulver energisch aber nicht zu lange, nur in querer Richtung bearbeitet werden. Das senkrechte Bürsten führt nur zu Schädigungen des Zahnfleischsaumes. Nach allen Mahlzeiten muß sofort ein Gänsekielzahnstocher oder ein gewachster Seidenfaden benutzt und der Mund mit 2—3 Schluck Wasser unter kräftigen Rauschbewegungen nachgespült werden. Zu den bisherigen therapeutischen Maßnahmen im Kampfe gegen die Paradentosen muß nach Erkenntnis der Säurebasis als konstitutionelle, als Stoffwechselursache für diese Erkrankungen die Verordnung einer basenreichen Diät auf Kosten säurereicher, also Bevorzugung der Kartoffel, Gemüse, Milch, Obstkost unter Einschränkung der Eiweißkost und Empfehlung von Trinkkuren mit alkalischen Wässern (Karlssprudel, Salzbrunner Kronenquelle, Wildunger Helenenquelle, Karlsbader Mühlbrunnen usw.) hinzutreten.

L. Gordon, Berlin.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 41, 8. Oktober 1927.

Nr. 42, 15. Oktober 1927.

Zum Studium der Magensaftsekretion durch Histaminprobe. Es ist bereits bekannt, daß das Histamin auf die Magensekretion, ganz besonders auf die Sekretion der freien Salzsäure eine außerordentliche Wirkung ausübt. Im normalen Zustand setzt die Sekretion gewöhnlich 10 Min. nach der Histamin-Injektion ein, erreicht ihren Höhepunkt 30 bis 40 Min. später und bleibt etwa 1½ Std. lang auf dieser Höhe. Der Magensaft, der unter dem Einfluß von Histamin abgesondert wird, ist sehr viel reicher an freier HCl als der nach Probefrühstück. Unter pathologischen Verhältnissen ist die Sekretion bald beschleunigt, bald verlangsamt, d. h. bei Hyperchlorhydrie beginnt sie schon 4 Min. nach der Injektion und bei der Hypochlorhydrie erst nach 20 bis 30 Minuten. Der Gehalt an freier HCl beträgt beim Normalen 2 bis 2,5‰, beim Ulkus 4‰ und darüber, bei der Hypochlorhydrie um 1,5‰ herum, beim Neoplasma null. Daß die Histaminprobe exakter über die Sekretionsfähigkeit der Magenschleimhaut unterrichtet als die Ewaldsche Mahlzeit, ist an einer größeren Anzahl von Fällen bereits festgestellt. Doch müssen die Feststellungen noch ergänzt und vielleicht korrigiert werden, ehe man sie zu allgemeinem praktischen Gebrauch empfiehlt.

Nr. 43, 22. Oktober 1927.

Zur Frage der prophylaktischen Tonisierung des Herzens. Eine Vorbereitung mit einem Vollpräparat der Digitalis vermag das Herz zu tonisieren. Das Herz ist besser imstande, einer Noxe standzuhalten. Ein Vollpräparat der Digitalis wirkt in dieser Hinsicht besser als ein digitoxinfreies. Ein Teil der Digitalismenge kann durch Koffein ersetzt werden; Koffein allein aber ist schwach wirksam.

Untersuchungen über spezifische Cutireaktionen allergisierender Infektionen und ihre Beziehungen zur Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen. Die Senkungsgeschwindigkeit, geprüft an 100 verschiedenen Kranken während der allergischen Phase, die sich durch eine Intradermoreaktion auf Tuberkulin bzw. Trichophytin manifestierte, ergab stets einen Wert, der unabhängig von dem Grad von Allergie war. Eine Beziehung zwischen der Intensität der Cutireaktion und der Senkungsgeschwindigkeit war nicht zu finden, gleichviel auf welche Weise das Antigen in den Organismus eingeführt wurde. Eine primäre allergische Reaktion erzeugt eine lokale Sensibilisierung, davon legen weitere Reaktionen in codem loco Zeugnis ab. Diese Reaktionen, homeotope genannt, sind proergisch, d. h. beschleunigt im Vergleich zu den heterotopen Reaktionen, primären Kontrollreaktionen an nicht präparierten Hautstellen. Homeotope Reaktionen überragen meist an Intensität die heterotopen: sie sind also hyperergisch. Immerhin ist diese Hyperergie konstant nur in den ersten 24 Stunden nach der Injektion. Darüber hinaus kann die heterotope Reaktion nicht nur einholen, sondern an Intensität überflügeln.

Held.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

2. Hälfte, Nr. 13, 1927.

Die Aktivitätsdiagnose der internen Tuberkulose bei Kindern, gestützt durch zwei Blutuntersuchungsmethoden. Das Ziel der Untersuchung war, den Wert der Senkungsreaktion und der Kernverschiebung der neutrophilen Leukozyten mit einer großen Reihe von Fällen, deren Verhalten aus der gewöhnlichen klinischen Beobachtung mit größter Wahrscheinlichkeit feststand, zu vergleichen. Bei 206 klinisch deutlichen Fällen, bei denen sowohl am Beginn als am Ende der Kur Blutuntersuchungen gemacht wurden, hat diese Untersuchung nur zweimal im Stich gelassen, und zwar betraf dies Kranke, die als leicht aktiv betrachtet werden mußten, und die dennoch weder eine beschleunigte Senkungsgeschwindigkeit noch eine Kernverschiebung der Neutrophilen anzeigten. Die Autoren vertrauen dieser Methode, die Uebereinstimmung von Senkungsgeschwindigkeit und Kernverschiebung hat die meiste Bedeutung. Sie ist die Regel bei klinisch aktiven Fällen. Kernverschiebung sieht man bei tuberkulinpositiven Fällen öfter als pathologische Senkungsgeschwindigkeit; möglicherweise ist erstgenannte von der tuberkulösen Infektion abhängig und beweist, daß diese noch besteht, während die beschleunigte Senkung erst dann entsteht, wenn der Zellabbau eine bestimmte Grenze überschritten hat. Beim Zurückgehen der klinischen Erscheinungen sieht man Kernverschiebung und Senkungsreaktion normal werden.

Der Wert der Senkungsreaktion springt also als Aktivitätserscheinung direkt in die Augen, obwohl das Unspezifische dieser Erscheinung noch durch die Tatsache bestätigt wird, daß in der tuberkulinnegativen Gruppe ein etwa zweimal so hoher Prozentsatz beschleunigte Reaktionen vorkam, als in den ruhigen tuberkulinpositiven Fällen. Da eine erhebliche Anzahl von Kindern aus der zweiten Gruppe aber schon eine Kernverschiebung zeigte, die nicht anders als durch eine durchgemachte spezifische Infektion erklärt werden kann, wird im allgemeinen Aktivität nachgewiesen werden können, wenn Senkungsreaktion und Kernverschiebung bestehen. In 6,8% ließ aber die Kernverschiebung bei aktiven Prozessen im Stich, ein Grund, um auf der Hut zu sein, wenn man einen aktiven Prozeß vermutet, und diese Erscheinung doch fehlt.

Hat man es mit einem Kinde zu tun, das auf Tuberkulin reagiert und in der Hilusgegend oder den Lungen Veränderungen zeigt, die auf Tuberkulose hinweisen, dann würden 1. ganz normale Blutwerte auch bei Anwesenheit von etwas unruhigen Temperaturen stark gegen Aktivität sprechen, 2. kann eine deutliche Kernverschiebung ohne beschleunigte Senkungsgeschwindigkeit die Tuberkulose bestätigen oder für Labilität des Prozesses sprechen, 3. kann eine erhöhte Senkungsgeschwindigkeit und ein normales neutrophiles Blutbild, was bei Ausschluß von Komplikationen wenig vorkommt, eine Anweisung zu vorsichtiger Beurteilung sein: die Möglichkeit, daß die Kernverschiebung im Stich läßt, besteht, 4. kann man bei pathologisch veränderten Blutwerten der Aktivität des Prozesses sicher sein, selbst wenn die Temperatur normal ist. In Fällen, bei denen schon bei erster Untersuchung die Diagnose deutlich ist, kann die Bestätigung der Ansicht der Autoren durch die beiden Untersuchungsmethoden nur willkommen sein. Ist ein Urteil aber erst nach längerer klinischer Beobachtung möglich, dann gewinnen die Blutuntersuchungsresultate sehr an Bedeutung. Vielleicht könnte diese Arbeitsmethode in Konsultationsbüros für Kindertuberkulose wertvolle Dienste leisten.

Schließlich: ist die Blutuntersuchung auch ein vorzügliches Mittel, die Besserung resp. Verschlechterung von Prozessen objektiv zu beurteilen, so kann man auch die Richtigkeit der Behandlung kontrollieren. Die Reaktionen sind in dieser Hinsicht empfindlicher als die Temperatur. Selbstverständlich ist es von größter Wichtigkeit, das Los der Kinder auch nach der Entlassung aus dem Sanatorium zu verfolgen. Dies wird von den Autoren systematisch getan.

Nr. 14.

Niederländische Gesellschaft zur Beförderung der Heilkunst. Behandlung mit Franks Synthalin, war das Thema, über das sich drei Autoritäten der Stoffwechselkrankheiten aussprachen. Nachdem Snapper die Gedankengänge Franks, die ihn zum Synthalin geführt haben, auseinandergesetzt hatte, kam er auf die Wirkung des Präparats selbst zu sprechen. Diese tritt etwas später ein als die Insulinwirkung, hält dafür aber erheblich länger an. Das glänzende Resultat des Synthalins ist, daß es per os genommen wirksam ist. Beim Menschen schien man an gewisse Mengen als Maxima gebunden zu sein, in dieser Menge war auch der Einfluß auf die Azidose günstig. Snapper hat sogar ziemlich große Dosen gegeben. Stets sank der Blutzucker, und Glykosurie und Azetonurie besserten sich. Graphische Darstellung illustriert seine Resultate. Er erwartet von dem genial ausgedachten Mittel Großes. Auch Polak Daniels und Hijmans von den Bergh schließen sich dem Redner an. Zu abschließenden Urteilen werden sie erst später kommen.

Kurt Heymann, Berlin.

Bruxelles Médical.

Nr. 52, 23. Oktober 1927.

Die Rolle der Haut in Pathologie und Therapie. Die Haut ist nicht nur ein Schutz- und Abgrenzungsorgan; sie läßt bestimmte infektiöse Keime durch oder reagiert allergisch auf spezifische Reize oder aber ist ein wichtiger Faktor beim Zustandekommen der Immunität. Die Haut ist ein Organ, an dem sich Immunitätsreaktionen abspielen, deren Bedeutung wir noch kaum kennen, viel weniger noch ihren Mechanismus. Der Haut einen Impfstoff einverleiben, heißt ein Phänomen allgemeiner Ordnung provozieren, dessen von der Vakzine geschaffener spezifischer Tropismus seine Wirkung auf den Organismus erstreckt, der von den angeschuldigten Mikroben infiziert wurde. Die Haut stellt ein erstaunliches Medium dar, dem Körper präventive oder kurative Vakzinen zuzuführen, sie ist das am besten ausgerüstete Organ im Abwehrkampf gegen Schädigungen der Außenwelt.

Die antituberkulöse Impfung des Säuglings. Die Vakzine des Bazillus Calmette-Guérin, bestehend aus einer Emulsion lebender, jedoch avirulenter boviner Tuberkelbazillen, wird oral verabreicht in Dosen von 3 × je 1 cg, in 24stündigen Zwischenräumen, in den ersten zehn Lebenstagen, wo man damit rechnen kann, daß das Individuum tatsächlich noch frei von jeder Ansteckung ist. In Anbetracht ihrer Unschädlichkeit, Einfachheit und Wirksamkeit hat sich diese Methode rasch die Gunst der Aerzteschaft erworben. Anzuwenden ist sie vorwiegend bei Kindern, die von tuberkulösen Eltern abstammen oder in einem infektiösen Milieu leben. Zur Vervollständigung der Prophylaxe ist es erforderlich, daß die so geimpften Kinder in regelmäßigen Abständen ärztlich untersucht werden und daß die hierbei erhobenen Befunde aktenmäßig niedergelegt werden, damit objektiv und einwandfrei der Dauererfolg der Impfung beurteilt werden kann. Die Veröffentlichung guter wie schlechter Resultate kann nur zur Stabilisierung einer Methode beitragen, die sonst leicht tendentiösen und vorurteilsvollen Anfeindungen ausgesetzt ist. Im übrigen ist es Pflicht des Arztes, die Verabreichung der genannten Dosis persönlich zu überwachen oder sie durch eine zuverlässige Krankenschwester vornehmen zu lassen.

Held.

British Medical Journal.

Nr. 3482, 1. Oktober.

Pathologie der akuten Pneumonie in der frühen Kindheit: Die Unterscheidung zwischen lobärer Pneumonie und Bronchopneumonie macht pathologisch-anatomisch kaum Schwierigkeiten, wenn auch atypische Fälle vorkommen. Die Bezeichnung „lobäre Pneumonie“ bleibt den Fällen vorbehalten, in denen ein umschriebener Teil des Lungengewebes — gleichgültig ob er größer oder kleiner als ein Lappen ist — vollständig und gleichmäßig infiltriert erscheint. Außer diesem Hauptherd finden sich keine Entzündungsherde und eine Bronchitis ist nur in geringem Grade vorhanden. Mikroskopisch charakteristisch ist das Beschränktbleiben der entzündlichen Veränderungen auf die Alveolen. Das bindegewebige Gerüstwerk der Lunge und die Lymphgefäße bleiben von den Entzündungsprozessen verschont. Mit der Heilung verschwinden die Exsudatzellen und die entzündliche Flüssigkeit aus den Alveolen, ohne daß Organisationsvorgänge sich abspielen, die zu dauernden Veränderungen der Gewebsstruktur und zur Beeinträchtigung der Funktion führen könnten. Bei der Bronchopneumonie hingegen liegen die Entzündungsherde um Bronchien herum verstreut, wobei durch Zusammenfließen vieler Herde ein ganzer Lungenlappen infiltriert erscheinen kann. Die Schnittfläche ist nie so gleichmäßig wie bei der Pneumonie, da stets Atelektase zusammen mit der Infiltration die Luftleere ausgedehnter Bezirke bedingt. Die Bronchitis ist immer sehr ausgesprochen, und abseits von dem konfluierten Herden zeigen sich kleinere infiltrierte Gebiete in das Lungengewebe eingestreut. Der Charakter des Exsudats reicht nicht zur Unterscheidung beider Arten von Lungenentzündung aus, wenn auch bei der lobären Pneumonie das Exsudat fibrinreicher ist und bei der Bronchopneumonie die Zellen in den Vordergrund treten. Wesentlich für die Broncho-

pneumonie ist das Auftreten der entzündlichen Infiltration innerhalb der Wände der Bronchien und der Alveolen. Von der Bronchienwand aus greift die Entzündung auf die peribronchialen Lymphgefäße über, so daß eine akute interstitielle Entzündung entsteht. Häufig ist die Infiltration der Bronchuswand erkennbar, ehe eine Ausfüllung des Bronchiallumens durch Exsudatzellen zu sehen ist; ein Beweis dafür, daß die Infektion die Alveolen entlang den Bronchien und den alveolären Septen erreicht und nicht innerhalb des Lumens fortschreitet. Die hochgradige Beteiligung des Zwischengewebes charakterisiert die Bronchopneumonie, die deshalb richtiger als interstitielle Pneumonie zu benennen wäre. Bisher wurden als interstitielle Pneumonien (Grippe) solche Fälle bezeichnet, in denen gegenüber den Veränderungen im Zwischengewebe die Exsudation in die Alveolen zurücktrat, in denen nur graduelle Verschiedenheit obwalteten. Bei dem Befallensein des bindegewebigen Lungengerüstes spielt die Lymphangitis eine bedeutende Rolle. Die Lymphgefäße sind bisweilen so mit Entzündungszellen vollgestopft, daß enorme Gefäßerweiterungen sich steigern. Von den peribronchialen Lymphkapillaren aus dehnt sich die Entzündung längs der Septen und Gefäße allmählich über die ganze Lunge aus. Sicherlich begünstigt diese rasch fortschreitende Lymphangitis das Ergriffenwerden immer neuer Lungenteile, das der Bronchopneumonie im Gegensatz zur lobären Pneumonie zu eigen ist. Die Bronchopneumonie entsteht so letzten Endes durch das Unvermögen des lymphatischen Systems, den eindringenden Erregern wirksam zu begegnen. Die Beteiligung der Lymphgefäße ist fernerhin für die ernstlichen Komplikationen und dauernden Schädigungen verantwortlich zu machen, die bei der Bronchopneumonie sich zeigen. Als direkte Folge der eitrigen Lymphangitis im peribronchialen Gewebe entstehen eitrige Einschmelzungsherde im Lungengewebe, oft vergesellschaftet mit dem Pleuraempyem (Begünstigung der Infektion durch Behinderung des Lymphabflusses infolge des Ergusses?). Die eitrige Lymphangitis kann sich streifenartig über die ganze Lunge hin ausdehnen. Die perivaskuläre Lymphangitis kann zu einer septischen Gefäßthrombose den Anlaß geben, die sich in einer Gewebsnekrose mit nachfolgender Gangrän auswirkt. Die Entstehung von Bronchiektasen im Anschluß an Bronchopneumonien wird durch eine Schwächung der Bronchialwand durch chronische Entzündung sowie Zug nach außen infolge von Schrumpfungsvorgängen im Lungengewebe zu erklären versucht. Untersuchungen von größeren in Paraffin eingebetteten Organübersichtsschnitten lassen erkennen, daß schon im akuten Stadium der Bronchopneumonie die Bronchialwand durch Infiltration und peribronchiale Lymphangitis in einem Teil oder im ganzen Bereich des Umfanges zerstört wird, so daß durch Konfluenz mit den anliegenden Alveolen ein kleiner Hohlraum entsteht, in dessen Bereich keine Spur mehr von Muskelgewebe, elastischen Fasern oder Knorpel zu finden ist. Späterhin setzen Heilungsvorgänge ein, bei denen die Wand von jungem Bindegewebe gebildet wird und niedriges kubisches Epithel die Innenfläche allmählich überwuchert. Wenn während des akuten Stadiums eine größere Menge von Gewebe vernichtet wurde, so umschließt der neugebildete fibröse Bronchus einen größeren Hohlraum, d. h. eine Bronchiektase ist entstanden. Naturgemäß fehlt diesem Ersatzbronchus die Widerstandskraft des ursprünglich vorhandenen, da er keine elastischen Fasern und keine Muskulatur in seiner Wand enthält. Somit kommt es infolge funktioneller Beanspruchung zu einer immer mehr fortschreitenden Erweiterung. Die akuten entzündlichen Vorgänge bei der Bronchopneumonie begünstigen fernerhin die Entstehung der Lungenschrumpfung. Die Gewebszerstörung zieht Bildung von Narbengewebe nach sich, die zum Verschluß vieler der kleineren Bronchien zur Verödung ausgedehnter Lungenteile mit nachheriger Schrumpfung führt. So liegt der zur Schrumpfung führenden chronischen Pneumonie ein akuter Erkrankungsprozeß zugrunde, der mit der Zerstörung der Wand der kleinen Bronchien beginnt, während die Bronchiektase auf die Vernichtung größerer Bronchien zu beziehen ist. Die gleiche Entstehungsweise macht das gemeinsame Vorkommen dieser beiden so folgenschweren Veränderungen verständlich. Das häufige Auftreten der Bronchopneumonie im frühesten Kindesalter ist die Folge der Altersdisposition und des Wirkens einer Reihe anderer Faktoren (Flaschennahrung, Unterernährung und Armut, Rachitis). Biberfeld.

Nr. 3483. 8. Oktober.

Erziehung zur Chirurgie. Berkeley Moynihan.
Farbprobe für radiosensible Stoffe. C. I. Bond.
Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Ohr nach 33 Jahren. C. I. L. Wells.
Schwere Blutung beim Neugeborenen durch Kalomel gestillt. Roberta I. Hutchinson.
Partielle Uterusruptur unter der Geburt. Angelo Gooding.

Jahresversammlung der British Medical Association.
Chirurgische Abteilung:

* Nierentuberkulose. John Thomson-Walker.
Statistik über die Lebensdauer der an Nierentuberkulose Operierten. Andrew Fullerton.

Abteilung für prophylaktische Medizin:
Ernährungsprobleme. Edward Mellanby.

Nierentuberkulose. Die Nierentuberkulose ist im Alter von 20 bis 40 Jahren am häufigsten, wobei das männliche Geschlecht doppelt so häufig erkrankt wie das weibliche. In 80 bis 90% ist sie längere Zeit einseitig. Bei den seltenen Nierentuberkulosen der Kinder hingegen erkranken beide Organe sehr frühzeitig. In 50 bis 60% sind noch andere tuberkulöse Veränderungen im Körper nachzuweisen (Genital-, Gelenk- und Knochentbc.), die bisweilen als Ursprung der Nierenerkrankung anzusehen sind. Aktive Lungentuberkulose ist nur in etwa 6% mit Nierentbc. vergesellschaftet. Von den Erscheinungsformen der Nierentbc. ist der Miliartbc. eine klinische Bedeutung nicht beizumessen. Im Urin sowohl bei Lungentbc. als auch im Urin der gesunden Nieren bei der chronischen Nierentbc. können Zylinder und Albumen vorhanden sein. Mit der Entfernung der kranken Nieren verschwinden diese abnormen Bestandteile aus dem Harn des verbleibenden Organs. Pathologisch-anatomisch liegen dieser toxischen Nephritis interstitielle oder parenchymatöse Veränderungen unspezifischer Natur zu Grunde. Ab und zu sind in solchen Nieren Tbc.-Bazillen ohne entsprechende Gewebsreaktion nachzuweisen. Gegenstand chirurgischer Therapie ist nur die chronische renale Tuberkulose. Dieser Begriff umfaßt vielgestaltige anatomische Bilder, wie die an der Pyramidenspitze beginnende Frühform der apikalen Tbc., die durch weiteres Fortschreiten entstandene ulzerokavernöse Tbc., die knotige und käsige Tbc., spezifische Abszesse, sowie totale oder partielle Hydronephrosen infolge narbiger Verziehung von Nierenbeckenteilen oder des chronisch-entzündlich veränderten Ureters. Der Häufigkeit nach geordnet bedingt die chronische renale Tbc. folgende Erscheinungen: Blasenstörungen (Pollakisurie, später Dysurie), Urinveränderungen (Entleerung vermehrter Mengen eines schwach sauren oder neutralen, hellen Urins mit Eiweißgehalt und geringer Leukozytenmenge), Gewichtsverlust (keine rapide Abmagerung), Hämaturie (häufig Frühsymptom, oft geringe Blutbeimengung am Ende der Miktion), Nierenschmerzen (Ureterkolik bei stärkerer Blutung) und der Nachweis einer Nierenvergrößerung und der Harnleiterverdickung (rektale oder vaginale Untersuchung). Größere Temperatursteigerungen finden sich nur bei Mischinfektionen oder der generalisierten Tbc. Charakteristisch für die chronische Nierentbc. ist es, daß die Erkrankung — ohne Symptome zu verursachen — schon die ganze Niere zerstört haben mag. Im allgemeinen ist mit einer allmählichen Steigerung der Beschwerden zu rechnen. Das Auftreten charakteristischer Symptome (Schmerzen und Druckempfindlichkeit, sowie Schwellung einer Niere) beweist freilich nicht, daß eine Niere krank ist oder daß die andere gesund ist. Diese Erscheinungen können in einer hypertrophischen gesunden oder frisch infizierten Niere entstehen, während die andere Niere ohne erkennbare Krankheitszeichen der spezifischen Infektion zum Opfer gefallen ist. Der Nachweis einer dauernden Pyurie bei sterilem Urin beweist ziemlich sicher eine Tbc. der Harnwege. Das Fehlen einer dauernden Albuminurie spricht — selbst bei Vorhandensein verdächtiger Symptome — gegen das Bestehen einer solchen Affektion. In etwa 85% der Fälle kann mit dem Nachweis der Tbc.-Bazillen im Urin der ätiologische Beweis geliefert werden. Trotz sorgfältigster und häufig wiederholter Untersuchungen verschiedener Urinportionen und trotz Zuhilfenahme des Tierversuches, gelingt es in dem restlichen Prozentsatz nicht, die Erreger im Harn aufzufinden. Gelegentlich gibt die Pyelographie Aufschluß über den Umfang des spezifisch veränderten Nierengewebes. (Unregelmäßige Begrenzung und Zusammenfließen einzelner Kelche, Sichtbarwerden größerer Kavernen.)

Eine tuberkulöse Nierenerkrankung kann durch zwei Prozesse zum Stillstand kommen, einmal — relativ selten — durch Ausheilung des Herdes mit Verschwinden der Erreger und Entstehung von Narbengewebe und zweitens in etwa 10% durch bindegewebige Abkapselung der spezifischen Läsion, wobei es zur Entwicklung einer Tbc.-Hydronephrose, zur totalen Nierenverkäsung oder zum Verschluß eines ulzero-kavernösen Herdes kommen kann. Klinische Bedeutung ist nur der zweiten Form, der geschlossenen Nierentbc. beizumessen. Bei diesen, vom Harntraktus abgeschlossenen Herden wechseln die Symptome außerordentlich an Intensität, so daß die Entdeckung des Leidens häufig genug nur durch Zufall mit Hilfe der Zystoskopie oder des Röntgens gelingt. Wenn der geschlossene Herd nur einen Teil des Nierenparenchyms verändert, wird die Diagnose fast nur bei der Operation gestellt. Die klinische Bedeutung dieser Veränderungen liegt darin, daß von ihnen aus der übrige, bisher gut funktionierende Teil des Nierengewebes infiziert werden kann, daß eine solche geschlossene Nierentbc. durch irgendwelche Momente (mangelndes Pathogensein für Meerschweinchen bisweilen als Ursache negativer Impfversuche!). Andererseits beweist der Nachweis von Bazillen im Harn nicht restlos das Bestehen einer Tbc. der Harnwege, da ohne spezifische Veränderungen in den Nieren Kochsche Bazillen mit dem Harn bei 6% der Phthisiker ausgeschieden werden, gewöhnlich zugleich mit Albumin- und Zylindrurie. Bei

diesen unspezifischen Nephritiden mit abnormer Durchlässigkeit gegenüber den Bazillen wird die konstante Ausscheidung von Eiterkörperchen vermißt, die bei Vorhandensein eines tuberkulösen Herdes — wenn auch bisweilen nur mikroskopisch erkennbar — stets nachzuweisen ist. In einem beachtenswert großen Prozentsatz der Fälle mit negativem Bazillenbefund läßt sich die klinische Diagnose durch die Zystoskopie erhärten. Der Ausfall der Prüfung im Verein mit dem Uretherenkatheterismus des Ausscheidungsvermögens für Farben ist klinisch belanglos, da selbst bei erkrankter Niere ein dunkelgefärbter Urin entleert werden kann. 20% der Nierentuberkulosen weisen röntgenologisch darstellbare Veränderungen auf, denen ein diagnostischer Wert beizumessen ist (schmale, unregelmäßig begrenzte Schatten im Nierengebiet von ungleichmäßiger Dichte durch Käseherde bedingt, dicke, massive Schatten bei totaler Verkäsung, Schatten durch den verdickten und infiltrierten Harnleiter) (Trauma) mobilisiert werden kann und Ausgangspunkt einer im Urogenitaltraktus lokalisierten Erkrankung werden mag. Der modernen Behandlung der einseitigen Nierentbc., der Nephrektomie, liegt die Erfahrung zugrunde, daß die zunächst einseitige Erkrankung langsam fortschreitet, späterhin auf die andere Niere übergreift und daß die Entfernung der erkrankten Niere in den allermeisten Fällen die Infektion der andern verhütet. Eine akute Lungentbc. bildet eine absolute Kontraindikation für die Nephrektomie. Bei floriden Gelenk- oder Knochenerkrankungen muß die Nierenoperation bis zur günstigen therapeutischen Beeinflussung dieser Herde verschoben werden. Die Tbc. des männlichen Genitaltraktus bietet keinen Anlaß zum Aufschub der Operation. Bei der doppeltseitigen Nierentbc. beträgt die postoperative Mortalität bei Entfernung der klinisch gesünderen Niere 66 bis 80%, so daß der Eingriff nur in Einzelfällen in Frage kommt. Die Blasensymptome werden durch die Nephrektomie günstig beeinflußt (Abheilen der Ulzera und Herstellung des normalen Fassungsvermögens bei relativ frischer Blaseninfektion, Verringerung der Pollakisurie und Besserung der Schleimhautveränderungen bei der chronischen, spezifischen Zystitis. Bei der Nachbehandlung sind Blasenspülungen zu vermeiden, lediglich eine Tuberkulinkur und die Verabfolgung von Balsamika bringen Nutzen. Die unmittelbare Sterblichkeit nach der Nephrektomie beträgt 1 bis 5% in den verschiedenen Statistiken. Während der ersten 3 Jahre nach der Operation sterben etwa 12%, zumeist an einer tuberkulösen Allgemeininfektion, seltener an einer sich nach dem Eingriff entwickelnden Nierentbc. Im Ganzen gelingt es mit der Operation 50 bis 60% völlig zu heilen und 20 bis 30% weitgehend zu bessern. Durch nichtoperative Behandlungsmethoden — vor allem Tuberkulinkuren, die auch zwei Jahre lang nach der Nephrektomie durchgeführt werden müssen — sind jahrelange Besserungen, jedoch niemals Heilungen zu erreichen. Innerhalb von fünf Jahren erliegen etwa 80% der Nichtoperierten ihrem Leiden. Zur Nachbehandlung nach der Operation ist die Heliotherapie heranzuziehen. Biberfeld.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 79, 1. Oktober 1927.

* Die Karotinämie bei Tuberkulösen. A. Pissavy und R. Monceaux.
Eine neue Anschraubungstechnik bei Schenkelhalsbrüchen. R. Lascaux.
Die Pnävipitatiorsreaktion im Antigonokokkenserum. Dombray und Morel.
Die Hepatographie. M. Einhorn.

Die Karotinämie bei Tuberkulösen. Eine gelbliche Hautverfärbung ist viel häufiger als man glaubt durch das Pigment der Karotten hervorgerufen, das man leicht aus dem Serum gewinnen kann. Diese Karotinämie ist besonders häufig bei Tuberkulösen, sowohl bei einem gewöhnlichen wie besonders bei einem Regime, das reich an diesen Pigmenten ist. (Karotten, Eier, Orangen.) Beschwerden treten weiter nicht auf, aber es besteht eine Stoffwechselverlangsamung infolge von Hypo-Oxydation insbesondere der Carotinoïde. Die Therapie muß einen intensiveren Stoffwechsel herbeiführen durch Luftzufuhr, oxydierende Katalysatoren usw.), um die Oxydation wieder normal zu gestalten.

Nr. 80, 5. Oktober 1927.

* Die Röntgentherapie bei Asthma und Heuschnupfen. P. Vallery-Radot, P. Gibert, P. Blamontier und F. Clande.

Die Röntgentherapie bei Asthma und Heuschnupfen. Verfasser stützen sich im wesentlichen auf die Arbeiten deutscher Autoren, die das Verfahren früher angewandt haben als die französischen. Die Erfolge sind ermutigend, etwa 25—30 % Heilungen, 50 % Besserungen, 25% Versager. Bestrahlt wurde entweder der Thorax oder die Milz oder beides in 10—12 Sitzungen zu 10 Minuten. Die Therapie geht dahin, daß der Asthmatiker ein Zelloidoklastiker ist und die Röntgenstrahlen wichtige Veränderungen im Blut hervorbringen. Jede sumorale Beeinflussung, sei es durch Proteine oder Röntgenstrahlen, kann günstig auf die Verhinderung des kolloidoklastischen Choks einwirken.

Nr. 81, 8. Oktober 1927.

* Die Sinapisationsprobe bei Affektionen des Nervensystems. André-Thomas.

Die Sinapisationsprobe bei Affektionen des Nervensystems. Nach den Erfahrungen des Verfassers, wie auch von Bruce, Breslauer usw. ist die Senfreaktion kein spinaler Reflex. Die von Bruce vorgeschlagene Hypothese, wonach jede sensible Faser sich in ein sensibles und ein vaskuläres Element teilt, erscheint annehmbar; die durch die sensible Faser erfolgte Reizung steigt hinauf bis zur Verbindung mit der vaskulären Faser, die sie im umgekehrten Sinne durchläuft. Das vaskuläre Feld scheint dem sensitiven superponiert. Die Bifurkation scheint an der Peripherie dicht am Tagument zu liegen. Die Reaktion ist hauptsächlich eine kapilläre.

La Riforma medica.

43., Nr. 41, 10. Oktober 1927.

* Die rechtsseitige Leistenhernie nach Appendektomie. G. Giordano.
* Neuer klinischer Beitrag zur Transplantation des Ovarium. R. Calvanico.
* Ueber Häufigkeit, Pathogenese und Symptomatologie der entzündlichen Erkrankungen des Interlobärspalts. G. Cauterio.
Ein Fall von Darmverschluß durch Askariden. P. Nappi.

Die rechtsseitige Leistenhernie nach Appendektomie. Unter 1000 Hernien hatte Verfasser vier, die im Anschluß an eine in der anfallsfreien Zeit ausgeführte Appendektomie aufgetreten waren, im Durchschnitt etwa 12 Monate nach der Operation. In allen Fällen fehlten bei der Herniotomie Adhäsionen, stets wurde eine stark atrophische Muskelwand im Leistenkanal festgestellt. Für die Entstehung der Hernie konnte nur die Verringerung des Widerstandes der Wand infolge des operativen Traumas von Muskeln und Aponeurose verantwortlich sein, es kam jedoch im Hinblick auf die kleine Inzision, die Heilung p. p. i. eine Schwächung der vorderen Wand nicht in Frage, sondern es konnte sich nur um eine Parese der Muskeln der hinteren Wand des Leistenkanals handeln. Diese Muskeln werden von den N. ileohypogastricus und ileoinguinalis, Aesten des 1. Lumbalis, innerviert. Wie sich Verfasser durch Versuche an Leichen überzeugte, so erfolgt unvermeidlich eine Dehnung und bisweilen sogar eine Zerreißung eines oder beider Nerven mit dem Resultat einer Lähmung der Muskeln der hinteren Wand des Leistenkanals, wenn die Trennung der Muskelfasern des obliquus internus und transversus zu weit nach außen nahe der Spina il. ant. sup. vorgenommen wird. Die Kenntnis dieser Verhältnisse kann den Chirurgen vor solchen Folgen bewahren.

Neuer klinischer Beitrag zur Transplantation des Ovarium. Die 30jährige Frau von erheblich älterem Aussehen hatte im 20. Lebensjahr ohne erkennbare Ursache ihre Menstruation verloren und war in ihrer Ehe steril geblieben. Bei genauesten Untersuchungen konnten organische Krankheiten nicht festgestellt werden. Verfasser nahm die Transplantation eines Ovarium vor, das von einer zum zweiten Male dem Kaiserschnitt unterworfenen Frau stammte. Geberin und Empfängerin gehörten der Blutgruppe II an. Die Ovarien der letzteren waren vollkommen entwickelt, anscheinend ohne anatomische Veränderungen. Das Ovarium wurde zu einem Drittel in den subperitonealen Raum im Niveau des Lig. latum, zu einem Drittel im Niveau des Isthmus vorn und zu einem Drittel zwischen M. rectus und Fascia abdominalis überpflanzt. Heilungen p. p. i. Etwa ein Monat nach dem operativen Eingriff hatte Patientin eine mäßige dreitägige Blutung und seit dieser Zeit einen regelmäßigen, menstruellen Zyklus. Gleichzeitig damit bekam sie ein blühendes Aussehen; Appetitlosigkeit, Darmatonie, Müdigkeitsgefühl, sexuelle Frigidität hörten auf, und sie erfreute sich eines lange nicht gekannten Wohlbefindens. Wie in einem früheren Falle, den Verfasser operiert hatte, zeigte es sich auch hier, daß anatomisch gesunde, aber insuffiziente Ovarien unter dem Einfluß einer Homotransplantation zu normaler Funktion gelangen können.

Häufigkeit, Pathogenese und Symptomatologie der entzündlichen Erkrankungen des Interlobärspalts. Viel häufiger als man früher glaubte, entwickeln sich entzündliche Prozesse in den interlobären Spalten, deren Erkennung nicht immer leicht ist, da die Funktion in den oberflächlichen Schichten der Lunge vikariierend gesteigert ist, und die begleitenden Drüsenerkrankungen des Hilus ganz ähnliche Symptome erzeugen. Wohl lassen sich physikalische Zeichen mit Vorsicht für die Diagnose verwenden, jedoch das letzte Wort darüber kommt der Röntgenoskopie zu. Sie unterrichtet über Sitz, Umfang und Form des Exsudats, über Verlagerungen von Herz und Mediastinum; oft zeigt der Exsudatschatten eine schärfere obere und eine wenig scharfe untere Grenze. Sie unterrichtet ferner über den Zustand der Drüsen am und um den Hilus, wie weit sie vergrößert und verkalkt sind, ob sie zerstreut oder in Gruppen gelagert sind. Die Vergrößerung der Hilusdrüsen, eine so häufige Erscheinung aller infektiösen und Neubildungsprozesse der Atmungswege, begleitet sehr häufig auch die Entzündungen des Interlobärspalts,

welcher Natur sie auch sein mögen, und verdeckt sogar auf dem Röntgenschirm häufig die Zeichen der letzteren in so hohem Grade, daß man im Zweifel bleibt, ob die Lage der Schatten als Wirkung der einen oder der anderen pathologischen Erkrankung zu deuten ist; auch ist es nicht immer leicht, zu sagen, ob die Schatten die Folge eines wirklichen Exsudats oder von Bindegewebsreaktionen um den Spalt sind. In diesen Fällen lassen sich die Zweifel meistens durch die Probepunktion unter dem Röntgenschirm beheben. Sowohl die Hilusgegend wie die benachbarte Pleura einschließlich des Interlobärspalts sind Lieblingssitz der chronischen Lungentuberkulose. Röntgenologisch läßt sich meistens das primäre Stadium mit dem Hilusbild in exzentrischer Entwicklung, das sekundäre Stadium mit der peribronchialen Lymphangitis (linienförmige, sich von der Hilusgegend fächerartig ausdehnende Strahlen) und das dritte Stadium mit den Flecken oder umfangreichen Schatten in den verschiedenen Teilen der Lunge unterscheiden. Nicht nur bei Kindern im Anfangsstadium, sondern auch bei Erwachsenen ist die Lokalisation um den Hilus herum die häufigste, ohne daß physikalische Symptome ihre Diagnose ermöglichen. Die Möglichkeit, alle diese Prozesse frühzeitig zu erkennen, erlaubt es, die interlobären Exsudate zu rechter Zeit der Behandlung zuzuführen, bei den tuberkulösen Prozessen eine zeitige Kollapstherapie einzuleiten.

The Journal of the American Medical Association.

89., Nr. 16, 15. Oktober 1927.

Lungentuberkulose und bronchiale Lymphdrüsen. E. L. Opie.
Klinische Diagnose der Lungen- und Bronchialdrüsentuberkulose. T. C. Hempelmann.
* Tuberkulin- und Serumdiagnose der Lungen- und Bronchialdrüsentuberkulose. C. W. Burhans.
* Die Wirkung nichtspezifischer Proteintherapie bei der progressiven Paralyse auf Blut und Liquor. M. M. Kurde, G. W. Hall and F. I. Gerty.
* Therapie mit Ovarienpräparaten. W. P. Graves.
Zunahme der Mortalität an Herzkrankheiten. H. Albert.
* Lokale spezifische Behandlung experimenteller Pneumokokken-Meningitis. F. W. Stewart.
* Spezifische und nichtspezifische Heilmittel in der Behandlung der epidemischen Enzephalitis. W. Freeman.
* Zungenkrebs. W. H. Schmidt.
Wachstumsveränderungen von Schulkindern entsprechend den Jahreszeiten. H. Emerson.
* Duodenalstase. A. R. Bloom and R. A. Arens.
Analytische Kapsel in der Duodenalsonde für eine schnelle qualitative Analyse des Mageninhalts und zur Unterscheidung der Blutungen von Magen- und Duodenalulzera. M. Einhorn.
Küchenrezepte für Leberzubereitung bei der Anämie.

Tuberkulin- und Serumdiagnose der Lungen- und Bronchialdrüsentuberkulose. Die Pirquetsche Hautprobe und die intrakutanen Proben von Mendel und Mantoux sind die wertvollsten und der subkutanen von Finkelstein, der perkutanen von Moro, der konjunktivalen und der Wildbolzschen Autoharnprobe vorzuziehen; die letztere hat die großen an sie gestellten Erwartungen nicht erfüllt. Die Wahl zwischen kutaner und subkutaner Probe beruht hauptsämchlich auf dem Grade der Empfindlichkeit. Die Pirquetprobe entspricht in der Empfindlichkeit 0.01 mg intrakutan injiziertem Tuberkulin; wo größere Mengen zur Erzeugung einer Reaktion nötig sind, fällt sie negativ aus. Zur methodischen Anwendung im Hospital ist die intrakutane Probe die Methode der Wahl; Beginn mit 0,1 mg, steigende Dosen bis zu 10 mg müssen injiziert werden, bevor man eine Reaktion als negativ erklären kann. Bei Kindern sollte Tuberkulose niemals ohne eine positive Tuberkulinprobe diagnostiziert werden. Eine sorgfältig kontrollierte negative Probe schließt mit sehr seltenen Ausnahmen Tuberkulose aus. Verf. hat in allen sicher bewiesenen Fällen von Tuberkulose eine positive Reaktion erhalten. Ein Beweis dafür, daß der Bazillentypus durch die Verwendung von menschlichem oder Rindertuberkulin unterschieden werden kann, existiert nicht. Die Benutzung beider Arten oder einer Mischung beider ist nicht notwendig, denn nach Verf. reagieren alle Tuberkulösen sowohl gegen menschliches wie Rindertuberkulin, vorausgesetzt, daß die angewandten Dosen groß genug sind. Mit der Komplementprobe kann man in gewissen Fällen die Aktivität der Tuberkulose feststellen, doch müssen ihre Resultate mit Vorsicht gedeutet werden. Auch die Probe der Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit gibt bisweilen Auskunft über die Schwere der Erkrankung. Ueber Präzipitinproben ist das letzte Wort noch nicht gesprochen.

Die Wirkung nichtspezifischer Proteintherapie bei der progressiven Paralyse auf Blut und Liquor. 49 Paralytiker wurden der Behandlung mit intravenösen Injektionen artfremden Proteins in Gestalt von kombinierter Typhusvakzine (18 bis 23 Injektionen in zwei- bis dreitägigem Intervall) unterworfen. Die Vakzine war mit physiologischer Lösung derart verdünnt, daß jeder Kubikzentimeter 200 Millionen tote Keime enthielt; Beginn mit 50 Millionen. Die Dosierung hängt ganz von der individuellen, sehr verschiedenartigen Reaktion ab und bedarf daher sorgfältiger Beobachtung der Kranken. Steigt die Temperatur nur bis 39°, so muß die nächste Dosis um 25 bis 100 Millionen Keime erhöht werden. In der Mehrzahl der Fälle genügt eine jedesmalige Steigerung um 100 Millionen, jedoch muß man sich vor jedem Schematisieren hüten. Kein einziger Kranker verhielt sich gegen die Behandlung refraktär. In sieben Fällen, die nach der ersten Injektionsserie wenig Besserung zeigten, wurde eine zweite Kur nach zweimonatigem Intervall mit gutem Erfolge eingeleitet. Sichere Schlüsse über die Dauer der Besserung lassen sich wegen der Kürze der Zeit und des geringen Materials noch nicht ziehen. Unter den unausgewählten 49 Fällen hatten sie 21 erhebliche Remissionen, d. h. volle Arbeitsfähigkeit. Eine Analyse der acht Todesfälle beweist, daß diese nicht auf Rechnung der Therapie kamen. Veränderungen der serologischen Reaktionen kamen fast in allen Fällen vor, am ausgesprochensten veränderte sich die paralytische Kurve der kolloidalen Goldprobe. Die WaR. des Blutes besserte sich in 55% der Fälle und ging in 16% aus einer stark positiven in eine negative Reaktion über. Auch die Zellenzahl und der Globulingehalt des Liquors verringerten sich, dagegen erfuhr die WaR. des Liquor nur in zwei Fällen eine Aenderung.

Behandlung mit Ovarienpräparaten. Ovariensubstanz wirkt in der Behandlung von Wallungen und Gefäßstörungen während der Menopause nahezu spezifisch. Sie ist unwirksam bei Menorrhagien und Metrorrhagien, sowie bei andauernder Amenorrhoe mit Hypoplasie, doch nützlich bei einigen menstruellen Störungen (spärliche, verzögerte oder seltene Blutungen). Gelegentlich ist sie von Erfolg in Fällen essentieller Dysmenorrhoe ohne ausgesprochene Hypoplasie und häufig beseitigt sie die dysmenorrhoischen Schmerzen. Eine Reihe von Fällen, in denen im Anschluß an die Behandlung mit Ovarienpräparaten Schwangerschaft eintrat, berechtigt zu der Vermutung, daß ein günstiger Einfluß auf eine fehlerhafte Ovulation ausgeübt werden kann. Präparate aus dem ganzen Ovarium sind denen aus dem Corpus luteum allein vorzuziehen, da sie das wirksame Hormon des Follikelapparates enthalten und frei von den toxischen und hemmenden Bestandteilen des Corpus luteum sind. Frische Drüsenpräparate sind wesentlich. Nach den bisherigen experimentellen und klinischen Versuchen kann man annehmen, daß die bisher noch unbeständigen Ovarienextrakte sich so vervollkommnen lassen, daß sie bei einigen funktionellen Beckenstörungen eine spezifische Wirkung entfalten werden.

Lokale spezifische Behandlung experimenteller Pneumokokken-Meningitis. Bei der fast 100%-Mortalität der Pneumokokken-Meningitis darf man selbst vor drastischen Behandlungsmethoden nicht zurückschrecken, wenn sie Aussicht auf Erfolg haben. Versuche an Hunden geben in dieser Hinsicht vielversprechende Resultate. Die Tiere wurden mit hochvirulenten Pneumokokken Typus I durch Injektion in die Cisterna magna infiziert (6,5 bis 15 Millionen Keime). Lumbal- und Zisternenpunktionen ergaben in 18 bis 42 Stunden viel polymorphonukleäre Leukozyten und Pneumokokken in enormen Mengen. Ohne Behandlung trat stets der Tod an purulenter Leptomeningitis ein. Spülungen vom lumbalen Subarachnoidalraum bis zur Cisterna magna mit warmer physiologischer Lösung, denen eine langsame Durchspülung von der Lumbal- bis zur Zisternennadel mit 15 ccm Antipneumokokkenserum (40°) unter Zusatz von Aethylhydrokupreinum hydrochloricum (1 : 20 Serum) folgte, waren erfolgreich. In den seltenen Fällen von Respirations- oder gar Herzstörungen bei höheren Dosen der Droge genügten kurzdauernde künstliche Atmung, eventuell intrakardiale Epinephrininjektion zur Behebung derselben. Die Gefahrengrenze für die Konzentration der Droge ist verschieden. Diese Art der Behandlung sterilisierte den Rückenmarksteil und die Zisterne, nicht aber die vordere Konvexität und die Basis, von denen aus schnelle Reinfektion erfolgt. Es wurden daher mit gutem Erfolge subarachnoidale Injektionen durch Trepanationsöffnungen 1 cm hinter den Stirnhöhlen und 1 cm beiderseits vom Sinus sagittalis hinzugefügt. Eine einzige negative Kultur der Zisternenflüssigkeit genügt nicht, eine Heilung ist erst nach dreitägiger Wiederholung solcher Kulturen gesichert. Negative Ausstrichpräparate sind wertlos. Wenn trotz wiederholter Behandlung durch die vierfache Punktion Keime zurückbleiben, so muß eine Punktion der Seitenventrikel oder gar durch die Basis in Erwägung gezogen werden. Alle diese Punktionen sind technisch nicht allzu schwierig.

Spezifische und nichtspezifische Heilmittel in der Behandlung der epidemischen Enzephalitis. Die Krankheit ist infektiös, jedoch nur in geringem Grade kontagiös und wird wahrscheinlich durch einen pleomorphen Keim verursacht, der durch den Blutstrom von Infektionsherden in Mund und Nase in das Nervensystem gelangt. Gefährdet sind besonders Personen, die bei ungenügenden Ruhepausen körperlich und geistig überanstrengt sind. Während des akuten Stadiums überragen Salicylpräparate (innerlich oder besser intravenös 1 bis

1½ g in 10% Lösung mit 10% Dextrose) alle andern Mittel in ihrer Wirkung auf die vermeintlichen, ursächlichen Keime, wirken oft so günstig, wie beim Gelenkrheumatismus. Daneben sind kolloidale Präparate (Milch, kolloidales Silber u. a.) wegen ihrer nichtspezifischen Wirkung auf die Immunkörper von Nutzen. Serumtherapie (Serum von Rosenow, von Evans und Verf.) ist vielversprechend, doch ist die Frage noch ungelöst, ob sie spezifisch wirkt. Bluttransfusion kann lebensrettend sein. Mit dem Beginn der Rekonvaleszenz müssen die Infektionsherde beseitigt werden. Eine aktive Immunisierung (nach Verf., Rosenow, Levaditi) mit getöteten Streptokokken ist imstande, Spätrezidive zu verhindern. Bei Entwicklung der chronischen, progressiven Störungen erreicht man bisweilen gute Wirkung durch Schockbehandlung jeder Art, durch intraspinale Autoserum-Injektionen, besonders aber durch Skopolamin (0,6 mg 3 bis 4 mal täglich).

Zungenkrebs. Eine relativ häufige Erkrankung, die auch in der zweiten und dritten Lebensdekade vorkommt. In der Aetiologie spielen Tabakgenuß, Syphilis, schlechte Zähne und mangelhafter Zahnersatz eine große Rolle. Die Leistungen der Chirurgie waren bisher wenig ermutigend. Nur 40% aller Zungenkrebse kamen zur Frühoperation, die Operationsmortalität ist groß, die Verstümmelung notwendigerweise sehr erheblich, die Rezidive häufig. Die besten chirurgischen Statistiken weisen nicht mehr als 30% Heilungen von dreijähriger Dauer auf. 60% aber aller Zungenkrebse wurden für inoperabel erklärt. Der ursprüngliche durch das Radium ausgelöste Enthusiasmus hat bald einer Ernüchterung Platz gemacht, und erst neuerdings mit verbesserter Technik wird Radiumbehandlung wieder empfohlen. Nur ein kleiner Prozentsatz der Zungenkrebse besteht aus embryonalen, durch Radium leicht zerstörbaren Zellen. Aeußere Bestrahlung stiftet oft mehr Schaden wie Nutzen und erfordert große Radiummengen, die nur selten zur Verfügung stehen. Versenkung von Radium ist ratsamer, aber die Reaktionen sind oft schwer und schmerzhaft, der Schorf löst sich langsam, harte fibröse Narben bleiben zurück, die Heilung ist langsam, das umgebende gesunde Gewebe wird in seiner Vitalität beeinträchtigt. Radon-Glas-seeds oder seeds in Goldtuben sind Verbesserungen, beseitigen aber nicht alle diese nachteiligen Folgen. Einen wesentlichen Fortschritt, der auch für die erfolgreiche Behandlung inoperabler Fälle den Weg frei macht, bildet die elektrothermische Methode mit dem bipolaren Strom und einer Nadel als aktivem Pol. Völlige Amputation der Zunge ist schnell und leicht ausführbar (in 15 bis 20 Minuten). Das Anästhetikum wird der Explosionsgefahr wegen unmittelbar vorher entfernt. Das Verfahren ist blutlos und daher ohne Schockgefahr; Die Kranken sind am Tage darauf außer Bett. Verbreitungsgefahr durch mechanische Impfung des Krebsmaterials ist nicht groß. Geringe postoperative Schmerzen. Das normale Gewebe wird nicht in Mitleidenschaft gezogen. Der Schorf löst sich in 8 bis 10 Tagen und die Heilung erfolgt ohne fibröses Narbengewebe, ein nicht zu unterschätzender Vorteil. Erfolg oder Mißerfolg hängen von der Behandlung der Halsdrüsen ab, über welche die Meinungen der Chirurgen noch sehr auseinandergehen. Nach Verf. verdient, wenn die Drüsen nicht vergrößert sind, den Vorzug intensive Röntgen- und Radiumbestrahlung in regelmäßigen Wiederholungen ohne chirurgische Entfernung. Bei vergrößerten Drüsen Versenkung von Radiumelement oder Radon seeds.

Duodenalstase. Unter Duodenalstase oder ihren zahlreichen Synonymen verstehen Verf. die röntgenoskopische oder röntgenographische Beobachtung einer anormalen Retention von Barium im Duodenum jenseits des Bulbus, oft mit Dilatation verschiedenen Grades und Regurgitation in die Bulbuswölbung. Duodenalstasis ist kein einheitliches Krankheitsbild, sondern kommt durch eine Duodenitis zustande, die als Folgeerscheinung der verschiedensten Krankheiten aufzufassen ist, wie Cholezystitis, Duodenalulcus, Appendizitis, Kohtis und andere Magendarmstörungen. In 200 Fällen wurden als die bei weitem häufigste Ursache Gallenblasenerkrankungen erkannt (etwa 120 Fälle isolierter oder kombinierter Gallenblasenleiden). Die Symptome (unbestimmte abdominale Beschwerden, Uebelkeit, Erbrechen, Aufstoßen, Kopfschmerzen) sind die subjektiven Erscheinungen der objektiv nachweisbaren duodenalen Antiperistaltik. Bei den 200 Fällen ergab die Röntgendiagnose 130 orthotonische, 56 hypo- und 8 hypertonische Magen, bei 46 Kranken einen Defekt im Bulbus, bei 73 einen Gallenblasenschatten im einfachen Röntgenbild, bei 61 einen Gallenblasenabdruck im Duodenum, 52 mal Druckempfindlichkeit der Gallenblase bei fluoroskopischer Beobachtung, 43 mal abnorme lange Füllung und Druckempfindlichkeit des Appendix. In 25% der Fälle konnten die Diagnosen operativ bestätigt werden. Bei dem Vergleich der Operationsergebnisse dieser 50 Fälle mit den dazu gehörigen Röntgenbildern zeigte sich die absolute Verläßlichkeit der Röntgenographien für die Diagnose. Ein chronischer duodenaler Ileus infolge mechanischer Obstruktion ist sehr selten.

Rontal.

The American Journal of the Medical Sciences.

74., Nr. 2, August 1927.

Die Entleerung der Gallenblase. Die Gallenblase entleert einen Teil ihres Inhaltes beim Verdauungsakt in das Duodenum. Der Blaseninhalt gelangt ins Duodenum durch den Cysticus und den Ductus communis. Es ist augenscheinlich, daß die Entleerung der Gallenblase beim Verdauungsakte eine intermittierende ist. Perioden aktiver Entleerung waren gewöhnlich kurz und konnten mit Bestimmtheit über verschieden lange Zeiträume beobachtet werden. Die Entleerung gelang zwischen 10 und 45 Minuten nach Einnahme der Mahlzeit und wurde durch verschieden lange Zeiträume unterbrochen, während der keinerlei Entleerung stattfand. Nach den Beobachtungen des Verfassers scheinen Kontraktionen der Gallenblasenmuskulatur der Hauptfaktor bei der normalen Entleerung zu sein, und diese organischen periodischen Kontraktionen scheinen wichtige, durch die Verdauung ausgelöste Merkmale zu sein. Es scheint reichliches Beweismaterial dafür vorhanden zu sein, daß die Gallenblase nicht dazu dient ihren Inhalt während der Verdauungspausen auszutreiben. Respiratorische Bewegungen sowohl als Aenderungen des äußeren und intraabdominalen Druckes haben nur geringe Bedeutung (wenn überhaupt) für die normale Entleerung. Mechanische Faktoren, wie das Einbringen eines Magenschlauches, das Füllen des Magens mit Luft, Aspiration des Mageninhaltes und Manipulationen mit dem Magenschlauch im Magen bewirkten in einigen Fällen den sicheren Austritt von Gallenblaseninhalt, im Gegensatz zu dem Unvermögen, Blaseninhalt aus der Gallenblase durch gewöhnliche Aenderungen des intraabdominalen und extraabdominalen Druckes austreten zu lassen. Die Ringmuskel am Ende des Ductus communis ist wahrscheinlich einer der Faktoren, die die Regulation des Gallenflusses aus der Gallenblase betätigen, obwohl seine Tätigkeit nicht für die Entleerung der Gallenblase beim Verdauungsakt notwendig ist. In einem Falle verursachte der äußere abdominelle Druck den Austritt von etwas Gallenblaseninhalt, wenn nämlich der Sphinkter am Ende des Ductus communis entfernt war, jedoch war Nahrungsaufnahme notwendig, um merkliche Entleerung der Gallenblase zu bewirken. Die Arbeit zeigt eine Reihe interessanter Serienaufnahmen der Gallenblase. Auch das Literaturverzeichnis ist für die Kenntnis des Entleerungsmechanismus von besonderer Bedeutung.

Bakteriämie durch Bacillus fecalis alcaligenes. Der Bacillus fecalis alcaligenes kann die Ursache lokaler Erkrankungen sein, wie z. B. für die Pyelonephrose und die Enteritis. Er kann ebenfalls eine Bakteriämie hervorrufen, die die klinischen Symptome des Typus aufweist, jedoch eine günstigere Prognose darbietet. (Ein Todesfall auf 40 Fälle.) Eingeweideblutungen, Myokarditis, Pleuritis usw. können als Komplikationen auftreten. Die Diagnose ist lediglich durch die Blutkultur und Agglutinationsversuche mit Sicherheit zu stellen. Die Behandlung ist dieselbe wie bei einem mild verlaufenen Typhus.

Die spezifische Therapie der Pneumonie durch Pneumokokkus Typ II. Bei einer Lungenentzündung durch Pneumokokkus (Typ II) tritt der Tod gewöhnlich bei solchen Patienten ein, bei denen es zu einer Pneumokokkenbakteriämie kommt. Patientin mit einer derartigen Pneumonie, deren Blut steril bleibt, werden meist gesund. Mit dem hochwirksamen Antipneumokokkenserum (Typ II) ist es möglich, das Blut in einer gewissen Anzahl von Fällen mit Typ II — Pneumonie zu sterilisieren. In Fällen von Typ II-Pneumonie mit Batkeriämie ist die Sterilisation des Blutes am häufigsten zu erreichen, wenn das Typ II-Serum in einem möglichst frühen Stadium der Erkrankung verabreicht wird. Zu dieser Zeit ist die Zahl der Pneumokokken im Blute eine kleine. Bei Frühfällen, wenn die Pneumokokken noch nicht in die Blutbahn eingedrungen sind, kann die Verabfolgung des Serums im Blute Antikörper erzeugen, und dadurch die Gefahr einer folgenden Pneumokokkenbakteriämie verhindern.

Die Auftreibung des linken unteren Bauchquadranten als ein Frühsymptom des perforierenden Duodenalgeschwürs. In einem Fall von perforiertem Duodenalgeschwür wurde eine umschriebene

ballonförmige Vortreibung des linken unteren Bauchquadranten beobachtet. Der Verfasser nimmt an, daß dieses Symptom ein Frühzeichen für eine akute, perforative Läsion des rechten Hypochondriums ist, was gewöhnlich auf ein Perforieren eines Duodenalgeschwürs zurückzuführen ist. Die Vortreibung kommt zustande durch Kontraktion des rechten oberen, rechten unteren und linken oberen Bauchquadranten, die reflektorisch gespannt werden, während der linke untere Quadrant nicht mitbefallen wird und schlaff bleibt. Es ist wichtig, die Bedeutung dieses Zeichens und seinen Entstehungsmechanismus zu kennen, um zu vermeiden irrtümlicherweise einen Volvulus im linken unteren Bauchquadranten zu diagnostizieren, der leicht vorgetäuscht werden kann. Dieses Symptom stellt einfach ein frühes und besonders auffälliges Stadium eines meist bei der akuten Duodenal- oder Pylorusperforation beobachteten Umstandes dar, nämlich eine charakteristische Ausdehnung und Anordnung der Resistenz und Schmerzhaftigkeit, die nach Stärke und zeitlicher Anordnung zuerst und am stärksten im rechten oberen, dann im rechten unteren, dann im linken oberen und am geringsten im linken unteren Bauchquadranten auftreten. Aehnliche Vorgägne, doch in anderer Reihenfolge und Verteilung bezüglich der Rigidität und Empfindlichkeit können auch bei anderen Bauchperforationen mit ausgedehnter Peritonitis beobachtet werden, besonders bei der akuten Blinddarmperforation mit fortschreitender Peritonitis.

Atypische myeloische Leukämie mit ungewöhnlichen Lungenkomplikationen. Es wird über einen aus manchen Gründen einzigartigen Fall berichtet. Die anfängliche Schwierigkeit, die Blutkrankheit zu diagnostizieren, lag am negativen Ausfall der Oxydasereaktion in den Primordialzellen, die in großer Zahl in der Blutbahn zirkulierten. Mit dem Auftreten von Promyelozyten war allerdings der leukämische Charakter des Blutbildes erwiesen. Durch gründliche hämatologische und histopathologische Studien wurde die Ansicht sichergestellt, daß der Fall zu den Myeloblasten-Leukämien gehörte, mit einem atypischen Blutbild, das durch die rapide Myelopoese bedingt war. Die vielfältigen Lungenbefunde, die das klinische Bild während der Beobachtungszeit beherrschten, waren wahrscheinlich embolisch-infarktischer Natur. Diese Auffassung wurde durch die Sektion bestätigt. Die offenbar vollständige Klärung dieser Befunde wird klinisch und röntgenologisch dargetan. Die Befunde bei der Sektion zeigten myeloische Veränderungen vor allem in den Lungen, im Herzen, in der Leber, in den Nieren und in der Haut.

Beobachtungen über die Reaktion der normalen Nasenschleimhaut. Die Nase hat drei wichtige Funktionen außer dem Geruchsinn: sie muß die Inspirationsluft anwärmen und filtrieren. Dies wird durch die Schleimhäute bewirkt, deren nutzbare Oberfläche durch turbinale Turgeszenz vergrößert wird. Die Nase reagiert verschieden in verschiedenen Umgebungen und Altersstufen. Die meisten Nasen lassen einen ziemlich bestimmten Reaktionszyklus erkennen. Die folgenden Symptome brauchen nicht pathologischen Umständen zugeschrieben zu werden, sondern können mit Leichtigkeit als physiologische Reaktionen erklärt werden: Die Verstopfung der Nase in heißen, trockenen Räumen, die wäßrige Absonderung bei kaltem Wetter und im jugendlichen Alter, das rückwärtige Herabfließen von Sekreten in den Pharynx und die Verstopfung der Nase auf der Seitenlage entsprechenden abhängigen Seite.

Digitalis bei Pneumonie. In einer willkürlich herausgegriffenen Zahl von 221 Fällen von lobärer Pneumonie bei Erwachsenen erhielt rund die Hälfte Digitalis in verschiedenen Mengen, die andere Hälfte nicht. Die mit Digitalis behandelten Kranken starben 2½ mal mehr als die nicht mit Digitalis behandelten. Die mit Digitalis behandelten Patienten wurden eingeteilt in solche, die digitalisiert waren und solche, die es nicht waren. Die digitalisierten Patienten zeigten eine Mortalität von nur ⅚ von denjenigen, die kein Digitalis erhalten hatten. Dagegen zeigten die mit nicht zur Digitalisierung ausreichenden Dosen mit Digitalis behandelten Patienten eine 3½ mal so hohe Sterblichkeit wie diejenigen ohne Digitalis. Bei den unvollkommen digitalisierten Fällen war das Medikament manchmal ganz unsystematisch verabfolgt worden, da es in ungefähr der Häfte der Fälle als letzte Zuflucht zu einer Zeit gegeben wurde, wo die Patienten schon sehr ernstlich krank waren. In den Gruppen, bei denen Komplikationen und große Gefahr für die Kranken sehr gleichartig waren, wurde der geringste Prozentsatz für die Mortalität bei solchen Patienten gefunden, die digitalisiert waren und danach bei solchen, die kein Digitalis erhalten hatten. Die entschieden höhere Sterblichkeit unter den Fällen, die zur Digitalisierung nicht ausreichende Dosen erhalten hatten, sollte vor dieser Art der Medikation abschrecken. Wenn die Droge angewandt werden soll, muß auch die volle Digitalisierung angestrebt werden. Es scheint, daß die systematische Digitalismedikation in ausreichenden Dosen oft für die betreffenden Fälle von großem Nutzen gewesen ist. Bei den hierher gehörigen Fällen wurde keinerlei unerwünschte Wirkung von seiten der Toxizität des Digitalis beobachtet. Bevor über den Wert der Digitalismedikation bei Pneumonien ein endgültiges Urteil gefällt werden kann, müssen noch größere Serien von Fällen zu diesem Zwecke bezüglich des Alters, der Schwere sowohl der Epidemie als der individuellen Krankheit, der Komplikationen und der verabreichten Digitalismenge genau durchgeprüft werden. Sowohl die hier wie die in den Serien von Stone angeführten Daten lassen vermuten, daß das Digitalis von großem Wert bei der Behandlung der Pneumonie ist, wenn es in genügenden Mengen verabreicht wird. Doch reichen die hier angeführten Fälle zahlenmäßig zu einem solchen Schluß noch nicht aus.

Arnold Hirsch, Berlin.

Physical Therapy, X-Ray, Radium.

Vol. VIII, Nr. 8.

Lymphoide Hyperplasie, ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen und ultraviolettem Licht. Die Hyperplasie des lymphoiden Gewebes des Rachenringes als Folge von Infektionen und gleichzeitig als Infektionsquelle, die den Gesamtorganismus ständig bedroht, tritt nicht nur lokal auf, sondern betrifft zumeist das ganze lymphatische System des Rachenringes in multiplen, oft versteckt liegenden Herden. Besonders wichtig sind die kleinen Lymphknoten in der Rosenmüllerschen Grube und in der Umgebung der Eustachischen Röhre, die die bei weitem häufigste Ursache der Mittelohrerkrankungen darstellen. Die chirurgische Behandlung hat nicht befriedigt. Abgesehen davon, daß der Eingriff kaum je radikal genug sein kann, um wirklich die Infektionsherde ganz zu beseitigen, abgesehen ferner von der direkten Gefahr des Eingriffs, besteht immer die Möglichkeit einer Propagierung der Infektion. Demgegenüber hat sich die Strahlenbehandlung als überlegen erwiesen. Die Röntgenstrahlen wirken zerstörend auf die Lymphozyten und zwar auf das erkrankte lymphatische Gewebe erheblich stärker als auf gesunde Zellen. Das hyperplastische Gewebe schrumpft und wird durch Bindegewebe ersetzt. Besonders wichtig ist die Beobachtung, daß eine lokale Immunität gegen rezidivierende Infektionen zurückbleibt. Eine bakterizide Wirkung haben die Röntgenstrahlen nicht. Eine solche kommt aber den ultravioletten Strahlen zu. Es ist daher vorteilhaft, beide Bestrahlungsarten miteinander zu kombinieren. Man kann auf diese Weise ohne irgend welche Gefahren die Gesamtheit des lympathischen Gewebes erreichen, ohne den Gewebeschutz desselben zu zerstören. Verf. betont nachdrücklich, daß die Tonsillektomie überflüssig geworden ist.

Auch bei Erkrankungen des Ohres, sowohl bei Gehörstörungen als auch bei Eiterungen, die ja sehr oft durch eine Erkrankung des lymphatischen Gewebes neben der Tuba auditiva verursacht werden, hat sich die Strahlenbehandlung als erfolgreich erwiesen, auch in solchen Fällen, wo die chirurgische Behandlung versagt hat.

Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie. Die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie hat mit einer großen primären Mortalität zu rechnen, die, wenn es sich nicht um ausgesuchte Fälle handelt, auf nicht weniger als 20% beziffert wird. Daraus erhellt die große Bedeutung einer nichtoperativen Behandlungsmethode. Röntgenbehandlung mit harten Strahlen ist in den meisten Fällen erfolgreich. Die Vorsteherdrüse schrumpft ein, die Harnretention wird beseitigt, die Schmerzen bei der Miktion verschwinden. Auch die Menge des Restharns geht zurück. Bei der Strahlenbehandlung dürfen die allgemeinen therapeutischen Maßnahmen nicht außer acht gelassen werden. Insbesondere ist für genügende Entleerung des Darmes zu sorgen, gegebenenfalls unter Verwendung von hohen Einläufen. Ebenso müssen Retentionen in der Blase vermieden werden (Katheter). Die Bestrahlung soll nach Möglichkeit erst vorgenommen werden, nachdem etwa bestehende entzündliche Reizungen beseitigt sind. Sollte die Strahlenbehandlung keinen genügenden Erfolg haben, so wird die dann doch noch notwendige Operation dadurch nicht erschwert.

Kirschmann.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50.

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Bergmann 2732 und 2854

NUMMER 51 BERLIN, DEN 23. DEZEMBER 1927 45. JAHRGANG

Originalien.

Die Bedeutung der kindlichen Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der in der Prinzregent-Luitpold-Kinderheilstätte Scheidegg geübten Therapie.

(Als Vortrag gehalten vor der Hygienekommission des Völkerbundes am 30. Oktober 1927 in der Prinzregent-Luitpold-Kinderheilstätte Scheidegg.)

Von

Direktor Dr. KURT KLARE.

Es liegen die Zeiten nicht zu fern, in denen man die Grenzen für die Heilstättenbedürftigkeit der kindlichen Tuberkulose weniger scharf zog, als es jetzt wenigstens von den klinisch geleiteten Kinderheilstätten gefordert wird. Voraussetzung einer richtigen Verschickung von Kindern in Heilstätten ist die genaue Kenntnis der Erscheinungsformen der Tuberkulose im Kindesalter, die allein die Auswahl der für Erholungs- oder Heilstättenkuren geeigneten Kinder ermöglicht. Gerade das letzte Dezennium hat unsere Erkenntnis der Diagnostik der kindlichen Tuberkulose weitgehendst gefördert, wozu nicht zuletzt die fortschreitende Entwicklung der Röntgenologie beigetragen hat. Klinik und Röntgenuntersuchung ermöglichen es uns heute, die Frage der Aktivität oder Inaktivität der Tuberkulose beim Kinde mit ziemlicher Sicherheit zu entscheiden und danach die Verschickungsmaßnahmen in Genesungsheime oder Heilstätten zu treffen.

Tuberkulin-positive, aber klinisch gesunde Kinder — soweit sie das 4. Lebensjahr überschritten haben — scheiden von vornherein für die Heilbehandlung aus, Tuberkulin-positive Kinder in schlechtem Gesamtzustand sind der Erholungsfürsorge zu überweisen (örtliche Fürsorgemaßnahmen durch Licht- und Sonnenbäder, Waldschulen, Genesungsheime, Seehospize, Solbäder). Aktiv tuberkulöse Kinder mit Erkrankungen der Bronchialdrüsen und der Lunge des Ranke'schen Primär-, Sekundär- und Tertiärstadiums, ferner mit extrapulmonalen Herden (Knochen, Gelenke, Drüsen, Haut, Peritoneum) gehören in die Heilstätte, während die akut verlaufenden Prozesse und die Endstadien Krankenhäusern zu überweisen sind.

Ehe ich mich meinem eigentlichen Thema, den heute in den Kinderheilstätten üblichen Behandlungsmethoden der Tuberkulose zuwende, sei es mir gestattet, einige kurze Bemerkungen über die Diagnose der intrathorakalen Tuberkulose einzufügen.

Besonderem Interesse begegnen in der letzten Zeit in der Literatur die Infiltrierungen. Diese perifokal entzündlichen Prozesse finden sich in allen Stadien der Tuberkulose, allerdings spielen das immunbiologische Verhalten des Organismus und die Konstitution bei der Entstehung solcher Infiltrierungen eine große Rolle. Die Primärfiltrierung sehen wir namentlich in den ersten Lebensjahren bei massiven Infektionen. Während klinisch nur ganz selten ein Befund zu erheben ist, zeigt ihm das Röntgenbild einwandsfrei: wir finden einen Schatten, der primären Herd und regionäre Drüsen einschließt. Bei Rückbildung der perifokalen Entzündung sehen wir auf der einen Seite den primären Herd zunächst weich, dann allmählich verkalkend bis verknöchernd und auf der anderen Seite denselben Prozeß in den Drüsen. Im Sekundärstadium begegnen wir Infiltrierungen der verschiedensten Ausmaße, beginnend mit dem periphilären bis zu ausgedehnten Lungeninfiltrierungen. Pathologisch-anatomisch beruht die Infiltrierung auf einer serös-lymphozytären Durchtränkung des umgebenden Gewebes. Der Fokus kann entweder in einem Lungenherd oder in der Drüse liegen, wobei wir uns den Vorgang so zu denken haben, daß die Entzündung durch einen toxischen Reiz auf das sensibilisierte Gewebe hervorgerufen wird. Sowohl von anderer Seite wie auch von uns wurde darauf hingewiesen, daß diese Infiltrierungen vorwiegend bei Kindern beobachtet werden, die die Zeichen der exsudativen Diathese aufweisen. In prognostischer Hinsicht sind die perifokalen Entzündungen des Sekundärstadiums als günstig zu bewerten.

Die Rückbildung erfolgt im allgemeinen in einigen Monaten — röntgenologisch sehen wir die Aufhellung vom Rande her. Bei den sich langsam zurückbildenden perifokalen Entzündungen sehen wir indurative Vorgänge, auf deren Boden sich später trockene Bronchiektasien bilden können.

Nach dieser Abschweifung, die mir zum Verständnis des therapeutischen Handelns wichtig erschien, wende ich mich dem Hauptthema, der Behandlung der kindlichen Tuberkulose zu.

Die Behandlungsmethoden der kindlichen Tuberkulose in den Kinderheilstätten bauen sich im Wesentlichen auf den von Brehmer und Dettweiler begründeten hygienisch-diätetischen Heilverfahren auf mit der Einschränkung, daß beim Vorherrschen der extrapulmonalen Tuberkulose im Kinderalter der Sonnenbehandlung eine größere Bedeutung zukommt, als dieses bei der Tuberkulose der Erwachsenen der Fall ist. In der Technik der Sonnenbehandlung haben sich unsere Auffassungen im Gegensatz zu der in anderen Heilstätten geübten Heliotherapie, namentlich im Gegensatz zu den Heilstätten der Schweiz, im letzten Dezennium geändert. Wir gewöhnen zwar die Patienten, wie allgemein üblich, sukzessiv an das Sonnenlicht, sind aber mehr und mehr davon abgekommen, Ganzbestrahlungen von vielstündiger Dauer durchzuführen. Wir haben uns daran gewöhnt, auch die Sonnenbestrahlung im Sinne des „Arndt-Schulz'schen biologischen Grundgesetzes" durchzuführen, das besagt: „Schwache Reize fachen die Lebensfähigkeit der Zelle an, mittelstarke fördern sie, starke hemmen sie, stärkste heben sie auf".

Auf den Streit, ob die Sonnenbestrahlung des Hochgebirges der der Ebene überlegen ist, will ich hier nicht eingehen. Es mögen die kurzen Hinweise genügen, daß auch vom erbittertsten Gegner der Klimabehandlung die Ueberlegenheit des Hochgebirges im Winter zugestanden werden muß. Die zu dieser Zeit gegebene größere Sonnenscheindauer, die Lichtintensität und die Trockenheit der Luft infolge der Schneedecke machen diese Vorteile verständlich.

Von besonderer Wichtigkeit erschien es uns, bei der Sonnenbehandlung weitgehendst die Konstitution zu berücksichtigen, denn wir sahen wiederholt, daß beispielsweise exsudative Kinder schon auf kurzfristige Bestrahlungen, namentlich im Frühjahr zur Zeit der größten Reagibilität dieser Konstitutionstypen, mit hartnäckigen Katarrhen der Trachea und Bronchien antworteten, die sich erst zurückbildeten, wenn die Sonnenbestrahlung ganz ausgesetzt wurde. Wir dürfen uns die Bronchitiden, die wir als „Sonnenbronchitis" bezeichneten, vielleicht so erklären, daß durch die Ultraviolettstrahlung im kindlichen Organismus Eiweißstoffe abgebaut werden, die dann im Sinne von Reizkörpern wirken. Aus allen diesen Beobachtungen haben wir gelernt, daß es ein Schema für die Sonnenbestrahlung nicht gibt, und daß nur strengste Individualisierung den Erfolg verbürgen kann. Am deutlichsten wird uns dieses bei den schweren Formen chirurgischerTuberkulose, bei denen wir oft sehen müssen, daß der Sonnenklimareiz sich nicht als Heilantrieb auswirkt, als optimaler Reiz, der bewältigt werden kann, sondern bei denen er als Ueberreiz wirkt, der die Zelltätigkeit des kranken Organismus aufhebt. Aus dieser Tatsache folgt zugleich, daß der kindliche Körper noch über eine gewisse Widerstandskraft verfügen muß, wenn die Klimatotherapie in einer Höhenlage von 1000 m erfolgversprechend sein soll. Ebenso kontraindiziert ist der Sonnenreiz bei den infiltrativen Formen der sekundären Lungentuberkulose und den tertiären Lungenphthysen, während bei der Hilustuberkulose und den leichten disseminierten Formen der Sekundärtuberkulose im Ausheilungsstadium der Versuch vorsichtiger Bestrahlung gerechtfertigt ist, um eine allgemeine Umstimmung des Organismus zu erzielen.

Neben der systematischen Besonnung erstreckt sich unsere Behandlung der chirurgischen Tuberkulosen auf die heute üblichen Behandlungsmethoden der Lagerung, wobei ich bemerken darf, daß wir den Gipsverband prinzipiell nicht ablehnen, ihn aber nur auf solche Kinder beschränken, bei denen wir durch andere Methoden (Extension) eine Ruhigstellung des erkrankten Gelenkes nicht erzielen können. Bei Erkrankungen der Extremitäten verbinden wir mit der Ruhigstellung die Stauungsbehandlung nach Bier: dreimal drei Stunden täglich Stauung, dazwischen einstündige Pause. 10 Minuten vor Anlegung der Staubinde geben wir nach der Bier'schen Vorschrift den Patienten Jod in Fom von Jodnatrium und zwar Kindern unter 10 Jahren eine Tagesdosis von 0,5 g, Kindern zwischen 10 und 14 Jahren 1 g pro die.

Einige kurze Bemerkungen möchte ich gleich hier über die lokale Behandlung der Fisteln bei chirurgischer Tuberkulose anfügen. Zur Reinigung des Fistelgrundes und zum Abklingen lokaler Entzündungen applizieren wir zunächst feuchte Verbände. Granulationspfröpfe, die den Sekretabfluß verhindern und zu Retentionen führen, werden abgetragen oder mit dem Argentumstift geäzt. Als ersten Reiz wenden wir das Kampher-Phenol an, indem mit dieser Lösung getränkte Gazestreifen in die Wunde eingelegt werden. Ist dieser Reiz nicht ausreichend, so führen wir einen mit 10%iger Jodtinktur oder Jodoformglyzerin getränkten Docht bis auf den Fistelgrund. Wie bei jeder Wundbehandlung liegt der Erfolg auch hier im medikamentösen Wechselreiz — jeder einseitige Reiz führt rasch zur Gewöhnung.

Hinsichtlich der Kurdauer stehen wir heute auf einem andern Standpunkt als noch vor einigen Jahren. Damals glaubte man, unter dem Einfluß der Schweizer Schule, daß nur Kuren von mehreren Jahren zum Ziel führen könnten, vergaß dabei aber, daß nur das als heilungsfördernd anzusehen ist, was als Reiz wirkt, und daß nach einer gewissen Zeit der Organismus gegen jeden Reiz abstumpft, sei es nun der klimatische, der Strahlungs- oder andere physikalische Reize. Aus dieser Ueberlegung und aus der Erfahrungstatsache, daß es nicht zweckdienlich ist, einige wenige chirurgische Tuberkulosen über Jahre in Heilstätten zu halten, führen wir deshalb in neuerer Zeit bei gutartigen chirurgischen Tuberkulosen Heilstättenkuren nur so lange durch, als wir von den klimatischen Reizen eine Beeinflussung erwarten können, und unterbrechen die Kur durch eine mehrmonatliche Rückverlegung in niedrigere Höhenlagen des Heimatortes, um dann bei Wiederaufnahme in die Heilstätte erneut Sonne und Klima auf den Gesamtorganismus wirken zu lassen.

Sozial hat diese Methode den Vorteil, einer größeren Zahl von chirurgischen Tuberkulosen, als es früher der Fall war, die Möglichkeit einer Heilstättenkur im Hochgebirge zu geben. Die Verfeinerung der Blutuntersuchung, im Besonderen die fortlaufende Kontrolle der Blutkörperchen-Senkungsreaktion gibt uns weiterhin die Möglichkeit, die für die Klimatotherapie ungeeigneten Fälle chirurgischer Tuberkulose nach kurzer Beobachtung auszuschalten.

Die ausgesprochenen Formen der tertiären Lungentuberkulose im Kinderalter bieten hinsichtlich der Therapie gegenüber den gleichen Formen des Erwachsenenalters keine Besonderheiten. Die Indikationsstellung für Pneumothorax und Exhairese ist dieselbe, nur glaube ich auf Grund der bisherigen eigenen Beobachtungen annehmen zu müssen, daß die Endresultate keineswegs so günstig sind, wie sie von mancher Seite dargestellt werden. Es ist gefährlich, sich an Einzelerfolgen zu berauschen, und gerade bei den chirurgischen Behandlungmethoden der kindlichen Phthise scheint mir, wie bei der Prognose der offenen Lungentuberkulose des Kindesalters überhaupt, allergrößte Skepsis erforderlich zu sein. Nicht der vorübergehende Erfolg darf den Wert einer Methode entscheiden, sondern die über Jahre ausgedehnte Beobachtung, die uns sagt, ob aus dem einstmal kranken Kind ein vollwertiges Mitglied der menschlichen Gesellschaft geworden ist.

Ich wende mich der Behandlung der Hauttuberkulose zu, die uns im Kindesalter am häufigsten in der Form des Skrophuloderms und des Lupus vulgaris begegnet. Während wir uns anfangs in der Therapie der Hauttuberkulose ausschließlich auf natürliche und künstliche Lichtbehandlung beschränkten, sind wir in den letzten Jahren zu kombinierten Behandlungsmethoden übergegangen. Wir vereinigen heute den Lichtreiz mit dem mechanischen, chemischen und spezifischen oder unspezifischen Reiz, wodurch wir vor allem den Vorteil der Abkürzung der Kurdauer erzielen. Beim Skrophuloderm, bei dem die Kolliquation des tuberkulösen Gewebes bereits gegeben ist, unterstützen wir diesen Vorgang durch die Applikation von Kupferdermasan und Kochsalz und schließen den Defekt durch die verschiedensten milden Reizsalben, wie Terpestrol-, Pellidol-, Philoninsalbe oder Unguentum colloidale Credé. Das wesentlichste dieser Form der Behandlung ist, individuell zum richtigen Zeitpunkt den geeignetsten Reiz einwirken zu lassen. In der Behandlung des Lupus, vor allem des Lupus erythematodes hat uns neuerdings das Pyotropin gute Dienste geleistet. Der Vorteil des Pyotropin liegt hauptsächlich in seiner starken Aetzwirkung mit der Besonderheit hervorragend elektiver Angriffsweise nur auf das erkrankte Gewebe. Alle bisher auf diese Weise behandelten Lupusfälle heilten mit glatter Narbenbildung aus. Kleinere Rezidive wurden dreimal beobachtet. Auf Grund dieser unserer Beobachtungen möchten wir die Behandlung des Lupus mit Pyotropin in Verbindung mit Licht und Tuberkulin infolge der Einfachheit der Anwendungsform, der energischen Wirkung, der relativ kurzen Behandlungsdauer und des kosmetisch guten Enderfolges als die Methode der Wahl ansehen. Alle diese lokalen Behandlungsformen ersetzen jedoch nicht die Allgemeinbehandlung. Die Umstimmung des Gesamtorganismus und die Steigerung seiner Abwehrkräfte sind das Fundament, auf dem sich alle anderen Maßnahmen aufbauen müssen.

Kurz streifen möchte ich noch zum Schluß die Behandlung der Tuberkulose mit Lipoidstoffen, die in neuerer Zeit stark in den Vordergrund des Interesses getreten ist. Ohne auf die theoretischen Grundlagen der Lipoidtherapie einzugehen, beschränke ich mich darauf, die praktischen Ergebnisse darzulegen, wie sie sich uns in der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose vornehmlich gezeigt haben. Als Präparat verwenden wir das Lipatren der Behringwerke, das 1%iges Lipoid (Rinderhirnlezithin in zelldisperser Form) und 2%iges Yatren (Jod-Oxychinolin-Sulfosäure) enthält. Bei intramuskulärer Applikation beginnen wir mit kleinsten Dosen (0,005 ccm) und steigern 8tägig um 0,005 bzw. 0,01 ccm bis zur Höchstzahl von 8 Injektionen in einem Behandlungsturnus, den wir nach 3 Wochen wiederholen. Aus den bisherigen Versuchen ergibt sich immer wieder die Forderung, mit allerkleinsten Dosen einschleichend zu behandeln und die Wirkung des gesetzten Reizes durch fortlaufende Kontrolle der Blutkörperchen-Senkungsreaktion — in kurvenmäßiger Darstellung — und des differenzierten

Blutbildes zu verfolgen. Unter Einhaltung dieser Voraussetzung und unter der nicht weniger wichtigen Voraussetzung der exakten Qualitätsdiagnose gelang es uns in vielen Fällen, den Heilungsvorgang zu fördern und die Behandlung abzukürzen, was gerade bei einer Krankheit, wie der Tuberkulose, die sich oft über Jahre erstreckt, von weittragendster Bedeutung ist.

Ich bin am Ende meiner Ausführungen, die naturgemäß nur einen skizzenhaften Ueberblick über den heutigen Stand der Therapie aller Formen der kindlichen Tuberkulose geben konnten. Aber ich gebe mich der Hoffnung hin, mit meinen Darlegungen den Beweis erbracht zu haben, daß wir heute durch aktive Therapie sehr wohl in der Lage sind, die natürlichen Heilungsvorgänge weitgehendst zu fördern und durch die dadurch wesentlich abgekürzte Behandlungsdauer einer größeren Zahl von Kranken die Vorteile einer Heilstättenkur zu gewähren, als es früher möglich war.

(Es folgen Demonstrationen.)

Laufende medizinische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 45, 11. November.

Aetiologie des Scharlachs. In ca. 4% der Fälle findet sich beim Scharlach ein dem echten Diphtheriebazillus anscheinend vollkommen gleichendes Stäbchen, so daß eine Kombination des Scharlachs mit der Diphtherie in solchen Fällen für gewöhnlich angenommen wird. Eingehende bakteriologische Untersuchungen beweisen die Möglichkeit, diese beim Scharlach vorkommenden Keime kulturell von den übrigen pathogenen Keimen der Diphtheriegruppe zu trennen. Vor allen haben die von Scharlachkranken stammenden Keime die Fähigkeit, auf festen, Lipoide enthaltenden Serumnährböden Myelintropfen und Cholesterinkristalle nach 3- bis 4tägigem Wachstum zu bilden. Gewisse epidemiologische Beobachtungen, die im Laufe der Jahre wiederholt gemacht wurden, wiesen darauf hin, daß das Vorkommen dieser Keime irgendwie mit der Aetiologie des Scharlachs in Zusammenhang zu bringen ist. In geschlossenen Abteilungen, in denen spontan einige Fälle von Scharlach zum Ausbruch kamen, traten kurz vorher oder nachher Erkrankungen auf, die klinisch und bakteriologisch als Diphtherie gedeutet werden mußten (Angina, blutiger Schnupfen), bei denen sehr oft diese Variante des Diphtheriebazillus gefunden wurde. Kurz nach Einlieferung eines Kindes, das an Koryza litt und massenhaft diese Erreger im Nasensekret beherbergte, erkrankte der Bettnachbar an einem typischen Scharlach. Andererseits gaben auch solche Kinder, bei den zufällig diese Keime gefunden wurden, den Anlaß zur Entstehung von Scharlacherkrankungen, sobald empfängliche Individuen in die Nachbarschaft gelangten. Ueberall dort, wo diese Abart des Diphtheriebazillus nachgewiesen wurde, kam es zum Auftreten von Scharlacherkrankungen, so daß Verf. einen ätiologischen Zusammenhang annimmt und diesen Erregertypus als Scharlachbazillus bezeichnet. Auffallend war die Tatsache, daß die Kinder, die ihren Scharlach von solchen Bazillenträgern erworben hatten, im Gegensatz zu den infizierenden Personen zur Zeit des Höhepunktes der Erkrankung, während des Exanthems, im Nasen- und Rachensekret niemals diese Bazillen aufwiesen. Die Scharlachbazillenträger hingegen, die den Scharlach in ihrer Umgebung verbreiten, fehlt das klassische Bild der Scharlacherkrankung. Somit muß der Keim, nachdem er bei den Infizierten den typischen Scharlach hervorgerufen hat, durch irgendwelche Prozesse derart verändert werden, daß er kulturell nicht mehr nachzuweisen ist. Bei Heimkehrfällen konnte der Scharlachbazillus verschiedentlich bei den nach überstandenem Scharlach zu Neuinfektionen führenden Personen aufgefunden werden. Die Scharlachbazillenträger sind als scharlachkrank zu bezeichnen. Denn Menschen, die diesen Erreger beherbergten, ohne daß irgendein Symptom auf Scharlach hindeutete, wurden mehrfach auf die Scharlachstation verlegt, ohne daß sie je sich mit Scharlach ansteckten. Umgekehrt infizierten diese Keimträger niemals andere Scharlachkranke oder Rekonvaleszenten mit ihren Bazillen. Fernerhin gelang es bei einer gesunden Versuchsperson, durch Uebertragung von Nasensekret eines scheinbar völlig gesunden Kindes, das sich nicht in der Umgebung von Scharlachkranken befand, jedoch durch die bakteriologische Untersuchung als Scharlachvirusträger gekennzeichnet werden konnte, einen typischen Scharlach hervorzurufen. Auch hier verschwanden die übertragenen Bazillen, so bald der Infizierte das Bild der klassischen Erkrankungen aufwies. Dieses gesetzmäßige Verhalten ist durch folgende Annahmen zu erklären. Die Infektion mit dem Scharlachbazillus führt im befallenen Organismus zu einer starken Vermehrung von Streptokokken. Wenn diese Keime — trotz der rapiden Vermehrung — sich wie Saprophyten verhalten (fehlende Virulenz der Streptokokken, zufällige Resistenz oder Immunität gegenüber diesen Keimen bei dem Betroffenen), so kommt keine Wechselwirkung zwischen Wirtskörper und Erreger zustande. Als Folge der Infektion mit dem Scharlachbazillus tritt nur eine Angina, ein blutiger Schnupfen oder ein diphtherieähnliches Krankheitsbild in Erscheinung. Sobald hingegen nach vorhergehender Infektion mit dem Scharlachvirus eine Sekundärinfektion mit Streptokokken zustande kommt, so ensteht der klassische Scharlach mit dem Exanthem, das sicherste Merkmal einer Ueberschwemmung des Körpers mit Streptokokkentoxin. Durch diese Sekundärinfektion werden die natürlichen Abwehrkräfte des Organismus so gesteigert, daß der äußerst empfindliche Scharlachbazillus in seiner Vermehrung gehemmt und fast immer zum Verschwinden gebracht wird. Aus der Infektion mit dem Scharlachbazillus ist eine Streptokokkenkrankheit geworden, bei der sich das antitoxische Streptokokkenserum äußerst wirksam erweist. Dieses Verschwinden der eigentlichen Krankheitserreger erklärt die trotz Vorhandenseins ungeheurer Streptokokkenmengen im akuten Stadium geringe Kontagiosität. Einzelne Personen sind trotz des Auftretens der Sekuninfektion nicht fähig, den Primärerreger unschädlich zu machen und können während der ganzen Dauer der Erkrankung, sowie noch nach Abschluß der Rekonvaleszenz infektionstüchtig bleiben. Der Scharlacherreger bereitet erst den Boden für das Haften des pathogenen, jedoch nicht kontagiösen hämolytischen Streptokokkus, der dann das Krankheitsbild beherrscht.

Wirkung des Morphins auf die Gallenwege. Der Fluß der Lebergalle wird durch Morphium zum Verschwinden gebracht. Eine Kontraktion der Gallenblase — wie sie durch kräftige Cholekinetika (Oel, Hypophysin) sonst regelmäßig ausgelöst wird — bleibt nach vorheriger Morphiumgabe aus. Auch eine schon im Gang befindliche Entleerungsaktion der Gallenblase wird durch die Präparate der Morphiumgruppe unterbrochen. Die auf einen Reiz hin gewöhnlich zu erwartende Gallenblasenkontraktion bleibt — wie die Röntgenuntersuchung zeigt — unter Morphium aus. Morphium bringt die Gallenblase zum Erschlaffen und bedingt gleichzeitig eine Kontraktion des duodenalen Abschnittes des Choledochus. Bei Koliken ist die Verwendung von Atropin zugleich mit Morphin zweckmäßig, da dieses Alkaloid die Gallenblasenmuskulatur ebenfalls erschlaffen läßt und zudem durch Einwirkung auf die Muskelbündel an der Einmündungsstelle des Choledochus spastische Vorgänge dort verhütet.

Vergleichende Untersuchungen über die Wirksamkeit verschiedener Provokationsmethoden bei der Gonorrhoe. Die chemische Provokation mit Lugolscher Lösung (1 : 2 : 500, Lösung 2 Minuten in der Harnröhre belassen, sofern nicht vorher Brennen eintritt!) ist der kombinierten, mechanisch-biologischen Provokation (Massage auf Dittelstift evtl. Prostatamassage, und Gonokokkenvakzine intramuskulär) weit überlegen. Unter bestimmten Bedingungen wies die Lugol-Provokation 5 bis 6% Versager auf, während die mechanisch-biologische Provokation nur in etwa 40% der Fälle wirksam war. Es ist daher unbedingt zu empfehlen, die übliche zweimalige Provokation beide Male mit Lugol vorzunehmen. Auf jeden Fall ist vor der kostspieligeren und komplizierten mechanisch-biologischen Methode mit der Reizung durch Lugol-Lösung anzufangen.

Vestibularistod beim Baden. Das Eindringen von Wasser in die Paukenhöhle kann durch Auslösen der kalorischen Vestibularisreizung gefahrbringend sein und zu plötzlichen Todesfällen durch Ertrinken führen. Für einen Menschen, der im ruhigen Wasser schwimmt, ohne zu tauchen, ist der Vestibularisreiz nicht lebensgefährlich. Der Unterschied der beiden Medien Luft und Wasser ist gefühlsmäßig für den an der Oberfläche des Wassers Schwimmenden so stark, daß der Einfluß des kalorischen Reizes das Orientierungsvermögen nicht aufheben kann. Beim Schwimmen im bewegten Wasser wird die Gefahr größer, da die Grenze beider Medien für das Oberflächen- und Tiefengefühl nicht mehr so fest liegt. Noch ungünstiger gestaltet sich die Lage, sobald der Reiz

unter Wasser auftritt. Besonders gefährdet sind Menschen mit kurzem, weitem Gehörgang, mit großen Defekten im Trommelfell sowie Radikaloperierte, bei denen der Gehörgang plastisch erweitert ist.

Indikation zu chirurgischen Eingriffen im Säuglings- und Kleinkindesalter. Die absolute Indikation zum chirurgischen Handeln ist gegeben: bei Mißbildungen, die durch Gefährdung des Lebens frühzeitiges Eingreifen erfordern (z. B. Atresia ani) sowie bei jenen Entwicklungsstörungen, durch die Ernährung und Weiterentwicklung in Frage gestellt werden (Hasenscharte bei unüberwindlichen Trinkschwierigkeiten, Verschluß der Gaumenspalte selten vor Abschluß des ersten Lebensjahres vorzunehmen). Absolut indiziert ist der chirurgische Eingriff beim Ileus (wobei insbesondere mit der konservativen Behandlung der Invagination keine Zeit zu verlieren ist). Die Behandlung der spastischen Pylorusstenose ist nur eine operative, wenn sorgfältige und geschulte Pflege sowie die diätetisch-medikamentöse Behandlung durch den Erfahrenen eine Heilung nicht herbeiführen können. In der Therapie der eitrigen Pleuritis sind konservative Verfahren (Punktion, Drainage mit oder ohne Spülung) der Rippenresektion unbedingt bei Kindern bis zum Ende des ersten Lebensjahres vorzuziehen. Die beste Aussicht für die konservative Behandlung bieten Pneumokokkenempyeme, während Empyeme durch andere Eitererreger zumeist in Zusammenhang mit der Grundkrankheit (Pyämie, Sepsis) größere Schwierigkeiten bedingen. Die größere Mehrzahl der im Säuglingsalter auftretenden Hernien verschwinden während des ersten Lebensjahres spontan oder unter geeigneter konservativer Behandlung. Die Einklemmung stellt in Anbetracht der Häufigkeit der Leistenbrüche in diesem Alter ein so seltenes Ereignis dar, daß diese Möglichkeit eine prinzipielle Frühoperation nicht rechtfertigen kann, so glänzend auch die Erfolge der operativen Behandlung sein mögen. Die Indikation zur Operation ist erst im 2. Lebensjahr gegeben, wenn der Bruch keinerlei Tendenz zur Rückbildung erkennen läßt. Besonders Nabelbrüche — selbst größeren Umfanges — verschwinden spontan, sobald die Bauchmuskulatur bei Beginn des Laufenlernens kräftiger wird. Die Einklemmung läßt sich durch den Heftpflasterverband sicher verhüten. Ueberflüssig und schädlich ist die operative Behandlung der Phimose im Säuglingsalter. Echte Phimosen (nicht die physiologische Enge der Vorhaut und ihre physiologische, allmählich sich lösende Verklebung mit der Glans) mit der Unfähigkeit, den Urin im Strahl zu entleeren, sind selten und sind fast immer durch die mechanische Dehnung zu beseitigen. Paraphimosen sind selten. Eine Phimosenoperation kann die durch ein Ulcus orificii externi hervorgerufenen Miktionsbeschwerden nicht beseitigen. Erkrankungen des Mittelohres geben nur in Ausnahmefällen eine berechtigte Indikation zum aktiven Vorgehen ab. Die wahllose Parazentese und Punktion des Mittelohres ist bei ernährungsgestörten Säuglingen unbedingt als schädliche Maßnahme zu bezeichnen. Chirurgische Eingriffe im Nasenrachenraum (Entfernung der Rachenmandel) kommen im Säuglingsalter nicht in Frage. Biberfeld.

Medizinische Klinik.

Nr. 43, 28. Oktober 1927.

Zur Kasuistik der akuten Lymphogranulomatose. Der Fall betrifft eine 48 jährige Frau, die plötzlich aus voller Gesundheit unter Durchfällen mit krampfartigen, näher nicht charakteristischen Schmerzen erkrankt und bei der schon im Beginn ein allem Anschein nach dem linken Retroperitoneum zugehöriger derber, höckeriger, unverschieblicher, mannsfaustgroßer Tumor festgestellt wurde. Die Probelaparotomie hat einen gegen das Mesenterium des Dünndarms vorwachsenden inoperablen retroperitonealen Tumor festgestellt, der im Netz Metastasen gesetzt hatte. Bald nach der Probelaparotomie entwickelte sich in der Bauchhöhle ein freier Erguß, der erst einen serösen, später mehr chylösen Charakter hatte. Die Patientin wird sehr bald auffallend blaß, sie macht einen stark anämischen Eindruck, es entwickelt sich das Bild einer schweren, fortschreitenden Kachexie. Es bestanden remittierende Temperaturen. In der letzten Zeit ihrer Erkrankung hatte die Patientin starke Schweiße. Kein Hautjucken. Drüsen konnten nicht palpiert werden. Das Blutbild ergab nichts charakteristisches. Der Harnbefund war negativ. Der Verlauf der Krankheit war ein unaufhaltsam progredienter. Nach einem Krankenlager von 14 Wochen ging die Patientin kachektisch zugrunde. Charakteristisch für ein Lymphogranulom waren in diesem Falle nur die starken Schweiße, der initiale Durchfall, die Anämie und die remittierende, an ein Rückfallfieber erinnernde Fieberkurve. Der Verfasser kommt zu dem Schluß, daß in allen Fällen, in welchen die Differentialdiagnose zwischen Lymphogranulom und Karzinom nicht gestellt werden kann, unter Umständen eine probatorische Bestrahlung die Entscheidung fällen kann.

Ein Beitrag zur Frage der Verwandtschaft von Variola vera mit Varizellen einerseits und Varizellen mit Herpes zoster andererseits. Es werden zwei Fälle von Varizellen mitgeteilt, bei denen eine Quarzlichtbestrahlung während der Inkubation zu einer variolaähnlichen Verschlimmerung der Varizellen führte. Das Exanthem war am dichtesten in der Gegend der Mitte des Lichtkegels. Diese Fälle dienen als Stütze des von Sahli vertretenen Neuunitarismus, wonach Variola vera und Varizellen zwar verschiedene Krankheiten sind, aber ätiologische Beziehungen und Uebergänge zwischen beiden bestehen. Die Erreger beider Krankheiten sind qualitativ fixierte Modifikationen des nämlichen Stammgiftes. Die Fixation der Virulenz ist im allgemeinen derart, daß aus Varizellen nicht Variola, aus Variola nicht Varizellen entstehen. Gelegentlich können sich aber die qualitativen und quantitativen Variationen der Virulenz so stark entwickeln, daß der betreffende Fall eventuell in das Gebiet der anderen Krankheit fällt. Die Frage der ätiologischen Verwandtschaft zwischen Varizellen und Herpes zoster kann noch nicht als endgültig geklärt gelten. Es wird nämlich einerseits durch die Quarzlichtbestrahlung Herpes günstig beeinflußt, Varizellen aber verschlechtert, andererseits ist bei Herpes Eosinophilie, bei Varizellen hingegen Verminderung der Eosinophilen zu finden.

Beitrag zur Frage der Verwendbarkeit der Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhoe. Verfasser konnte das Auftreten einer spezifischen Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhoe bestätigen. Die Zahl der anscheinend unspezifischen Ergebnisse überschreitet nicht wesentlich die Zahl der bei der WaR. gefundenen Unspezifität. Bei der Diagnose gewisser unklarer Fälle leistet die Komplementbindungsreaktion gute Dienste, weswegen sie wenigstens im Krankenhausbetrieb nicht mehr fehlen sollte. Es empfiehlt sich, für die Komplementbindungsreaktion bei der Gonorrhoe, wie für die WaR. die Herstellung der Antigene — womöglich staatlich — zu zentralisieren. Nur so wird es möglich sein, zuverlässige, vergleichbare Resultate zu erzielen, denn die Gonokokkenkultur und Gonokokkenantigen-Herstellung ist außerordentlich diffizil. Ueber den Zeitpunkt, zu dem nach Heilung der Gonorrhoe die positive Komplementbindungsreaktion wieder negativ wird, besteht noch keine einheitliche Meinung. Die Mitteilung von Baumann und Heimann, die noch zwei Jahre nach der klinischen Heilung positive Komplementbindungsreaktion fanden, läßt die Aussichten nicht allzu günstig erscheinen. Für die schwierige Frage der Ehekonsenserteilung wird aber der Ausfall der Komplementbindungsreaktion die Beantwortung oft erleichtern.

Zur Begutachtung der beruflichen Bleierkrankung. Es wird ein Fall mitgeteilt, aus dem hervorgeht, daß eine Bleischädigung bereits dann vorliegen kann, wenn alle Kardinalsymptome fehlen. Es ist natürlich nicht angängig, aus diesem immerhin selteneren Falle den Schluß zu ziehen, daß schon auf Grund der glaubhaften Angaben des Patienten ohne ein Vorliegen objektiver Anzeichen das Bestehen einer Bleierkrankung angenommen werden soll. Wohl aber ist zu fordern, daß auch diejenigen Patienten, bei denen trotz genauer Untersuchung keine Anzeichen einer Bleierkrankung festzustellen waren, in regelmäßigen, nicht zu langen Abständen nachuntersucht werden, um das Entstehen einer Bleikrankheit rechtzeitig zu entdecken. Die periodischen Nachuntersuchungen sind zwar in fast allen Bleibetrieben gesetzlich vorgeschrieben, scheinen aber, wie der von den Verfassern beschriebene Fall zeigt, nicht immer die rechtzeitige Erkennung von Bleischädigungen zur Folge zu haben; welche Gründe dafür maßgebend sind, bleibt unklar. Gerade derartige periodische Nachuntersuchungen sind das beste Mittel, um

schwerere Gesundheitsschädigungen bei weiterer Bleiarbeit zu verhüten und andererseits das Auftreten von Rentenhysterie und unberechtigten Begehrungsvorstellungen hinanzuhalten. Wenn derartige Nachuntersuchungen von einer Stelle ausgeführt werden, von der die Versicherten wissen, daß dort rein objektiv untersucht wird, und daß ihre berechtigten Interessen gewahrt werden, so sind diese Untersuchungen das beste Mittel, unberechtigte Klagen zu beseitigen und die Unterlagen für eine objektive Beurteilung der Versicherten zu schaffen.

Nr. 45. 11. November 1927.

Beitrag zur Behandlung des Ulcus ventriculi und duodeni. Die Behandlung des Ulkus mit Wismut ist wegen der Vergiftungsmöglichkeiten verlassen worden. Ein geeignetes Ersatzmittel für Wismut ist das Baryum sulfuricum purissimum (Merck), das als Baryummahlzeit gerade von Ulkuskranken besonders gut vertragen wird. Häufig bessern sich sogar ihre Beschwerden oder verschwinden vollständig in den Tagen unmittelbar nach der Röntgenuntersuchung. Auf Grund dieser Beobachtung hat Verfasser den Versuch gemacht, das Baryum zur Behandlung von Ulzera und später auch von Neurosen des Magens, Azidismus usw. in Anwendung zu bringen. Statt des bloßen Baryum sulfuricum wurde Citobaryum (Merck) gebraucht, da das darin enthaltene Baryum nicht so schnell sedimentiert und das Präparat einen angenehmeren Geschmack besitzt. Das Citobaryum wurde in folgender Weise verordnet: Aus 1 Volumteil Citobaryum und 2 Teilen lauen Wassers wird eine Art Creme, etwa wie ein Kakao angerührt, derartig, daß das Mittel gleichmäßig verteilt ist. Hiervon muß der Kranke alle 2 Stunden untertags, allenfalls bei Schmerzen auch in der Nacht, wenn er aufwacht, einen Eßlöffel voll nehmen. Es empfiehlt sich die Mischung in kleinen Portionen, etwa eine kleine Kaffeetasse voll, anzurühren und vor der Einnahme jeweilig wieder gut durchzumischen. Praktisch gestaltet sich die Behandlung folgendermaßen: der Patient erhält bei Bettruhe eine mittelstrenge Kost mit Milch, Milchspeisen und Schleimsuppen, feuchtwarme Umschläge auf die Magengegend, allenfalls ein Belladonnapräparat und das Citobaryum. Oft schon nach 3 Tagen, in den allermeisten Fällen aber bereits nach einer Woche tritt vollkommene Schmerzfreiheit ein und es kann dann schrittweise, in vielen Fällen aber ziemlich rasch zu einer einfachen leichten Kost (mit Fleisch und leichtem Gemüse), zum Aufgeben der Umschläge, der Bettruhe und der Belladonnapräparate übergegangen werden, bis schließlich diese Diät auch ohne das Medikament vertragen wird. Eine Heilung des Ulkus in pathologisch-anatomischem Sinne tritt natürlich nicht ein. Die Aziditätswerte des Magensaftes und der Röntgenbefund ändern sich meist während der Kur nicht oder nur ganz wenig. Die einzigen objektiven Symptome, die unter der Behandlung ziemlich rasch verschwinden, sind die okkulte Blutung und der Druckpunkt. Der Wirkungsmechanismus des Citobaryums ist nicht ganz klar. Das Präparat vermag sehr langsam eine ziemliche Menge freier Säure zu binden. Vielleicht spielen auch eigenartige Adsorptionsverhältnisse, welche durch die Kombination des fein verteilten Baryum sulfuricum mit schleimigen Substanzen und durch das Festsetzen derselben an den Schleimhäuten und besonders im Bereiche des Ulkus geschaffen werden, eine Rolle.

Unsere Erfahrungen über Pseudokavernen im Röntgenbild. Es können manchmal auf der Röntgenplatte sowohl durch normale wie pathologische Gebilde im Brustkorb Ringschatten vorgetäuscht werden, die in Wirklichkeit keine Hohlräume sind. Man kennt diese Gebilde „Pseudokavernen". Im Spitzenfeld wird sehr häufig von der durch die Hautfalte oberhalb des Schlüsselbeins und dem Rand des Musculus sternocleidomastoideus gebildeten Kontur einerseits und dem Schatten der ersten Rippe andererseits eine ovale Aufhellung hervorgerufen. Eine ähnliche Figur kann in den seitlichen Thoraxpartien durch den Rand des Musculus pectoralis und den vorderen Anteil einer Rippe entstehen. Manchmal kommt es auch vor, daß die untere Kontur der Spina scapulae, die eine leichte geschwungene Linie ist, mit einem Rippenschatten zusammen eine ovale Aufhellung bildet. Beginnende Rippenknorpelverkalkungen am Uebergang des knorpligen in den knöchernen Anteil ergeben mitunter schöne ovale Ringschatten. Oft entstehen ringähnliche Schatten nach Verletzungen und operativen Eingriffen durch Weichteilverdünnung, Wulstbildung, Narben- und Knochenlücken. Auch spangenartige Knochenwucherungen an den Rippen nach der Thorakoplastik können Kavernen vortäuschen. Von normalen Gebilden in der Lunge selbst kann sich ein orthoröntgenograd getroffener Bronchus als Ring abbilden. Es handelt sich um kirschkerngroße, manchmal auch größere Ringschatten, die innerhalb oder in nächster Nähe des Hilus liegen. Weiterhin entstehen durch verstärkte Streifenzeichen infolge zufälliger Anordnung von Streifen häufig ringartige Schatten, und zwar sieht man diese gleichfalls in der Nähe des Hilus. In einem Falle war eine etwa kirschgroße Kaverne dadurch vorgetäuscht worden, daß die Knorpelknochengrenze der ersten linken Rippe leicht verkalkt war und sich als sichelförmiger Schatten darstellte. Durch Projektion liefen zwei gebogen verlaufende Streifen nach den Enden dieser Sichel und bildeten zusammen einen ovalären Schatten. Auch Adhäsionsstränge als Ausdruck einer abgelaufenen Pleuritis können unter Umständen ringförmige Schatten auf der Thoraxplatte ergeben. Pleuritische Stränge können auch dadurch zu Irrtümern führen, daß sie sich in eine Kaverne projizieren und zwei Hohlräume vortäuschen. Mitunter wird auch durch abgesacktes Exsudat eine ringförmige Aufhellung bedingt. Stark emphysematös veränderte Lungenpartien führen oftmals zur Bildung von Pseudokavernen. Zuweilen wird bei disseminierten Gewebsinfiltrationen der Kontrast zwischen diesen und dem restlichen Lungengewebe so erheblich, daß man glauben könnte, zerfallendes Lungengewebe vor sich zu haben. Zumeist kommt es hierbei auch zu vikariierendem Emphysem, wodurch der Eindruck noch verstärkt wird. Bei Pneumothorax werden verschiedentlich durch Verwachsungen Kavernen vorgetäuscht. Mitunter bekommt man auch Ringschatten zu Gesicht, die in völlig normalem Lungengewebe zu liegen scheinen, deren Aetiologie aber noch nicht geklärt ist.

Das konstitutionelle Moment der perniziösen Anämie. Morbus Biermer und Karzinom. Die perniziöse Anämie tritt mitunter mehrfach in einer Familie auf, ohne daß deshalb schon von einer familiären Konstitution des Morbus Biermer selbst gesprochen werden kann. Anscheinend kommt perniziöse Anämie in Familien vor, in denen auch Krebsleiden auftreten. Hierbei zeigt sich nun, daß die perniziöse Anämie in den Fällen familiären Auftretens ebenso wie das familiäre Karzinom in der zweiten Generation in viel früheren Lebensjahren auftritt als in der Aszendenz. In den krebsbelasteten Familien, in denen auch die perniziöse Anämie vorkommt, findet sich das Karzinom in der Aszendez vor, die perniziöse Anämie dagegen erst in der späteren Generation und letztere wird in der Deszendenz dann eben wieder in jüngeren Lebensjahren manifest als das Karzinom der Aszendenz. Es besteht also eine scheinbare zeitliche Ueberordnung des Karzinoms. In diesem Zusammenhang muß die Tatsache eines gelegentlichen gleichzeitigen Vorkommens beider Krankheiten im gleichen Patienten erst recht an Bedeutung gewinnen. Jeder Beobachter wird unter größerem Material diese Kombination vorfinden. Auf Grund dieser Erfahrung kann die Tatsache nicht unberücksichtigt bleiben, daß ein vom Karzinom befallener Organismus in späteren Jahren nochmal ein zweites nicht metastatisches Karzinom hervorzubringen vermag, wenn das erste Karzinom rechtzeitig und vor einer tieferen Rückwirkung auf den Gesamtorganismus entfernt wurde. Für die Frage des gleichzeitigen Vorkommens von Karzinom und Morbus Biermer im gleichen Kranken bei einer scheinbaren Verwandtschaft der beiden Krankheiten wäre diese Tatsache vielleicht dahin auszulegen, daß jede der beiden Krankheiten einerseits bei der langen Dauer ihrer Entwicklung und andererseits bei der Schwere ihrer Rückwirkung auf den Körper und der damit zusammenhängenden zwangsläufig gegebenen Verkürzung der Lebensdauer nur in Ausnahmefällen ein Auftreten auch noch der zweiten Krankheit zuläßt. Welches Bindeglied zwischen beiden Krankheiten besteht, läßt sich noch nicht erkennen.

Die Behandlung der perniziösen Anämie durch reichliche Ernährung mit Leber. Im Jahre 1926 veröffentlichten M i n o t und

Murphy in Boston ihre erste Abhandlung über die Behandlung der perniziösen Anämie mit täglichen Gaben von 120 bis 240 g gekochter Leber. Die Anregung haben Tierversuche anderer Autoren gegeben, welche zeigen konnten, daß ausgeblutete Hunde bei Fütterung mit Rindsleber ihr Blut auffallend rasch ergänzten. Der Nutzen der Leberverabreichung bei der perniziösen Anämie soll nicht darauf beruhen, daß ein hämolytischer Prozeß beim Kranken gehemmt wird, sondern auf einer unmittelbaren Wirkung auf die Bildungsstätte der Erythrozyten. Die Wirkung der Leberfütterung macht sich ohne Beziehung darauf geltend, ob die Kost bei einem ersten Anfall oder in einem späteren Zustand der Krankheit begonnen wird. Zugleich mit der Zunahme der roten Blutkörperchen vermindert sich die übermäßige Bildung von Gallenfarbstoff. Die krankhaften Formen der roten Zellen verschwinden aus dem Blute. Der Färbeindex wird niedriger als 1. Die beiden amerikanischen Aerzte sind von dem Dauererfolg ihrer Kur überzeugt. Allmählich verschwinden die Magen-Darmstörungen und die „Huntersche Zunge“, die nervösen Störungen bessern sich im Laufe der Behandlung. Nur die Achlorhydrie bleibt die ganze Zeit durch unverändert. Der Kranke soll täglich 150 bis 225 g Leber (gekochtes Gewicht) essen. Längeres Kochen ist zu vermeiden. Auch rohe Leber, fein gehackt, wird gut vertragen. Man gibt am besten 180 g Brei in zwei Teile geteilt und mit Orangensaft vermischt vor- und nachmittags. Nachdem die Zahl der Erythrozyten wieder normal geworden ist, genügt es manchmal 150 g Leber dreimal die Woche zu geben. In vorgeschrittenen Fällen hat die Behandlung versagt, weil die Kranken starben, ehe es gelang, eine wirksame Menge Leber einzuverleiben. Die englischen Aerzte empfehlen neben der Leber auch Arsen und große Mengen von Salzsäure zu geben.

L. Gordon, Berlin.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 47, 19. November 1927.

Ueber die Veresterung des Serumcholesterins bei Leberkrankheiten. Bei allen Lebererkrankungen, welche zur Abflußbehinderung der Galle zum Darm führen, kommt es zu einer Retentionshypercholesterinämie. Die Retentionshypercholesterinämie ist im wesentlichen durch eine einseitige Zunahme des freien Cholesterins bedingt, woraus eine relative Verminderung des Estercholesterins resultiert. Bei Lebererkrankungen ohne Ikterus (Leberzirrhosen) kann es ebenfalls zu einer Vermehrung des Cholesterins im Serum kommen, wobei die Veresterung ungestört ist. Leberzirhosen mit Vermehrung des Serumbilirubins verhalten sich verschieden: eine Gruppe von Fällen verhält sich wie die Leberzirrhosen ohne Ikterus, bei einer zweiten Gruppe kommt es zu einer relativen, bei einer dritten zu einer absoluten Verminderung des Estercholesterins. Ein vollkommenes Schwinden der Cholesterinester aus dem Blute wurde nicht beobachtet. Somit gestattet der Veresterungswert des Serumcholesterins keinen sicheren Rückschluß auf den Funktionszustand der Leber.

Fettstoffwechsel und Brunsthormongehalt des tierischen Corpus luteum. Die Mengenverhältnisse der Fettstoffe weisen im tierischen Corpus luteum in den verschiedenen Entwicklungsstadien bis in die Gravidität hinein nur geringfügige Schwankungen auf. Verestertes Cholesterin und Lezithin sind im Vergleiche zum menschlichen Corpus luteum in erheblich größeren Mengen vorhanden. Der histologische Fettnachweis im Corpus luteum des Rindes zeigt insofern Uebereinstimmung mit dem des Menschen, als sich in beiden in der Rückbildung die histochemisch darstellbare Fettmenge erheblich vermeh[rt]. Dagegen besteht der bedeutsame Unterschied, daß sich Brunsthorm[on] beim Rinde nur in dem Follikelsaft und in der Follikelwand befind[et], dagegen in keinem der weiteren Entwicklungsstadien, also wed[er] im Corpus luteum vor und während der Gravidität, noch dem d[er] Rückbildung. Beim Menschen verschwindet das Hormon bekanntli[ch] erst in der Rückbildung und in der zweiten Hälfte der Graviditä[t]. Die Rückbildung des tierischen Corpus luteum, die histologisch m[it] der des Menschen weitgehende Uebereinstimmung aufweist, begin[nt] erst 12 Tage nach der Brunst, ebenso die Rückbildung der Uteru[s]schleimhaut. Da Hormon im tierischen Genitale nach der Brun[st] nicht nachweisbar ist, bleibt die Ursache der Rückbildung vo[n] Uterusschleimhaut und Corpus luteum beim Rinde vorläufig ungeklär[t].

Resynthese der Milchsäure bei Störungen der Leberfunktion. B[ei] Störungen der Leberfunktion findet sich sowohl im Tierexperime[nt] als auch beim Menschen nach Injektion von milchsauren Salzen ei[ne] deutliche Störung des Abstromes der Milchsäure aus dem Blut[e]. Diese Befunde lassen darauf schließen, daß auch bei dekompensierte[n] Herzkranken beobachtete ähnliche Störungen in erster Linie auf d[ie] Störung der Leberfunktion durch Stauung zu beziehen sind.

Ueber das Entstehen und Verschwinden des Amyloids bei[m] Menschen. Das Amyloid beim Menschen wurde von den Pathologe[n] als eine Substanz betrachtet, die, einmal abgelagert, nicht mehr ve[r]schwinden kann, und die Kliniker waren der Ansicht, daß ein Ind[i]viduum, welches an Amyloid leidet, mit Sicherheit früher oder späte[r] daran zugrunde geht. Die klinischen Zeichen auf Amyloid bei einen herabgekommenen Individuum: vergrößerte Milz und Leber so[-] wie Albumin im Urin erlauben nur eine unsichere Wahrscheinlich[-] keitsdiagnose, die oft unrichtig ist. Eine sichere Diagnose läßt sic[h] nach Ansicht des Verfassers nur durch Organpunktion mit an schließender mikroskopischer Untersuchung stellen. Seit dem Jahr[e] 1920 verfuhr Verfasser bei 10 Patienten mit Amyloid derart. Fas[t] alle waren schwer mischinfizierte Knochen- oder Gelenktuberkulose[n]. Durch wiederholte Punktionen konnte der Autor das Entstehen, di[e] Abnahme und das vollständige Verschwinden des Amyloids ver[-] folgen. Eine Leber, die bei gleichzeitigem Aszites bis in die F. iliac[a] hinabreicht und mit Amyloid überfüllt ist, kann ganz frei vo[n] Amyloid werden. Verfasser hat drei solcher Fälle behandelt, be[i] welchen das Amyloid ganz verschwand und die Patienten völlig ge[-] sund wurden. Die Behandlung Waldenströms strebt die Heilun[g] der Ursache des Amyloids, der Eitersekretion, an. Gelingt es, di[e] Fisteln zu heilen, ehe der Patient an ihnen zugrunde geht, so ver[-] schwindet das Amyloid. Die Amyloidablagerung hält gleichen Schrit[t] mit dem Eiterfluß; kann man diesen nicht gänzlich zum Aufhören bringen, so verschwindet auch das Amyloid nicht vollständig. Da[-] mit es zur Amyloidablagerung kommt, muß der Eiterfluß den Zu[-] stand des Patienten stark herunterbringen, er muß reichlich sein, und längere Zeit vor sich gehen, in den Fällen des Verfassers waren es 1 bis 2 Jahre. Auch in der Leber von normaler Größe kann reichlich Amyloid vorhanden sein. Eine Einwirkung des Amyloids auf die Funktion eines Organes ließ sich nicht nachweisen. Die Nieren können voll von Amyloid sein, ohne daß Albumin im Harn auftritt. Man kann nicht zeigen, daß das Amyloid jemals Albumin im Urin verursachte.

Ueber das Verhalten des Gaswechsels bei einem Kastrierten. Die herabgesetzte Oxydationsenergie nach Kastration kann sich, wie im Falle des Verfassers, in einer gleichzeitig einsetzenden Herabsetzung des Grundumsatzes und der spezifisch-dynamischen Eiweißwirkung zeigen. Diese Veränderungen können sich innerhalb einiger Wochen bzw. Monate zurückbilden. Ein Fettansatz braucht weder nach Kastration noch bei Absinken der Oxydationsenergie aufzutreten.

Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 47, 18. November 1927.

Codyl-Sirup „Ingelheim“

Zusammensetzung:

Der **Codyl-Sirup** „Ingelheim“ ist aufgebaut auf den zahlreichen, in den letzten Jahren Gemeingut gewordenen Erfahrungen über den Synergismus zweier oder mehrerer Pharmaka.

Dem **Codyl-Sirup** „Ingelheim“ liegt zu Grunde das sogenannte Laudanon-Prinzip, dessen therapeutische Bedeutung heute außer allem Zweifel steht.

Der **Codyl-Sirup** „Ingelheim“ ist eine optimale Zusammensetzung mehrerer aus dem Opium isolierter Alkaloide. Er enthält die Hydrochloride von

Narcotin
Papaverin
Narcein
Thebain und
Codein

Der Gesamtalkaloidgehalt beträgt nur 0,15 %, davon entfällt auf Codein 0,0825 %.

Codyl-Sirup „Ingelheim"

Vorzüge:

Der **Codyl-Sirup** „Ingelheim" ist - wie aus der Aufstellung ersichtlich - **morphinfrei.** Er kann deshalb bedenkenlos auch Kindern gegeben werden.

Der **Codyl-Sirup** „Ingelheim" enthält ein **Minimum von Codein,** mit dem sich dank der Potenzierung seiner hustenstillenden Wirkung durch die wesentlich harmloseren Begleitalkaloide jede Art von Husten erfolgreich bekämpfen läßt.

Der **Codyl-Sirup** „Ingelheim" ist eine Arznei von absoluter Konstanz, unabhängig von der wechselnden Zusammensetzung der Rohdroge, aus der die Alkaloide erst in reiner Form isoliert werden.

Der **Codyl-Sirup** „Ingelheim" kommt dem Bestreben entgegen, Hustenarzneien in gelöstem Zustand dem Organismus zuzuführen. Die wohlschmeckende Sirupform begründet seine besondere Eignung in der Kinderpraxis.

Wie die klinische Prüfung ergab, ist **Codyl-Sirup** „Ingelheim" gut bekömmlich, frei von Nebenwirkungen und wirkt nie hemmend auf die Expektoration.

Codyl-Sirup „Ingelheim“

Indikationen:

Alle Reizzustände der Atmungswege
Tracheitis
Bronchitis
Pleuritis
Phthisis pulmonum
Haemoptoe
Grippe
und alle infektiösen Erkältungskrankheiten.

Dosierung:

1 Teelöffel = 5 g = 0,004 g Codein. hydrochl.
1 Eßlöffel = 15 g = 0,012 g Codein. hydrochl.

Erwachsene:

je nach Bedarf über den Tag verteilt 3—6 mal 1 Eßlöffel, oder 2 Eßlöffel abends vor dem Schlafengehen.

Kinder:

je nach Alter und Ernährungszustand 3—4 mal $^1/_2$—$1^1/_2$ Teelöffel.

Säuglinge:	bis zu 6 Monaten	3	mal täglich	$^1/_3$	Teelöffel
Kinder:	bis zu 1 Jahr	3	„ „	$^1/_2$	„
„	„ „ 6 Jahren	3	„ „	1	„
„	„ „ 12 „	3	„ „	2	„
„	über 12 Jahre	3	„ „	1	Eßlöffel

Originalflasche Codyl-Sirup „Ingelheim“
Klinikpackungen mit 1000 g

Erfahrungen mit dem Morphinderivat Dilaudid. Dem Dilaudid gebührt unter den stärkeren Antineuralgika ein hervorragender Platz; es bewährt sich besonders als Analgetikum. Es ist unentbehrlich gegen die tabischen Schmerzen und kann zur Linderung der bei einer Fieberkur auftretenden Schmerzen dringend empfohlen werden. Es gibt einen Dilaudidismus. Die Gewöhnungsgefahr besteht, ist aber lange nicht so groß wie bei anderen Morphinderivaten.

Ueber die klinische Brauchbarkeit der interferometrischen Methode zum Nachweis der Abderhaldenschen Reaktion. Eine quantitative Methode in strengem Sinne ist die Interferometermethode nach Hirsch nicht. Die Resultate der interferometrischen Methode sind infolge der großen Empfindlichkeiten derselben so schwierig zu deuten, daß sie auch für klinische Zwecke noch nicht empfohlen werden kann. Die angewandte Mühe und Sorgfalt in der Untersuchung ist im Vergleich zu den geringen Resultaten, zumal diese nur als Unterstützung der klinischen Diagnose verwandt werden sollen, zu groß. Es gelingt vielleicht bei weiterer Erforschung der Kolloidstabilität des Serums mittels der physikalisch-chemischen Methoden, die interferometrische Methode zu bessern. Die Interferometrie völlig zu verwerfen, hält Verfasser für verfrüht, da sie zunächst ihren wissenschaftlichen Wert behält.

Uebertragung der Tuberkulose durch filtrierbare Erreger. Der Tuberkelbazillus, der als säure- und alkoholfestes Stäbchen bekannt ist, hat auch eine unsichtbare, filtrierbare Form. Diese vermag, wenn auch nur selten, bei trächtigen Tieren die Plazenta zu passieren und sich bei den jungen Tieren zu säure- und alkoholfesten Stäbchen zu entwickeln. Die Virulenz dieser Stäbchen scheint sehr niedrig zu sein. Sie vermögen nur selten eine progrediente Tuberkulose zu erzeugen. Wieweit ihr Verweilen im Organismus des jungen Tieres immunisierend wirkt, sollen die weiteren Versuche der Verfasserin, die noch nicht abgeschlossen sind, ergeben.

Die Behandlung der Tuberkulose mit Triphal. Verfasser hält folgende Formen der Tuberkulose für die Triphalbehandlung am meisten geeignet: 1. Produktive Lungentuberkulosen mit frischer, kleinknotiger Dissemination. 2. Produktive Lungentuberkulosen mit nur geringem oder mäßigem Fieber, geringer Tendenz zur Progredienz und Konfluenz der Herde, dagegen zur bindegewebigen Abgrenzung und Induration. Darüber hinaus aber kann man das Indikationsgebiet der Triphalbehandlung auch erfolgreich ausdehnen auf: Produktive Lungentuberkulose mit progredientem Verlauf und konfluierenden Herden, auch wenn sie mit Fieber einhergeht und kavernöse Einschmelzung zeigt. Exsudative Lungentuberkulose. Bei diesen Fällen, bei denen sonst jede aktive Therapie kontraindiziert ist, ist mit der Triphalbehandlung manchmal noch etwas zu erreichen, obwohl man bei den meist hektisch fiebernden und kachektischen Patienten seine Erwartungen nur auf ein niedriges Maß einstellen darf. Miliartuberkulose behandlte Verfasser in zwei Fällen mit Triphal. Der eine dieser Fälle zeigte eine wochenlang anhaltende Remission; durch einen neuen Nachschub wurde jedoch die hierdurch geweckte Hoffnung zerstört. Der andere Fall blieb unbeeinflußt. Kehlkopftuberkulose bildet keine Kontraindikation, sondern wird im Gegenteil sowohl in ihrer produktiven wie auch in ihrer ulzerösen Form oft so auffallend günstig beeinflußt, wie Verfasser es bei keiner anderen Behandlung sah. Dadurch wird die lokale Behandlung keineswegs überflüssig gemacht, kann aber durch das Zusammenarbeiten des Internisten mit dem Laryngologen wesentlich unterstützt und gefördert werden. Tuberkulöse Erkrankungen anderer Organe, z. B. der Nieren und der Haut, der Knochen und der Gelenke, sind für die Triphalbehandlung nach Angabe anderer Autoren geeignet. Verfasser selbst sah günstige Resultate der Triphalbehandlung bei der Augentuberkulose. Darmtuberkulose ist für die Goldtherapie im allgemeinen ungeeignet, es sei denn in beginnenden Fällen. Bei Bauchfelltuberkulose kann die Goldbehandlung zur Unterstützung der Strahlenbehandlung herangezogen werden, sofern es sich nicht um schwere Fälle handelt. Bei sorgfältiger Dosierung und Auswahl der Fälle kann man nicht schaden und evtl. sehr viel nützen. Hauptsächlich scheint das Triphal die natürlichen Abwehrvorgänge des Körpers zu steigern, indem es die Proliferation und Abkapselung der produktiven Herde anregt und andererseits die Resorption von exsudativem und nekrotischem Material fördert. Hierfür spricht das Auftreten von Herdreaktionen, der Röntgenbefund einer schärferen Abgrenzung produktiver sowie die Aufhellung exsudativer Herde. Verfasser machte weiterhin die Beobachtung, daß die vorhergehenden Pirquetschen oder Pondorffschen Hautimpfungen nach Triphalinjektionen wieder aufflammten. Verfasser hält aus allen diesen Gründen die Triphalbehandlung für einen Fortschritt der Tuberkulosetherapie.

Behandlung der Lungen- und Kehlkopftuberkulose mit Triphal. Das Triphal erweist sich bei niederer Dosierung als ein mild wirkendes Mittel. Bei den niederen wie bei den höheren Dosen muß ein anregender Einfluß auf die Widerstandskraft des Organismus anerkannt werden. Dieser zeigte sich in der durchweg erfreulichen Hebung des subjektiven Wohlbefindens, der ansehnlichen Gewichtszunahme, die zur Regel gehörte, ferner in der deutlichen Verlangsamung der S. R. in einem nicht geringen Prozentsatz der Fälle und auch in der zuweilen beobachteten, bedeutenden Verringerung von Husten und Auswurf. Bei entsprechend vorsichtiger Dosierung kann auch eine günstige Beeinflussung von lokalen Tuberkulosen (Kehlkopf, Fistel) in einer gewissen Zahl der Fälle stattfinden. Im Gegensatz hierzu betont Verfasser die nur in vereinzelten Fällen sich zeigende Wirksamkeit des Medikamentes auf den klinischen Befund bei tuberkulösen Lungenprozessen. Auffallend blieb ferner die Wirkungslosigkeit des Triphals hinsichtlich des Bazillenverlustes. Eine Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit höheren Dosen lehnt Verfasser wegen der Gefahr der Propagierung des Prozesses und der Metastasenbildung ab. Hier kommt nach seinen Erfahrungen nur eine niedrige, möglichst individuell abgestufte Dosierung in Frage, wobei im allgemeinen Zwischenräume von 8 bis 10 Tagen als völlig ausreichend anzusehen sind.

Ueber Serumlipase und ihre Beeinflussung durch chemische und physikalische Angriffe. Bei den Versuchen, die Verfasser bei unter Sippykur stehenden Patienten vornahm, sah er zum Teil eine Verminderung der Tropfenzahl, also eine Erhöhung der Oberflächenspannung der Flüssigkeit infolge stärkerer Fettspaltung, d. h. eine Förderung der Lipasewirkung. Bei einem anderen Teil der Fälle, und zwar dem größeren, fiel die Kurve langsamer ab, die Tropfenzahl blieb höher, also ein Resultat im Sinne einer Hemmung der lipolytischen Kraft. Bei einem dritten Teil schließlich fand sich überhaupt keine Veränderung. Bei den Versuchen mit Proteinkörpern ergab sich übereinstimmend sowohl nach intravenöser Injektion von Saprovitan wie nach intramuskulärer Einspritzung von Cibalbumin und Milch eine Wirkungsverminderung der Serumlipase. Bei einer intramuskulären Zufuhr von Fett (Olivenöl) fand Verfasser teils eine Zunahme, teils eine Abnahme der Lipasewirkung. Bei einer Zufuhr durch die Duodenalsonde (75 ccm) zeigte sich überhaupt keine Veränderung im Verhalten der Serumlipase. Ebenso blieb bei Scheinfütterung in Hypnose mit großen Fettmengen (fetter Speck, fette Bratkartoffeln und Butter) das Verhalten der Serumlipase unverändert. Bei den Versuchen, bei denen eine Beeinflussung der Lipasewirkung eintrat, sei es durch Sippykur, Eiweiß- oder Fettzufuhr, war der Grad der Abweichung sowohl im Sinne einer Förderung wie im Sinne einer Hemmung, individuell ganz verschieden. Die Differenzen zwischen den Kurven vor dem Eingriff und denen nach den Injektionen bzw. am Ende der Sippykuren schwankten zwischen 3 und 10 Tropfen. Es muß möglicherweise in Betracht gezogen werden, daß bei den Versuchen, bei denen sich nur eine geringe Veränderung zeigte, beim Zeitpunkte der Blutentnahme nach dem Eingriff das Maximum der Lipasebeeinflussung noch nicht eingetreten oder schon vorüber war, so daß z. B., wenn das Blut zur Untersuchung der Serumlipase 5 Stunden statt 3 Stunden nach einer Injektion entnommen worden wäre, sich ein höherer Wert gefunden hätte. Zur Klärung dieser Frage wäre es am günstigsten gewesen, wenn fortlaufend etwa alle 2 Stunden Blut hätte abgenommen werden können, was aber aus verschiedenen Gründen unmöglich war. Verfasser mußte sich begnügen, zum erstenmal nach 2 bis 5 Stunden, zum zweitenmal nach 12 oder 24 Stunden nach Veränderungen der Serumlipase zu suchen. Bei den Proteinkörperinjektionen wartete Verfasser auf das Auftreten von Fieber und benutzte diesen Zeitpunkt zur ersten Blutentnahme.

Nr. 48. 25. November 1927.

* Lokale Behandlung mit Jodsalizylsäureestern, insbesondere mit Rheukomen. Hans Hildesheimer.

Zur Bluttransfusionstherapie bei Typhus abdominalis. Die Verf. ziehen aus ihren Erfolgen den Schluß, daß die Bluttransfusion eine wesentliche Bereicherung der Typhustherapie bedeutet. Während Epidemie wurden 222 Typhuskranke behandelt. Mit den Transfusionen begannen Verfasser am 1. April 1927. Von den 222 Erkrankten standen zu diesem Zeitpunkte noch 192 in Behandlung, von diesen haben 34 Transfusionen erhalten. Vor dem 1. April waren 14 Todesfälle zu verzeichnen, nach dem 1. April 4, von diesen letzteren waren 2 mit Transfussionen behandelt worden; demnach kamen also von 34 mit Transfusion behandelten Kranken nur 2 ad exitum. Verfasser glauben in dem geringen Prozentsatz der Mortalität nach dem 1. April die Ursache in der Transfusionsbehandlung zu sehen.

Zur Frage der Gruber-Widalschen Reaktion bei Typhusschutzgeimpften. Der positive Ausfall der Gruber-Widalschen Reaktion im Laufe der ersten zwei Monate nach der Schutzimpfung ist nicht beweisend. Im späteren Verlauf erscheint derselbe als zuverlässig nur bei relativ höheren Werten und bei wiederholter Nachprüfung im Falle eines Titeranstiegs bei Ausführung nachfolgender Probe. Bei Serumprüfung der Revakzinierten ist eine besondere Vorsicht geboten, in Anbetracht des durchschnittlich höheren und längeren Agglutiningehaltes bei betreffenden Personen. Eine plötzliche Agglutininzunahme im Blutserum und daher eine fälschliche Gruber-Widalsche Reaktion im Laufe von anderen (nicht typhösen) fieberhaften Erkrankungen kommt auch bei Geimpften nur ganz selten vor und spielt praktisch keine Rolle. In zweifelhaften Fällen kann sie auch mittels wiederholter Untersuchung richtig erkannt und gedeutet werden. Unter diesen Bedingungen behält die Gruber-Widalsche Reaktion ihre diagnostische Bedeutung auch bei Typhusschutzgeimpften.

Ueber die diuretische Wirkung der Gallensäuren. Bei Herz- und Nierengesunden haben die Gallensäuren — Felamin und Decholin — keinen oder nur geringen, rasch vorübergehenden, fördernden Einfluß auf die Diurese. Bei Flüssigkeitsretention, die lediglich renal bedingt ist, ist ihre Wirkung ebenfalls meist gering und wenig zuverlässig. Dagegen tritt die Förderung der Flüssigkeitsausscheidung bei Oedemen kardialer Genese sehr deutlich zutage, sowohl beim Felamin als auch beim Decholin. Auf die experimentelle, durch den Wasserversuch zu prüfende Diurese Herz- und Nierengesunder wirkt das intravenös injizierte Decholin in den ersten Stunden bereits deutlich fördernd. Der Einfluß des peroral verabreichten Felamins ist sehr gering und tritt, wenn überhaupt, nur verzögert in die Erscheinung. Auch beim Wasserverbrauch Nierenkranker besteht häufig das gleiche Verhältnis. Auf die experimentelle Diurese dekompensierter Herzkranker wirken dagegen beide Gallensäurepräparate gleich gut und meist stark beschleunigend. Dabei ist zu beachten, das das dehydrocholsaure Natrium in erster Linie die Wasserausscheidung begünstigt, während durch Felamin auch die der festen Stoffe mehr gefördert zu werden scheint, wie dies aus der Kurve des spezifischen Gewichts hervorgeht. Ersteres ist daher bei Neigung zur Retention harnpflichtiger Stoffe nicht anzuwenden. Bei der erwähnten Krankheitsgruppe kommt die diuretische Wirkung des geprüften Gallensäuren der des Harnstoffs oder Diuretins ungefähr gleich, übertrifft sie sogar bisweilen, steht aber der des Novasurols erheblich nach. Die Gallensäurepräparate sind jedoch vollkommen unschädlich, ihre unangenehmen Nebenwirkungen gering. Felamin und Decholin sind somit als Diuretica bei kardialem Hydrops indiziert, wenn die genannten anderen Medikamente versagen oder aus irgendwelchen Gründen nicht zur Anwendung kommen können.

Ueber den diagnostischen Wert und die kortikale Lokalisation des Oppenheimschen Reflexes. Verfasser beschreiben einen Fall von subduralem Hämatom über der linken vorderen Zentralregion, vier Wochen nach einem Schädeltrauma manifest geworden. Stauungspapille mit Blutungen, Nystagmus. Ein sehr deutlich positiver Oppenheimscher Reflex am rechten Bein wies als einziges Symptom auf die Stelle hin, an welcher die Trepanation stattfinden mußte (linke Scheitelgegend). Operation. Völlige Heilung. Der Fall zeigt das kortikale, in der vorderen Zentralregion gelegene Reflexzentrum des Oppenheimschen Zeichens an. Es handelt sich um eine traumatische Spätblutung. Der Nystagmus ist wohl als Herdsymptom einer Läsion der zweiten Stirnhirnwindung aufzufassen.

Erfahrung mit „Mastix-Lumbotest" bei 500 Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis. Verfasser schließen aus den angeführten Resultaten, daß außer 91,6% Uebereinstimmung zwischen Goldsol und Mastix-Lumbotest die übrigen 8,4% eine größere Spezifität besonders bei der Differentialdiagnose Lues cerebri gegen Paralyse bei Mastix-Lumbotest beweisen und daß die Meningitiskurven oft schärfer herauskommen, während beim bluthaltigen Liquor eine erwünschte Dämpfung eintritt; eine übergroße Empfindlichkeit bei negativen Fällen trat nicht auf. Diese Resultate sprechen für die klinische Brauchbarkeit und Zuverlässigkeit der mit Mastix-Lumbotest ausgeführten Emanuel - Rosenfeldschen Mastixreaktion (E. R. M. R.), wie sie bisher von keiner Liquorreaktion übertroffen, an Einfachheit und Einheitlichkeit der Technik von keiner Reaktion erreicht wird.

Lokale Behandlung mit Jod-Salizylsäureestern, insbesondere mit Rheukomen. Die Erfahrungen des Verfassers zeigen, daß die perkutane Behandlung mit der einen neuen Jodsalizylsäureester enthaltenden Rheukomensalbe in vielen, auch hartnäckigen Fällen günstige Erfolge zeitigte und ohne wesentliche Nebenwirkungen, die der peroralen Salizylgabe oft anhaften, zum Ziele führte. Nach einer wissenschaftlich begründeten Zusammensetzung bedeutet das Präparat einen Fortschritt in der örtlichen Behandlung der rheumatischen Erkrankungen. Arnold Hirsch, Berlin.

Die Medizinische Welt.

Nr. 42, 19. November 1927.

Soll der praktische Arzt rektoskopieren? Um die Diagnosenstellung auf die richtige Höhe zu bringen, muß jeder praktische Arzt rektoskopieren können. Durch die Rektoskopie läßt sich der normale Bau des Mastdarms, des Colon pelvinum und Sigmoideum und seine Funktion oder auch Veränderungen im normalen Bau und dadurch bedingte Störungen in der Funktion erkennen. Auch kann man beim Rektoskopieren pathologisch-anatomische Veränderungen sehen und funktionelle Störungen deutlich beobachten. Den normalen Bau des Mastdarms und des unteren Kolon erkennt man erstens an seiner gehörigen lichten Weite. Es gibt Därme von kongenital großen Dimensionen — kongenitales Megarektum resp. Megakolie — und andererseits Puppendärme bei vollentwickelten jungen Mädchen von 21 Jahren und darüber. Diese Därme müssen beim Rektoskopieren sehr vorsichtig behandelt werden. Die Aufgabe des unteren Endes des Kolon, des Colon pelvinum und des Rektum beruht in der Windverhaltung und in der normalen Defäkation. Der Windverhaltung dienen die im Rektum angeordneten Valvulae und die Sphinkteren. Der sogenannte Sphinkter tertius, 5 bis 6 cm oberhalb des Sphinkter externus, ist eigentlich kein Sphinkter, sondern eine Schleimhautduplikatur. Sie steht unter der Herrschaft des autonomen Nervensystems und kann nicht willkürlich beeinflußt werden. Es gibt verschiedene Anordnungsarten des sogenannten Sphinkter tertius. Einmal sieht man an der betreffenden Stelle eine größere Valvula, das andere mal sind es zwei Valvulae von verschiedener Größe, die sich einander gegenüberstehen. Bei der dritten Art treten drei Valvulae irisförmig zusammen; die mittlere und obere legt sich dann zungenförmig zwischen die andern und läßt beim Pressen Stuhl und Winde hindurchtreten. Alle drei Arten sind normale Anordnungen. Pathologisch sind die Fälle, in denen die einzig angeordnete Valvula so groß ist, daß während des ganzen Lebens überhaupt nicht normaler Stuhl erfolgt. Außerdem können 2 oder 3 Valvulae so angeordnet sein, daß sie sich zu stark decken. Beim Preßversuch gehen keine Winde und kein Stuhl hindurch. Man sieht, daß sich eine fruchtlose Invagination des Kolon ins Rektum bildet. Man muß in solchen Fällen zwischen einer echten Valvula und einer Pseudovalvula unterscheiden. Eine Pseudovalvula wird aus der ganzen Darmwand gebildet und kann durch Streichen zum Verschwinden gebracht werden. In Fällen eines Megarektums, eines Megasigmoideum, eines isolierten Rektumspasmus, einer Hyperkinesis, einer Hypokinesis oder einer Valvula permagna läßt sich die Ursache der Obstipation nur mit Hilfe des Rektoskops erkennen.

Die physiologische Behandlung des Knickfußes. Man muß streng zwischen einem gewöhnlichen Platt- oder Senkfuß, einem reinen Kickfuß und einer Kombination aus beiden Erkrankungsformen unter-

scheiden. Beim gewöhnlichen Plattfuß findet man das Gewölbe des Fußes abgeflacht, bei der Betrachtung von hinten findet man das Fersenbein gerade stehend; seine Achse bildet die direkte Fortsetzung der Achse des Unterschenkels. Beim Knickfuß ist keine eigentliche Senkung des Fußgewölbes vorhanden; hingegen bildet die Achse des Kalkaneus zu der des Unterschenkels einen nach außen offenen Winkel; der hintere Teil des Fußes steht also in Pronationsstellung. Zwischen diesen beiden klassischen Formen steht als Uebergang die Kombination der Senk- und Knickfußkomponente. Die letzte Erkrankungsform macht die größten subjektiven Beschwerden. Beim einfachen Plattfuß treten die größten Beschwerden im Beginn der Erkrankung auf, wenn sich die statischen und dynamischen Verhältnisse des Fußes ändern; beim bereits ausgebildeten Plattfuß brauchen dagegen keine Bechwerden mehr vorhanden zu sein. Wenn aber auch der Bandapparat an der medialen Seite des Kalkaneus erschlafft, so wechseln die statischen Verhältnisse in dem Sinne, daß mit der beginnenden Pronationsstellung des Kalkaneus eine antagonistische Kontraktur der lateralen Fußmuskulatur, vorzüglich also der Peronei, eintritt. Diese wird dann als schmerzhaft empfunden. Bei dem Endstadium dieser Erkrankung ist eine Behandlung nur durch ein Redressement in Narkose möglich. Den nicht entzündlichen und nicht fixierten Knickfuß behandelt der Verfasser mit Hilfe einer einfachen Anordnung: Ein Paar gut passende Schuhe aus weichem Leder werden in dem Sinne umgearbeitet, daß die Innenseite der Absätze um einen bestimmten Maßstab höher steht als die Außenseite. Gleichzeitig wird die Vorderkante der Absatzinnenseite um einen ebenfalls bestimmten Maßstab weiter nach vorn verlagert, während an der Außenseite der Absatz nach keiner Richtung hin vergrößert wird. Man erhält dann zwei Lederkeile, von denen der eine auf dem ganzen Absatz horizontal, der andere auf der Vorderseite desselben vertikal befestigt wird. Diese Vorrichtung zwingt den Kalkaneus beim Belasten, eine zumindest Mittel- wenn nicht gar Supinationsstellung einzunehmen. Ferner stützt sich die Gegend des vorderen Kalkaneusteils und das Navikulare auf den keilförmig an der Innenseite verlängerten Absatz. Schließlich ist der Vorderfuß gezwungen, um eine Tretfläche zu erhalten, in Pronationsstellung zu gehen. Die Maße der keilförmigen Absatzerhöhung hängen vom Fall ab. Im allgmeinen geht Verfasser so vor, daß er bei Kindern als Höchstmaß der Erhöhung des Absatzinnenrandes 4 bis 5 mm, beim Erwachsenen 6 bis 9 mm nimmt; den Innenteil des Absatzes verlängert er nach vorn bei Kindern um höchstens 1 bis 2 cm, bei Erwachsenen um höchstens 3 bis 4 cm. Die Erfolge einer solchen Behandlung sind durchweg gute. Die Beschwerden schwinden beinahe momentan. Die Vorteile dieses Verfahrens liegen in einer verhältnismäßig einfachen, bequemen und billigen Methode, die Nachteile darin, daß erstens durch die Hohlfußbildung das Leder des Schuhs stark in Anspruch genommen wird und daß zweitens die Anordnung nicht gerade den Anspruch auf Eleganz machen kann, was natürlich besonders bei den Damenschuhen ins Gewicht fällt.

Luminaletten bei Hyperemesis gravidarum. Verfasser geht bei Schwangerschaftserbrechen mit gutem Erfolg folgendermaßen vor: Die Neuaufnahme in der Klinik erhält Bettruhe ohne Kopfkissen mit Hochstellung des Fußendes des Bettes. Zunächst erhält sie Teediät, täglich eine Magenspülung und über den Tag verteilt 6 Luminaletten. Wenn nicht mehr gebrochen wird, geht es über die flüssige Nahrung zur gemischten Kost, zunächst alles im Liegen, indem allmählich erst das Fußende herabgesetzt wird, dann ein Kissen bewilligt wird. Erst spät wird aufgestanden. Nebenwirkungen wurden bei einer solchen Behandlung nie beobachtet.

L. Gordon, Berlin.

Reichsgesundheitsblatt.

2. Jahrg., Nr. 46, 17. November 1927.

Der gegenwärtige Stand der zahnärztlichen Versorgung des deutschen Volkes. Interessanter geschichtlicher Rück- und Ausblick. Die erste zahnärztliche Prüfung fand 1825 statt, verlangt wurde Tertiareife. 1850 gab es 250 Zahnärzte, jetzt 4459. Es wird der Titel Mundarzt vorgeschlagen. An Stelle der Kassenzahnkliniken wird Behandlung durch den freien Zahnarzt verlangt; ebenso ein weiterer Ausbau der Schulzahnpflege. Größere Krankenhäuser sollen eigene Zahn-Abteilungen sich angliedern. Bei der Behandlung der Tuberkulösen und Geisteskranken soll der Zahnarzt mehr als bisher herangezogen werden. Noch 648 Städte bis zu 4000 Einwohnern haben keinen Zahnarzt.

Paul Michaelis, Bitterfeld.

Blätter für Volksgesundheitspflege.

27. Jahrg., Heft 11, November 1927.
„Dem 3. Deutschen Kongreß für alkoholfreie Jugenderziehung, Berlin, 13. bis 16. November 1927."

Alkoholnot und Wohlfahrtspflege. Das A und O aller alkoholgegnerischen Arbeit an der Jugend heißt alkoholfreie Jugenderziehung, und zwar im bewußt alkoholgegnerischen Sinne, also eine Erziehung, die die Jugend lehrt und stark macht, auch in ihrem späteren Leben auf die Alkoholfreuden zu verzichten und an ihre Stelle die echten lebendigen Freuden des Herzens und des Gemüts zu setzen und zu pflegen. Die enthaltsame Jugend darf das Bewußtsein haben, durch eine wirkliche Tat mitzuwirken an dem Wiederaufbau ihres Vaterlandes. Sie darf weiter das erhebende Gefühl haben, durch ihr Beispiel so manchen Alkoholkranken retten zu können, der ohne solches Beispiel nicht gesunden könnte und dadurch so mancher Familie, die im Trinkerelend war, wieder zum Frieden und zum Glück zu verhelfen.

Alkohol und Keimschädigung. Wir dürfen als sicher bewiesen die Möglichkeit der Keimschädigung durch Alkohol betrachten. Eine große Anzahl von Tatsachen weist darauf hin, daß sie auch beim Menschen vorkommt. Daraus ergibt sich die Forderung, daß zum Schutze eines kommenden Geschlechtes, das den berechtigten Anspruch auf Gesundheit erhebt, alles getan wird, um den Alkoholismus einzudämmen.

Der Alkohol als Nährstoff und Energiespender. Wird außer der ausreichenden Menge an Nährstoffen Alkohol genossen, so setzt der Körper Fett an, benutzt aber als Fettsparer im Narkotikum einen ausgesprochenen Giftstoff; ein wirkliches Nahrungsmittel, ein nützlicher Fettsparer darf aber nicht auch ein verderbliches Gift sein. — Wenn der Alkohol, wie es sich ergeben hat, im Körper verbrannt wird, so muß die Frage aufgeworfen werden, ob er für den arbeitenden Körper energiespendend wirkt. Versuche, die man mit Ergographen anstellte, ergaben bei geringeren Alkoholmengen zunächst eine Steigerung, dann eine Herabsetzung der Muskelleistung. Größere Alkoholmengen riefen sofort eine Schädigung hervor. Im ganzen ist die lähmende Wirkung stärker als die kurze anregende, der Mensch leistet unter dem Einfluß des Alkohols weniger als ohne den Alkohol. Es wurde bei gewissen Versuchen eine Verringerung der Leistung um 16 bis 17% beobachtet. — Die Frage, ob die Energie, die im Alkohol enthalten ist, dem arbeitenden Körper zugute kommt, wurde mit einer Reihe von höchst sorgfältigen Versuchen geprüft, aus denen zunächst hervorging, daß der Alkohol mit seiner Verbrennungswärme im Energiewechsel verwendet wird. Alles in allem wird aber die Arbeitsleistung verringert, und obendrein wird für die geringere Leistung noch verhältnismäßig mehr Energie bei Alkoholgenuß verbraucht. Diese Schädigung kommt sicherlich dadurch zustande, daß das Nervensystem beeinträchtigt wird und die Muskeln vom Zentrum aus nicht richtig innerviert werden, so daß sie ungeschickt arbeiten.

Rudolf Katz, Berlin.

Deutsches Archiv für klinische Medizin.

157., Heft 1/2, September.

Suggestive Beeinflußbarkeit der Magen- und Pankreassekretion in der Hypnose. Die durch Suggestion bewirkte Scheinfütterung hat eine Magensaftsekretion von beträchtlichem Umfange zur Folge. Je nach Art der suggerierten Kost zeigt sich der abgesonderte Magensaft von spezifischer Zusammensetzung (Anstieg der Magen-

lipase nach Suggestion von Fettnahrung, hoher Anstieg von Pepsin und Säure nach Suggestion von Fleischkost), die der nach echter Fütterung auftretenden Beschaffenheit des Verdauungssaftes völlig entspricht. Die Sekretion setzt im unmittelbaren Anschluß an die während der Hypnose gegebene Suggestion ein und erreicht — was Menge und spezifisches Verdauungsvermögen des Sekrets angehen — innerhalb von 10 bis 15 Minuten ihren Höhepunkt, um im Verlauf von ½ bis ¾ Stunde allmählich zu versiegen. Durch eine Wiederholung der Suggestion kann der Rückgang der Sekretion aufgehalten und verzögert werden. Durch Einwirkenlassen eines Unlust- oder schweren Depressiverlebnisses ist die Sekretion sofort zu unterbrechen. Die Sekretion kommt dann während des Versuches überhaupt nicht mehr in Gang, — ein Hinweis auf die Entstehung pathologischer Sekretionsstörungen auf neurotischer Grundlage. Ein tiefes Glückserlebnis bewirkte nur einen vorzeitigen Abfall der Sekretionskurve, wie ein Vergleich mit den sonst nachweisbaren Werten erkennen läßt. Die Spitze der Sekretionskurve lag jedoch auf demselben Niveau wie bei den übrigen Kurven. Eine wochenlange Wiederholung der Versuche zog keine Abschwächung der Wirksamkeit der suggestiven Scheinfütterung nach sich. Freilich folgte gewöhnlich der Scheinmahlzeit eine Realmahlzeit, so daß der bedingte Reflex gebahnt blieb. — Auch hinsichtlich des Pankreas ergaben die mit aller methodischer Vorsicht angestellten Versuche bei Suggestion bestimmter Speisen eine auf die Qualität der Speise spezifisch eingestellte Sekretion (bei Eiweißkost: Trypsinvermehrung, bei Fettzufuhr: Anstieg der Lipasewerte, bei Kohlehydratkost: Diastasevermehrung). Die verdauende Kraft des jeweils sezernierten Fermentes entspricht auch hier völlig dem Verdauungsvermögen bei tatsächlicher Fütterung mit den entsprechenden Speisen.

Biberfeld.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.

66., Heft 4, November 1927.

Menstruation und Psyche. Das jeweils in Erscheinung tretende psychische Bild, das eine Frau während der Menstruation zeigt, ist abhängig von verschiedenen Faktoren, als deren wichtigste die Triebrichtung, die Stärke der Triebbegabung und das Milieu erscheinen. „Die Menstruation, die für die „weibliche“ Frau lustbetont ist, ist für die männlich eingestellte Frau das Verhängnis. Je mehr die Frau mit männlichen Komponenten gezwungen ist — wie in einer Ehe —, sich weiblichen Pflichten zuzuwenden, um so mehr wird sie während der Menses zwiespältig, und das äußere Gebaren wird diesem inneren Zustand entsprechen.“ „Von einer höheren Warte aus betrachtet, erscheint die Bedeutung der Menstruation in ihren körperlichen Wirkungen weit überschätzt zu werden, in ihren seelischen Veränderungen, aber auch bei der gesunden Frau weit unterschätzt zu werden.“ „Die Bedeutung konstitutioneller Veranlagung und somatisch-endokrinologischer Veränderungen während der Menstruation soll durchaus nicht bestritten werden; aber es scheinen uns doch nur aus der Kenntnis und dem Verständnis für die wechselnden Beziehungen, die zwischen Menstruation und der Psyche der Frau bestehen, die pathologischen Veränderungen richtig gewürdigt werden zu können.“

Akute Entstehung eines Kleinhirnsyndroms nach Status epilepticus. Fall mit dem Symptomenkomplex der akuten zerebellaren Ataxie (Encephalitis cerebellaris) im unmittelbaren Anschluß an einen Status epilepticus. Es ist anzunehmen, daß die Anfälle die gleiche Lokalisation wie die übrigen — sicher zerebellaren — Symptome haben. Die Anfälle hatten tonischen Charakter. Das Kleinhirn kann, wie der vorliegende Fall zeigt, mit Wahrscheinlichkeit bei der Entstehung von Krampfanfällen eine Rolle spielen.

Kurt Mendel, Berlin.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.

79., Septemberheft, Jahrgang 1927.

Ueber rasch aufhellende Wirkung der Mydriatica bei Entzündungen im vorderen Abschnitt des Auges — schnelles Schwinden entzündlicher Niederschläge und der vorderen und hinteren Betauung. Verfasser untersuchte systematisch iritische Augen in der ersten Stunde nach Atropinträufelung zu wiederholten Malen mit und ohne Spaltlampe. In 42 Fällen sah er auffällig rasche Aufhellung des in die Vorderkammer abgeschiedenen Exsudates, rasches Schwinden der vorderen und hinteren Betauung und des Hornhautödems. Der Grund dafür ist nach Meinung des Verf. Lösung des physiologischen Pupillenabschlusses durch die einsetzende Mydriasis und Uebertreten der Augenflüssigkeit des hinteren Augenabschnittes in die vordere Kammer, auf deren pathologischen Inhalt sie vermöge ihrer besonderen physikalischen und chemischen Kräfte verändernd einwirkt. Die entzündlichen Produkte werden aufgelöst und verdaut. Durch Faltung und Verkleinerung der Irisfläche bei Mydriasis, ebenso wie durch Abdichtung der Irisgefäße findet eine Verminderung frischen Exsudatnachschubes statt.

Zur Behandlung des Glaukoms mit Ergotamin. Nach Heß ist die Wirkung der Ergotamins eine Miosis, die durch Kombination von sympathischer Hemmung mit parasympathischer Reizung entsteht. Verf. behandelte im Anschluß an die grundlegenden, therapeutischen Versuche. Thiels behandelte Verf. Glaukompatienten mit Gynergen (Ergotamintastrat) in der Dosierung von täglich 2—3 Tabletten á 1 mg. Die Erfolge waren gut. In mehreren Fällen wurde die durch kombinierte Eserin-Pilocarpin-Therapie erzielte Besserung durch Gynergen allein zur relativen Dauerwirkung, insofern als die bei Einleitung der Gynergen-Behandlung täglich notwendigen Gaben später nur alle 4—5 Tage gegeben zu werden brauchten. Verf. faßt das positive Resultat seiner Versuche dahin zusammen, daß Gynergen imstande ist, bei primärem und selbst bei sekundärem Glaukom günstige Wirkung zu erzielen, und daß es in geeigneten Fällen die Operation unnötig macht.

Reichling, Berlin.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 47.

Die Punktion des Ganglion Gasseri mittels eines neuen Verfahrens. Gewisse Schwierigkeiten bei der Ausführung der Punktion nach Haertel veranlaßten die Verff., eine Vereinfachung dieser Methode zu suchen. Die Abweichungen in Einstich und Richtungsführung der Nadel werden im einzelnen beschrieben und illustriert. Sicheres Eindringen ins Foramen ovale.

Darmzerreißungen ohne Einwirkung äußerer Gewalt. Nach einem Fall vom Rade ohne größere Gewalt traten bei einem älteren Mann schwere Bauchsymptome auf. Es fand sich eine erhebliche Dünndarmverletzung. Eine ähnliche Verletzung auch nach einem geringfügigen Trauma fand sich noch in einem zweiten Falle. Infolge unbekannter Ursache hatte sich hier der kleine Darmriß nachträglich wesentlich vergrößert. Bruchanlagen begünstigen solche Verletzung bei leichten Unfällen.

Walter Grossmann, Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

206., 1./3. Heft.

Theoretisches, Klinisches und Experimentelles zur Frage der aseptischen Knochennekrosen. Unter dem gemeinsamen Gesichtspunkt der Ernährungsstörung bzw. Ernährungsunterbrechung werden in dieser ausführlichen und gründlichen Arbeit die theoretischen und klinischen Grundlagen einer Reihe von Knochen- und Gelenkerkrankungen dargelegt. So die Perthessche Osteochondritis deformans juvenilis coxae, die Köhlersche Osteoarthritis metatarso-phalangea, die Köhlersche Erkrankung des Naviculare pedis, die Kienböcksche Lunatum-„Malacie", die Königsche Osteochondritis dissecans des Knie- und Ellbogengelenks, ferner manche Einzelbeobachtungen an anderen Skeletteilen und endlich die Frakturen und Epiphysenlösungen des Schenkelkopfes, der durch die Eigenart seiner Gefäßversorgung in diesem Zusammenhang genannt werden muß. Eine eingehende und kritische Würdigung des gesamten diesbezüglichen Schrifttums sowie umfangreiche eigene klinische und experimentelle Erfahrungen liegen der Arbeit zugrunde. Von den experimentellen Beiträgen zu dem vorliegenden Fragenkomplex sei vor allem der Einspritzung von metallischem Silberpulver in die Femoralarterie gedacht, welche in einer Reihe von Fällen aseptische Knochennekrose zur Folge hatte. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Die Zusammenfassung ergibt folgendes: Die Perthessche Krankheit ist ihrer Natur nach eine aseptische Nekrose des oberen Femurepiphysenknochens. Das beweist die Mehrzahl der histologisch untersuchten Operationsbefunde. Der Köhlerschen Krankheit des Metatarsophalangealgelenks liegt gleichfalls eine aspetische Epiphysennekrose zugrunde. Die Nekrose des Os lunatum carpi, des Os naviculare pedis, sowie der analogen, aber nur ausnahmsweise an anderen Skeletteilen lokalisierten Affektionen sind ebenfalls den Epiphysennekrosen zuzurechnen. Auch an der distalen Radiusepiphyse können osteochondritische Veränderungen vorkommen. Die Osteochondritis dissecans ist allem Anschein nach gleichfalls häufig eine primäre aseptische Nekrose, die sekundär, durch ihre Lokalisation in den großen Zwischengelenken, infolge traumatischer Einwirkungen zur Lösung gelangen kann. Die Schlattersche Krankheit nebst den anderen Apophysenerkrankungen gehören augenscheinlich nicht in diese Krankheitsgruppe. Im Experiment gelingt es nicht, durch Kontusionen und Distorsionen des Hüftgelenks das Bild der Osteochondritis dissecans juvenilis coxae zu erzeugen. Die traumatischen Epiphysenlösungen des Hüftkopfes können ohne Nekrose einhergehen. Sie sind daher nicht den medialen Schenkelhalsfrakturen gleichzusetzen, bei denen die Nekrose des zentralen Bruchstückes die Regel ist. Die lateralen extrakapsulären Halsbrüche verursachen keine Nekrose des zentralen Bruchstücks, insbesondere nicht des Kopfes. Die traumatische Hüftluxation kann eine echte Arthritis deformans mit Knorpelnekrosen, aber im wesentlichen lebenden Epiphysenknochen zur Folge haben. Durch Injektion von metallischem Silberpulver in Suspension von Gummiarabicum-Lösung in die Femoralarterie ist es in etwa der Hälfte der Fälle gelungen, auf embolischem Weg einwandfrei aseptische Knochennekrosen in der Diaphyse zu erzeugen.

Ergebnisse der Pseudoarthrosenbehandlung in der Leipziger Chirurgischen Klinik. Verf. glaubt auf Grund seiner Erfahrungen über die Fragen der Aetiologie, der Therapie und der erzielten Resultate folgende Schlüsse ziehen zu können. Neben den rein mechanischen lokalen Ursachen (nach Lexer Schädigung der Bruchhyperämie und des Periostes) muß der Verletzung der Kortikalis und der des Markes ein besonderer Wert zugeschrieben werden, wie auch der sog. hormonale Reiz (nach Bier) nicht außer acht gelassen werden darf. Ferner sind als ätiologische Momente Knochenatrophie und Lähmung des betreffenden Gliedes, Infektionen, wie Wunderysipel, Weichteilphlegmonen, Osteomyelitiden und dadurch entstandene langdauernde Eiterungen, zu berücksichtigen. Bei allen Pseudarthrosen ist möglichst bald die operative Behandlung einzuleiten, wenn die unblutige und konservative Behandlung keinen Erfolg zeigt. Da die Pseudarthrosen-Operation eine der empfindlichsten Operationen ist, so ist sie nur unter strengster Asepsis auszuführen. Bestehende Fisteln oder Entzündungen in der Umgebung gelten als Kontraindikation. Liegt bei Pseudarthrosen nur ein geringer Substanzverlust vor, so können die Fragmentenden angefrischt und durch Naht vereinigt werden. Bei Fällen mit ausgedehntem Substanzverlust jedoch muß die freie autoplastische Knochentransplantation vorgenommen werden. Für diese Operationen gelten die besonders von Brun und Lexer aufgestellten Grundsätze Resektion der Fragmente bis ins Gesunde, Eröffnung der Markhöhle, gründliche Entfernung der narbigen, schwielig entarteten Zwischensubstanz, Schonung des Transplantates, sofortiges Verpflanzen, Schaffung möglichst breiter Berührungsflächen zwischen Empfänger und Transplantat, gutes Anfrischen der Fragmentenden, Schonung des Periostes und des Markes, Herstellung einer festen Vereinigung, baldige funktionelle Beanspruchung, genaue Blutstillung, dichtes Zusammennähen gesunder Weichteile über dem Transplantat und Verwendung möglichst einfachen und wenigen Vereinigungsmaterials. Verf. konnte unter 32 Kranken trotz strengster Beobachtung dieser Vorschriften nur in 9 Fällen = 28% sichere Heilung erzielen.

Zur Operation der habituellen Schulterluxation. Verf. schlägt für jede Operation einer habituellen Schultergelenksluxation folgenden Weg vor. Am vorderen Deltoideusrande wird, wie Lexer angegeben hat, unter Umständen mit temporärer Abmeißlung der vorderen Hälfte des Musc. deltoideus vom Akromion, ein Längsschnitt angelegt, auf den ein ergänzender T-Schnitt nach hinten oben gesetzt wird. In jedem Falle sollen die Sehnen des Musc. supra- und infraspinatus unter Umständen auch ohne Kapseleröffnung vorgenäht werden. Darauf wird ein autoplastisch entnommener Knochenspan unter das Periost des Collum scapulae vor der Fossa glenoidalis eingetrieben. Eden eröffnet zu diesem Zweck die Kapsel, Steinmann tut es nicht. In der eben geschilderten Weise läßt sich der ganze Eingriff schnell und sicher ausführen und bringt Dauererfolge.

Archiv für Gynäkologie.

130., 4. (Schluß-) Heft, September 1927.

Die Sexualhormone im Blute. Auf Grund seiner eingehenden Untersuchungen stellt Verf. fest, daß das Blut der Schwangeren im Vergleich mit dem der Nichtgraviden ganz beträchtlich reicher ist an Substanzen, die identisch sind sowohl mit dem Ovarialhormon als mit dem Hypophysenvorderlappenhormon. Denn während die Inkretmengen bei der Nichtschwangeren, abgesehen vom Menstrualblut selbst, so klein sind, daß sie sich bei den vom Verf. verwendeten Methoden dem Nachweis entziehen, treten sie bei der Schwangeren mit Hilfe des Testobjektes in Erscheinung. Es muß also in der Schwangerschaft ein starkes Plus an Hormonbereitung im menschlichen Körper einsetzen. Dies ist nicht erstaunlich, wenn man bedenkt, daß die Schwangerschaft eben eine spezifische Höchstleistung des weiblichen Körpers darstellt, daß nicht nur an die Organe der Frau, und hier besonders wieder an den Uterus, einzig dastehende Anforderungen gestellt werden, sondern daß überdies ein ganz neues Lebewesen aufgebaut werden muß. Auch läßt sich wohl die Tatsache, daß im Menstrualblut selbst Hormon vermehrt vorhanden ist, damit in Einklang bringen. Bedeutet doch die Menstruation den Schluß der „prägraviden" Phase des menschlichen Körpers. — Es sprechen also die Tatsachen dafür, daß die nachgewiesenen Hormone wirklich Aufbaustoffe darstellen, und zwar Aufbaustoffe, die sowohl der mütterliche als der kindliche Organismus nötig hat. — Mit dieser Hormonvermehrung werden auch ver-

Wachstumssteigerung des fetalen Uterus am Ende der Gravidität, schiedene Vorgänge im kindlichen Organismus klar, die starke der eine Hemmung in der Entwicklung des fetalen Testikel gegenübersteht. Diese beiden Erscheinungen verlieren sich bald nach der Geburt, und man vermutete stets, daß hier hormonale Einflüsse die Schuld tragen.

Beitrag zur Frage der fetalen Herzarrhythmie. Im Laufe der letzten Jahre hatte Verfasser Gelegenheit, bei drei Fällen eigenartige Arrhythmien der Herzschlagfolge während der Geburt zu beobachten. Diese Fälle erscheinen deshalb bemerkenswert und beanspruchen den Wert der Seltenheit, weil auch nach der Geburt weiterhin, kürzere oder längere Zeit hindurch, dieselben Herzstörungen sichergestellt und elektrokardiographisch festgehalten werden konnten. Im Fall I handelte es sich um ein Kind, das in Beckenendlage liegend, plötzlich Anzeichen bot, die nach genauer Beobachtung im Sinne einer drohenden Asphyxie gedeutet werden müßten und die Indikation, die Geburt sofort zu beenden, ergaben. Dieselbe geschah durch Schnittentbindung, es fanden sich jedoch nicht die geringsten Anzeichen einer Asphyxie. Eine Woche nach der Geburt zeigte das Kind dieselben Erscheinungen, das Elektrokardiogramm ergab aus dem Verhalten der Vorhof- und Kammerkomponente keine Störung im Ablauf der Herzaktion, es handelte sich lediglich um eine Sinusbradykardie bzw. -arrhythmie. Als Ursache für diese Anfälle nahm man eine Hirnblutung an, die auf zentralem Wege diese Erscheinungen auslöste. — Die Herzunregelmäßigkeiten, welche im Fall II und Fall III elektrokardiographisch registriert wurden, waren supraventrikuläre Extrasystolen. Bei Fall II waren sämtliche Extrasystolen an der Atrioventrikulargrenze blockiert, bei Fall III gingen einzelne minder vorzeitige auf die Kammer über. In demselben Falle wurde bei sehr großer Vorzeitigkeit der blockierten supraventrikulären Extrasystole gelegentlich eine Interpolation derselben beobachtet, eine bisher beim Menschen noch nicht bekannte Erscheinung. Die in den beiden letzteren Fällen intrauterin beobachteten Herzunregelmäßigkeiten sind im Hinblick auf die Identität des Auskultationsbefundes mit den extrauterin erhobenen Auskultationsbefunden auch als blockierte supraventrikuläre Extrasystolen aufzufassen.

Ueber Ruptur des Sinus circularis placentae. Auf Grund von zwei Fällen von isolierter Ruptur des Sinus circularis placentae, die Verfasser Gelegenheit hatte, zu beobachten, weist er darauf hin, daß man bei Blutungen am Ende der Schwangerschaft und unter der Geburt bei fehlenden Anzeichen für Placenta praevia und vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta auch an eine Ruptur des Sinus circularis placentae denken sollte. Es ist allerdings zuzugeben, daß die Diagnose auf Sicherheit erst bei der Betrachtung der geborenen Plazenta gestellt werden kann. Immerhin ist dieses Krankheitsbild gegenüber den bekannteren Blutungsursachen nicht zu vernachlässigen; denn die Mutter kann sich bei der Randsinusruptur der Plazenta verbluten und das Kind ebenfalls absterben oder doch geschädigt werden.

Ueber das Cor Kyphoskoliotikum in der Gestation. An Hand eines Materials von 16 Fällen hochgradiger Kyphoskoliose in der Gestation, unter denen zwei Todesfälle waren, hat Verfasser beobachtet, daß bei allen gestorbenen Fällen schon vor der Schwangerschaft Herzbeschwerden bestanden, daß bei den glücklich ausgegangenen aber derartige Klagen nicht angegeben wurden. Es ist also daraus zu entnehmen, daß für das Cor Kyphoskoliotikum die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erst dann gefährlich werden, wenn schon vor der Schwangerschaft eine schwere Schädigung des Herzmuskels bestand. Diese nimmt dann in der Schwangerschaft und unter der Geburt ständig zu und kann auch erst im Wochenbette so irreparabel werden, daß der Tod eintritt, ja gerade in dieser Phase der Gestation wird man, wie die meisten Todesfälle zeigen, vom Versagen der Herzkraft überrascht. Man sollte in solchen Fällen, da schon im nichtgraviden Zustande Zeichen von Herzdekompensation bestanden, die Schwangerschaft ohne vorhergehenden Versuch der therapeutischen Beeinflussung unbedingt sofort unterbrechen. Kommen aber solche Frauen erst knapp vor oder unter der Geburt in die Behandlung, so sollte man unverzüglich ohne Rücksicht auf das eventuelle Unreifsein des Kindes die Porrosche Operation ausführen, um dem Herzen durch diesen künstlich gesetzten Wegfall der puerperalen Veränderungen wenigstens einigermaßen Erleichterung zu schaffen.

Zur Frage der Diagnose der Eineiigkeit bei Zwillingsschwangerschaft. Der Streit der Meinungen über die Diagnose der Eineiigkeit bei Zwillingen wogt in der letzten Zeit hin und her. So nimmt z. B. Siemens an, daß zweieiige Zwillinge die Eihautverhältnisse von Eineiigen haben. Ein Beweis für die Richtigkeit dieses Satzes könnte aber erst dann als erbracht angesehen werden, wenn verschiedengeschlechtliche, sicher monochorische diamniotische Zwillinge geboren werden oder wenn der Eihaut- und Plazentabefund mit Sicherheit im Sinne der Geburtshelfer für Eineiigkeit spricht, in den Ovarien aber zwei Corpora lutea graviditatis gefunden werden, was gelegentlich einer Lectio caesarea in einem solchen Falle sehr leicht zu konstatieren wäre. Bei der Zunahme der Schnittentbindung der sehr beträchtlichen Erweiterung der Indikationsstellung für diese Entbindungsart könnte das Material zu dieser Frage in absehbarer Zeit geliefert werden, wenn nur der Operateur, dieser so bedeutungsvollen Frage eingedenk, die Ovarien in exakter Weise untersucht. — Verfasser kommt auf Grund der von ihm angestellten Untersuchungen zu anderen Resultaten. Nach seiner Meinung ist die dermatologische Aehnlichkeitsprüfung, wie sie Siemens vorgeschlagen, an Neugeborenen vorgenommen, unverläßlich, ja undurchführbar. Für den Geburtshelfer ist die aus den Eihäuten gestellte Diagnose der Eineiigkeit die einzig sichere!

Schwere Scheidenverätzung durch Persil nach Abtreibungsversuch. Verfasser berichtet über eine Patientin, die im 6. Monat gravide war, und die wegen starker vaginaler Blutung die Göttinger Frauenklinik aufsuchte. Die Untersuchung ergab eine starke Verätzung der vorderen Scheidenwand, Unversehrtheit der hinteren Wand, geschlossenen Muttermund und intakte Portio, ohne Spuren einer vorangegangenen uterinen Blutung. Die zystoskopische Untersuchung zeigte ein bullöses Oedem des Blasenbodens. — Die ätiologische Klärung dieses Falles bot einige Schwierigkeiten, da sie an der Mala fides der Patientin anfangs scheiterte. Nach wiederholtem erfolglosen Befragen gab die Patientin eine Abtreibung zu und schilderte ihre Methode. Sie hatte versucht, mit „Persil", dem bekannten Waschmittel, sich der Schwangerschaft zu entledigen. Dabei ging sie so zu Werke, daß sie angeblich seit etwa 2½ Monaten wöchentlich zwei- bis dreimal die Scheide mit einer außerordentlich starken und heißen Persillösung spülte. Eine gehäufte Hand voll Persil (⅓ der gebräuchlichen Persilpackung) wurde in etwa 700 ccm kaltem Wasser aufgelöst, dieses dann erhitzt und mit einem Irrigator vaginal appliziert. Wie stark die Aetzwirkung einer solchen Persillauge sein muß, geht daraus hervor, daß nach der Gebrauchsanweisung ein Paket für 2½—3 Eimer Wasser = 25—30 Liter reicht. Die Verätzung der Scheide durch das Persil, das neben 72 % Kernseife, 15.5 % kalz. Soda usw. enthält, erklärt sich also zwanglos. — Die Behandlung der Verätzung und ihrer Folgen beschränkte sich mit Rücksicht auf die Gravidität auf tägliche Vaginalspülungen mit lauwarmer schwacher Acidum lacticum-Lösung, Opium und Bettruhe. Der Verlauf war ein glatter. Schon am zweiten Tage nach der Aufnahme war die Patientin entfiebert (es bestanden bei der Aufnahme leichte Wehen und Temperaturen von 39—40 Grad). Nach weiteren acht Tagen war die verätzte Partie vollkommen von der gesunden Schleimhaut demarkiert und stieß sich in Form von übelriechenden, nekrotischen Gewebsfetzen ab. Fünf Wochen nach der Einlieferung der Patientin zeigte der Geschwürsgrund überall frische, gesunde Granulationen, ohne eine Spur einer Scheidenverengerung zurückzulassen. — Die Gravidität wurde erhalten.

Rudolf Katz, Berlin.

Dermatologische Wochenschrift.

85., Nr. 47, 19. November 1927.

Ueber Erfahrungen mit Fissan-Fabrikaten in der Dermatologie. Der Wert der Fissan-Präparate beruht darauf, daß es sich um eine von mineralischen Fetten völlig freie Milcheiweiß-Fettemulsion handelt, die der Haut adäquat ist und eine vollkommene Aufsaugung durch die Haut ermöglicht. Das Eiweiß ist darin in gequollenem kolloidem Zustande enthalten. Bei der Herstellung werden ausgeglühte und gereinigte Diatomeen verwendet, die eine große Saugfähigkeit besitzen und mittels einer hochvoluminösen kolloiden Kieselsäure mit desinfizierenden Stoffen überzogen sind. Ein Charakteristikum der Präparate ist eine bisher nicht gekannte Feinheit der Verteilung der wirksamen Bestandteile; im Zusammenhang damit steht die absolute Reizlosigkeit des Fissan-Puders. Der Puder kommt zur Verwendung bei ganz akuten, noch nicht nässenden Entzündungen (akute Dermatitiden, dysidrotische Ekzeme, Epidermophytien) und bei nässenden Affektionen, die fette Substanzen nicht vertragen (bes. intertriginöse Prozesse). Er muß in ganz dünner Schicht aufgetragen werden. Ebenso reizlos ist auch die Paste, bei der gute Deckkraft, Haftfähigkeit, Streichbarkeit, Kühlwirkung und Juckreizlinderung von Bedeutung ist; sie kam mit bestem Erfolge bei subakuten und chronischen Ekzemen zur Anwendung; hier kann auch, wenn die Paste einmal nicht vertragen wird, der Puder mit Ol. olivar. zu einer Paste verrührt gute Dienste tun. Der Zusatz anderer Medikamente zu der Paste ist in Aussicht genommen.

Ernst Levin, Berlin.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft.

14., 6. Heft.

14., 7. Heft.

Die neue Rechtssprechung des Reichsgerichts zu der Unterbrechung der Schwangerschaft durch den Arzt. Das Nachlesen der instruktiven Abhandlung des Düsseldorfer Rechtsanwaltes im Original erscheint uns recht wichtig.

Hormonale Beeinflussung der weiblichen Libido. Verfasser weist auf die große Rolle der Hypophyse im weiblichen Libido hin.

M. Kantorowicz, Berlin.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift.

Nr. 23, 18. November 1927.

Ueber den Ionengehalt des Speichels und seine Beziehungen zur Zahnkaries. Es bestätigt sich auch bei Reihenuntersuchungen, daß der Speichel gegenüber dem Natrium und Kalzium weit mehr Kalium enthält, als das Blut. Der Kaliumgehalt des Speichels schwankt individuell in viel engeren Grenzen, als andere Ionen, insbesondere Na und Cl. Durch Aenderung der Ernährung im Sinne einer an Gemüsen reicheren und schlackenhaltigeren Kost läßt sich der durchschnittliche Gehalt des Speichels an Kalium und Natrium heraufsetzen, dagegen bisher nicht der Stickstoffgehalt. Die Beziehungen der Ionen zueinander bleiben jedoch annähernd konstant. Weder bei Graviden, noch bei Patienten mit heilenden Knochenbrüchen fanden sich deutliche Verschiebungen des Kalziumgehaltes im Speichel. Durch eine sehr kochsalzarme Diät läßt sich der Na-Gehalt des Speichels auf etwa die Hälfte herabsetzen, ohne daß der Chlorgehalt in gleichem Maße abnimmt. In den Beziehungen der Ionen zueinander erscheint bei kochsalzarmer Ernährung das Kalium am stärksten vermehrt. Mit zunehmender Anfälligkeit gegen Zahnkaries steigt deutlich der absolute und relative Kaliumgehalt des Speichels; es ist wahrscheinlich, daß diese Tatsache bei der Disposition zur Karies eine Rolle spielt. In weit geringerem Maße steigt mit der Karies der absolute Chlor-, fällt der relative Kalziumgehalt; beides kann noch nicht als sicher betrachtet werden. Für die anderen untersuchten Ionen haben sich Beziehungen zur Karies nicht feststellen lassen.

L. Gordon, Berlin.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 44, 29. Oktober 1927.

Zur Nachbehandlung Operierter und Schwerverletzter. 1. Die Bekämpfung von Durst und Wasserverlust: Sobald der Pat. einigermaßen wach ist, werden in langsamer Tropfenfolge 400 bis 800 g Kamillentee mit Zusatz von 20 g Opiumtinktur infundiert. Diese Flüssigkeitszufuhr kann in gleicher Weise morgens und abends wiederholt werden. Die Erfolge sind überraschend gut; einzig Kinder eignen sich nicht für die Methode, weil sie die Tropfeinläufe nicht halten. — 2. Die Bekämpfung des paralytischen Ileus mittels intravenöser Pituitrin-Kochsalzinfusion: Zur Anregung der Peristaltik nach Operationen ist es zweckmäßig, subkutan 1 ccm Pituitrin + 10 ccm Hormonal zu geben. Die intravenöse Pituitrininfusion ist eine wertvolle Ergänzung für Fälle mit drohender oder eingetretener postoperativer Darmlähmung. In Fällen, wo sie versagt hat, konnte auch die Enterostomie dem Kranken keine Rettung mehr bringen. — 3. Intravenöse Traubenzucker-Insulininfusionen bei Schock und Kollaps. Einer 10prozentigen Traubenzuckerlösung (gewöhnlich 300 g) werden 10 Insulin-Einheiten zugesetzt und langsam infundiert. Liegt Herzschädigung vor, so setzt man die Flüssigkeitsmenge herab und gibt 150 ccm einer 20prozentigen Lösung mit 10 Insulin-Einheiten. Medikamente wie Digalen, Cardiazol können nach Bedarf zugesetzt werden, auch kann die Infusion unter Umständen in Abständen von 12 bis 24 Stunden wiederholt werden.

Die Behandlung des Tetanus mittels subdermaler Reinjektion des Liquor cerebrospinalis. Seit 1923 wendet Verf. auf seiner Infektionsabteilung bei Tetanuskranken eine neue Behandlung an; sie besteht darin, daß 5 bis 10 ccm des Liquor cerebrospinalis ein- oder mehrmals unter die Haut des Schenkels oder des Bauches reinjiziert werden. Es steht außer Zweifel, daß das Nervengewebe dem Tetanus-Toxin gegenüber eine hervorragende Affinität besitzt und Wassermanns Untersuchungen stellten andererseits die giftbindende und giftneutralisierende Wirkung des Gehirngewebes fest. Die Anzahl der bisher behandelten Fälle betrug 10, bei welchen eine Heilung von 70% erzielt wurde; eine Zahl, die nicht dazu ermächtigt, aus ihr Schlüsse von dogmatischer Kraft zu abstrahieren. Da aber der Tetanus zu den qualvollsten und mit der höchsten Mortalität verbundenen Krankheiten gehört, so hielt Verf. die Fälle der Mitteilung und Nachprüfung jedenfalls wert.

Nr. 45.

Nr. 46, 12. November 1927.

Held.

Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie.

21., Heft 1.

Athetose. Die Versuche des Verf. ergaben, daß die experimentelle Athetose nicht auf die Läsion einer bestimmten Bahn oder Struktur (etwa des Bindearms oder der Basalganglien) zu beziehen und auch physiopathologisch nicht einheitlich als Reiz-, Hemmungs- oder Regulationsstörung aufzufassen ist. Erscheinungen vom Charakter der Choreo-Athetose können durch verschiedenartige Läsionen hervorgebracht werden, vorausgesetzt, daß damit ein wesentliches Glied im Gesamtverband des sensomotorischen Apparates affiziert wird.

Aphasie bei Polyglotten. Es handelt sich in dem ersten vom Verf. mitgeteilten Falle um einen Deutschschweizer, für den die schweizerdeutsche Mundart sowohl die Mutter- wie die geläufigste Sprache bildet, der aber bei der Rückbildung einer ursprünglich totalen Aphasie nach einem Schädeltrauma wider Erwarten zuerst das Hochdeutsche und erst bedeutend später, nachdem er im letzteren bereits eine weitgehende Stufe der Restitution erlangt hatte, auch den Dialekt wieder zu sprechen begann und damit trotz allmählicher Fortschritt gegenüber dem Hochdeutschen noch über ein Jahr im Rückstand blieb. Ein zweiter mitgeteilter Fall lag ähnlich. Die Fälle zeigen, wie das Verhalten von polyglotten Aphasikern mit Bezug auf die Reihenfolge und das Maß der Restitution einzelner Sprachen durch multiple Bedingungen und Faktoren beeinflußt werden kann; neben organischen Momenten in engerem Sinne (Art und Ausdehnung der Läsion usw.) kommen hier entwicklungsgeschichtliche und sprachlich-funktionelle Momente verschiedener Art, daneben aber auch allgemein psychische und affektive Momente, die gesamte biologische Situation des Pat. in Frage. In der Mehrzahl der Fälle erfolgt wohl der Wiedererwerb der geläufigsten Sprache zuerst und am ausgiebigsten. Es gibt aber Fälle, in denen sich bei der Aphasie der funktionelle Uebungs- und Geläufigkeitsfaktor offenbar unter Mitwirkung von instinktiv-psychischen Momenten gewöhnlich wirksamer als der genetische erweist, indem dann nicht die Muttersprache, sondern die im Zeitpunkt der Aphasie geläufigste und „biologisch" bedeutsamste Sprache zuerst und am vollkommensten wieder erworben wird.

Endokrine Faktoren der Mutterliebe. Die Eierstöcke bezw. ihre innere Sekretion kann man nicht, wie Steinach behauptet, als direkte spezifische Ursache des Mutterinstinkts betrachten. Der Stillstand der Eierstocksdrüse befördert die Entwicklung des Mutterinstinkts nur auf indirektem Wege, indem er die Entwicklung des Geschlechtsinstinkts, welcher in vollem Antagonismus zu ersterem steht, hemmt. Die „antisexuelle" Drüsengruppe: Thyreoidea, Parathyreoidea, Nebennieren und Hypophyse treten während der psychischen Periode der Mutterschaft in einen Hyperaktivitätszustand. Diese Drüsen stellen die Fundamentalbasis des humoralen Gleichgewichts dar, welches mehr der Entwicklung und dem Leben des Mutterinstinkts entspricht. Bei der Henne haben die Sexualhormone keine geschlechtsspezifische Wirkung auf den Mutterinstinkt. Es ist möglich, den Mutterinstinkt künstlich auch beim Männchen hervorzubringen mittels Implantation der antisexuellen Drüsengruppe. In diesem Falle beobachtet man eine partielle Involution der Hoden. Die Produkte dieser Drüsengruppe, welche in Umlauf gesetzt werden, haben eine doppelte Wirkung auf die Entwicklung des Mutterimpulses, d. h. eine direkte inhibitorische Wirkung auf den Geschlechtsinstinkt und eine direkte anregende Wirkung auf die mütterlichen Energien.

Kurt Mendel, Berlin.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

2. Hälfte, Nr. 15, 1927.

Nr. 16.

Einfluß von ultravioletten und roten Strahlen auf die Haut. Die therapeutisch wirksamen Strahlen haben nicht nur untereinander verschiedene Eigenschaften, sondern wirken sogar antagonistisch. Die Pigmentierungen und schmerzhaften Erytheme des Ultravioletlichts können durch Rotbestrahlung zum Verschwinden gebracht werden. Die ultravioletten Strahlen haben ein geringes Penetrationsvermögen, nur die oberflächlichste Hautlage wird von ihnen betroffen. Daher wirken sie auch nur bei Krankheitsprozessen der obersten Schicht, wenn diese Affektionen nicht Begleiterscheinungen einer inneren Krankheit sind. Nun haben aber ohne Zweifel Allgemeinbestrahlungen mit der Quarzlampe auch bei inneren Krankheiten günstige Wirkungen, man muß also annehmen, daß in der Haut chemische Prozesse stattfinden, die noch unbekannte Stoffe entstehen lassen, die dann durch die Zirkulation an den Krankheitsherd herangebracht werden und dort heilende Wirkung ausüben. Zwischen dem Ende der Bestrahlung und dem Auftreten des Erythems liegt eine Latenzperiode, die bei verschiedenen Personen ungleich ist. Aus der Latenzperiode läßt sich schließen, daß der chemische Prozeß der Bestrahlung weiterging, daß der Prozeß in dem bestrahlten Teil der Haut stattfindet und daß die örtlichen Kapillarerweiterungen, die das Erythem bilden, eine Folge der Wirkung von Stoffen sind, die erst in genügender Menge entstehen, wenn einige Zeit vergangen ist, oder anders ausgedrückt: die durch ultraviolette Strahlen ausgelösten chemischen Umsetzungen müssen in ein bestimmtes Stadium getreten sein, bevor sie zum Erythem führen. Die roten Strahlen dringen dagegen tiefer ein. Worauf beruht die antagonistische Wirkung gegenüber dem Ultraviolettlicht? Um diese Frage zu lösen, kann man den Einfluß des Rotlichts auf chemische Hautreize, die anders entstanden sind als durch ultraviolette Strahlen, verfolgen. Das Kantharidin, Euphorbin und die Terpene, im spanischen Fliegenpflaster, machen dieselben Hautreize wie die Höhensonne. Sie werden nach äußerer Applkation absorbiert und mit dem Urin ausgeschieden. Bei einer Versuchsperson wurde nun auf beiden Unterarmen an der Beugeseite ein guldenstückgroßes Fliegenpflaster aufgelegt. Nach drei Stunden wurden die Pflaster weggenommen; zunächst war nichts zu sehen, nach etwa vier Stunden wurde leichte Rötung bemerkt, außerdem zwei kleine Bläschen. Allmählich wurde die Rötung intensiver und deutlicher begrenzt. Nach 24 Stunden wurde die Flecke bleicher, bestanden aber noch nach weiteren 24 Stunden. Dieser Vorversuch diente dazu, den Verlauf und die Schnelligkeit der Reaktion zu bestimmen. Danach wurden wiederum zwei Pflaster für drei Stunden aufgeklebt, dann abgenommen und dann wurde die Stelle eine halbe Stunde im Dunkeln mit rotem Licht (kleine Solluxlampe mit rotem Glas) auf 15 cm Abstand bestrahlt. Auf diese Weise glückte es, Erythem und Blasenbildung an dem einen Arm zu unterdrücken, während an dem nichtbestrahlten Arm diese Reaktionen sichtbar wurden. Was ist nun die Ursache der entzündungshemmenden Wirkungen der roten Strahlen in den beiden Fällen? Das Rotlicht läßt die oberflächlichen Hautlagen intakt, dagegen werden sie in der Tiefe absorbiert, wodurch dort eine Temperaturerhöhung und eine Hyperämie verursacht wird. Möglicherweise wird den oberflächlichen Schichten Blut entzogen, dadurch entsteht kein Erythem und das bereits entstandene Erythem blaßt ab. Daß es schwieriger ist, eine bereits entstandene Hautreaktion verschwinden zu lassen, als eine noch nicht entstandene zu verhüten, ist begreiflich. Von einer schnellen Abfuhr der Stoffe, die ihre Wirkung schon entfaltet haben, ist kein günstiger Erfolg mehr zu erwarten, dagegen wohl von der Entfernung von Stoffen, die noch nicht eingewirkt haben. Wie paßt nun in diesen Rahmen der Einfluß des Rotlichts auf das durch chemische Reize gebildete Pigment? Bekanntlich wirkt Rotlicht hierauf ebenso wie auf das Erythem. Während der Latenz angewendet, verhütet es die Pigmentbildung und bringt das schon gebildete Pigment großenteils zum Verschwinden. Dieser Einfluß muß offenbar noch auf einer anderen Funktion der roten Strahlen beruhen.

Nr. 17.

Ueber unsere Kuhpockenimpfung. Die Autoren zweifeln nicht daran, daß in den klinisch gut studierten Fällen die Encephalitis postvaccinalis durch die Impfung direkt verursacht wird. Man möge nicht von einer Aktivierung bereits vorhandener Keime durch die Impfung sprechen, das geschieht nur, weil dann weniger Odium auf der Impfung lastet. Jede Argumentierung, die nur dazu dient, den Impfgegnern entgegenzutreten, ist vom Uebel, denn sie ist nicht rein wissenschaftlich. Zunächst suchen die Autoren aus den klinischen und anatomischen Bildern zu beweisen, daß die postvakzinale Enzephalitis und die epidemische sich voneinander von Grund aus unterscheiden. Dann werfen sie die Frage auf, warum die Impfung im vorigen Jahrhundert nie, in den letzten Jahren dagegen so oft von einer Enzephalitis gefolgt sei. Zunächst muß da auf die Technik der Vakzinegewinnung, die sich gegen früher geändert hat, hingewiesen werden. Früher wurde die Vakzine ausschließlich auf der Haut der Kälber weitergezüchtet, dagegen hat man jetzt das Kaninchen dazwischengeschaltet. Ferner hat sich auch die Virulenz gegen früher geändert, sie ist jetzt sehr hoch und das sei durchaus tadelnswert. Es erscheint den Autoren nun am wahrscheinlichsten, daß ein beim Kaninchen nicht selten spontan vorkommendes Enzephalitisvirus die Vakzine infiziert, so käme dann beim Menschen unter gewissen Bedingungen, wozu auch die Schwächung der Widerstandskraft durch zu starke Impfreaktion gehören soll, die Enzephalitis zustande. Außerdem verdient noch Levaditis Ansicht von der an sich schon bestehenden Neurotropie des Pockenstoffs Beachtung. Es wäre möglich, daß diese Neurotropie sich im Laufe der Jahre erhöht hätte, denn jedes Ultravirus kann seinen Charakter verändern. Da nun auch nach der neueingeführten Neurovakzine fünf Fälle von Enzepha-

litis vorgekommen sind, fordern die Autoren die Rückkehr zur alten Impfstoffbereitung und die Sperrung jeder Auslieferung von Vakzine überhaupt. Kurt Heymann.

Acta Dermato-Venereologica.

Vol. VIII, Fasc. 3, September 1927.

Studien über generalisierte Teleangiektasien. Bei generalisierten Teleangiektasien findet sich stets eine angeborene abnorme Schwäche des Gefäß-, vasomotorischen oder endokrinen Systems. Da alle drei Systeme bei der Frau labiler als beim Manne sind, so ist es nicht verwunderlich, daß sich die Teangiektasien bei der Frau etwa zwei- bis dreimal so häufig als beim Manne finden und daß sie meistens im zweiten und dritten Jahrzehnt des Lebens auftreten, in denen diese drei Systeme durch Menstruation, Schwangerschaft usw. besonders stark beansprucht werden. Außerdem kommen aber in allen genau studierten Fällen äußere Einflüsse hinzu wie schwere Infektionen (Tbk.; Syphilis) endrokrine Störungen wie Hypophysentumor, Operationen usw. Daher stimmt der Beiname „essentielle“ nicht und wird besser durch „generalisierte“ ersetzt. Die beste Behandlung dieser Affektion besteht in Thorium-X-Bestrahlung, die äußerst günstige Resultate liefert, während die Behandlung mit ultravioletten Strahlen und mit Senfpflaster nur eine Teilobliteration der erweiterten Gefäße hervorbringt.

Ueber Urticaria pigmentosa und das Mastzellenproblem. Ob dem klinischen Krankheitsbilde der Urtikaria pigmentosa eine einheitliche Krankheitsursache zugrunde liegt oder ob velmehr z. B. die kindliche U. p. von der der Erwachsenen nach ätiologischen und anderen Ursachen durchaus zu trennen ist, diese Frage ist noch völlig ungeklärt. Zu ihrer Entscheidung dient vielleicht das Studium der Mastzellen, die bei dieser Krankheit ja meist erheblich vermehrt sind. Diese vermehrten Mastzellen bilden in der Mehrzahl der Fälle histologisch Tumoren in der Minderzahl disseminierte Herde, während die Zahl der Fälle von U. p. ohne Vermehrung der Mastzellen äußerst gering ist. Sch. konnte aber in seinen Fällen nicht nur eine Vermehrung der Zahl der Mastzellen nachweisen, sondern auch eine Steigerung ihres Funktionsablaufes. Trotz dieser histologischen Befunde ist man zur Zeit noch nicht berechtigt, danach eine Einteilung verschiedener Krankheitsbilder vorzunehmen, vielmehr muß man hierzu noch weiteres Beobachtungsmaterial sammeln mit besonderer Berücksichtigung des Mastzellenbefundes, und man soll vorläufig die alte Nomenklatur beibehalten, auch wenn sie unzutreffend ist, bis sicherere Fundamente für richtige Klassifizierung und Namensgebung vorliegen. Dr. Bab.

Hygiea.

89., H. 20, 31. Oktober.

Kalischer, Schlachtensee.

Orvosi Hetilap.

71., Nr. 38, 18. September 1927.

Die Wirkung des Insulins auf die pathologische Herzmuskulatur. 28 nicht diabetische Herzkranke wurden einer intensiven Insulinkur unterworfen und elektrokardiographisch untersucht; am häufigsten meldeten sich Rhythmusstörungen, extrasystolische Arrhythmien aller Art, nodaler Rhythmus und Vorhoffibrillation. Die Veränderungen konnten durch Atropin nicht beeinflußt werden und entwickelten sich auch an vorher mit Digitalis behandelten Kranken. Die Störungen standen mit der Hypoglykämie in Zusammenhang und konnten mittels Traubenzuckerinjektionen aufgehoben werden. Die praktischen Folgerungen der Experimente sind die folgenden: 1. Beim herzkranken Diabetiker darf die Indikation der Insulinkur nur in ernster Not aufgestellt werden. 2. Bei solchen Zuckerkranken muß das Insulin mit gleichzeitiger ausgiebiger Kohlehydrahtzufuhr, etwa Glykoseinjektionen, verabreicht werden. 3. Im Falle kardiovaskulärer Symptome bei Koma ist eine größere Insulinmenge nur in Begleitung einer gleichzeitigen Traubenzuckerinjektion darzureichen.

Zur Hämatologie des Diabetes mellitus. Das Blutbild des nicht azidotischen Zuckerkranken weist keine Regelmäßigkeit auf, die morphologische Zusammenstellung des Blutes wird durch die Schwankungen der Hyperglykämie und Glykosurie nicht beeinflußt. Betreffs der Rolle der Azidose findet Verfasser auch keine Haltpunkte. Ausgesprochene Veränderungen treten dagegen im präkomatösen und komatösen Zustand auf, die deutliche Vermehrung und Linksverschiebung der Leukozyten ist aber nicht mit der Azidose, sondern mit den Allgemeinsymptomen parallel. Charakteristisch ist auch das Verschwinden der eosinophilen Zellen während des Koma, ferner die relative Lymphopenie, welche einer postkomatösen Lymphozytose den Platz räumt.

Choleptoe. Ein Bestandteil der Galle kann indirekt bei einem Obstruktionsikterus und direkt durch eine Fistel ins Sputum gelangen, welche letztere eine Kommunikation durch das Zwerchfell zwischen einem Leberabszeß und den Bronchien zustande bringt. Die direkte Choloptoe kann von der indirekten leicht unterschieden werden: letztere wird immer von Gelbsucht begleitet, erstere dagegen nur in dem seltenen Falle, wenn der Abszeß auch eine Infektion der Gallenwege, eine Cholangitis zuzieht. Die direkte Choloptoe wird durch ein intensiv gelbes, bitteres, alle Gallenbestandteile enthaltendes Sputum charakterisiert, welches mit quälendem Husten aus den Luftwegen entfernt wird. Bei indirekter Choloptoe ist hingegen das Sekret nur lichtgelb, minder bitter, es enthält ebenfalls Gallenfarbstoffe, nie dagegen Leberzellen, es verursacht nie Husten.

71., Nr. 39, 25. September 1927.

Das Schilling-Arnethsche Blutbild und das Sinken der roten Blutkörperchen. Die Steigerung der Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten und die Linksverschiebung des Blutbildes geschieht gewöhnlich parallel, eine Ausnahme bilden nur die agonialen Zustände, wenn eine Minderung der Senkungsgeschwindigkeit neben einer Linksverschiebung stattfindet. Für diagnostische und prognostische Zwecke scheint das Hämogramm wertvoller zu sein, als die Beobachtung des Sinkens der roten Blutkörperchen.

Die Methoden zur Blutbilirubinbestimmung. Es kommen insbesondere drei Methoden in Betracht: das H. v. d. Berghsche Ferrirhodanid-, Kobaltsulphat verfahren und die Meulengrathsche Bestimmung. Falls wir der Norm nachstehende Werte erwarten, ist nur die Kobaltsulphatmethode — etwa mit gewissen Modifikationen verbunden — anwendbar. Zur Bestimmung höchster Werte entsprechen alle drei Verfahren, am wenigsten kann die Meulengrathsche empfohlen werden.

Zur Frage der Thyreoidea-Pankreas-Wechselwirkung. Bei zwölf Hyperthyreotischen und Basedowkranken wurde die Insulinempfindlichkeit einer systematischen Untersuchung unterzogen. Der Blutzuckerspiegel wies immer einen bedeutenden Sturz auf, in neun Fällen traten auch leichtere oder schwerere hypoglykämische Erscheinungen an den Tag. Diese Resultate können nur in einem Sinne gedeutet werden: daß nämlich das Schilddrüsenhormon dem Hormon der Bauchspeicheldrüse gegenüber keine antagonistische Wirkung ausübt. Bei Myxoedem stellte sich erst nach einer Woche eine erhöhte Insulinempfindlichkeit ein; ähnlich verhielt sich eine Osteomalaziekranke nach Thyroxininjektion. Orosz.

71., Nr. 40, 2. Oktober 1927.

Das Ungarische Königliche Volksgesundheits-Institut. B. Johan.

Die Lebensdauer des fixen Virus der Tollwut in karbol-glyzerinösen Impfstoffen. A. Aujeszky, J. Csontos.

Gelenkerkrankungen bei Adipositát. L. Bilkey-Pap.

* Ein neues Dekapitationsinstrument und die Anwendung desselben. L. Goczy.

Ein neues Instrument zur Dekapitation. Dasselbe besteht aus einer 60 cm langen Drahtsäge, an deren beiden Enden je ein Ring angebracht ist. Die eine Hand wird vorschriftsgemäß auf die eine Seite des Halses, der eine Ring mittels einer Polypzange mit der anderen Hand auf die entgegengesetzte Seite des Halses hinaufgeführt. Nun ergreift der eine Finger der hinaufgeführten Hand den erwähnten Ring, zieht ihn über den Hals hinüber und bringt denselben herunter. Damit die Säge keine Schädigungen der mütterlichen Weichteile verursacht, werden die zwei hinaushängenden Enden durch einen Röhrenspiegel geführt und letzteres durch den Assistenten in die entsprechende Höhe hinaufgeschoben. — Das Instrument ist einfach, leicht, billig herstellbar, leicht zu sterilisieren; seine Anwendung einfach und gefahrlos, also auch für den praktizierenden Arzt geeignet.

71., Nr. 41, 9. Oktober 1927.

Ueber den Zusammenhang der Dickschen Hautprobe mit dem Streptokokkus-Antitoxingehalt des Blutes. J. Paunz, E. Csoma.

Statistische Besprechung 10 000 Wassermann-Reaktionen. Á. Vigh.

* Blutzuckeruntersuchungen bei Zuckerzufuhr, mit besonderer Rücksicht auf Magen-Darmerkrankungen. Á. Torday.

Die Dicksche Probe im frühen Stadium des Scharlachs. K. Kalocsay.

Seltenere Gallenblasenbefunde. T. Bársony.

Bemerkung zur Mitteilung des Herrn Dr. Páll. St. Heller.

Bemerkung zur Mitteilung des Herrn Dr. Szentkirályi. B. Biró.

Blutzuckeruntersuchungen nach Zuckerzufuhr, bei Magen-Darmerkrankungen. Die Werte wurden in 20, 40, 60, 80, 120 und 200 Minuten nach Einverleibung von 30 g Dextrose bestimmt. Es liegen der Besprechung insgesamt 60 Fälle zugrunde. — Bei Basedowkranken scheinen die auf leeren Magen gewonnenen Werte der oberen Grenze der Norm nahe zu liegen; nach Verabreichung des Traubenzuckers schießt die Kurve in die Höhe, bleibt auch daselbst und ist durch einen protrahierten Ablauf charakterisiert. Sie unterscheidet sich von der eines Krebskranken insofern, daß die Kurve nicht so hoch über das normale Niveau verläuft, wie bei letzterem. Bei Magen- und Duodenalgeschwüren wurden im Gegenteil niedrige oder normale Ausganswerte beobachtet, die Kurve steigt rapid empor, die Reaktion, die Assimilation ist beschleunigt. Magen- und Leberkarzinom zeigen hohe Grundwerte, die graduell ansteigenden Werte erreichen nur langsam ihren Höhepunkt, die Reaktion ist dahingezogen und oft nicht einmal nach drei Stunden beendet. Bei Cyrrhosis hepatis und Icterus catarrhalis wurden ebenfalls hohe Ausgangswerte bestimmt, die Kurve zeigt eine erhöhte und verlangsamte Kulmination um in zwei bis drei Stunden den normalen Spiegel zu erreichen. Im Falle perniziöser Anämie wies die Blutuntersuchung bei leerem Magen normale Zuckerwerte auf, steigt später plötzlich empor, um in der dritten Stunde zur Norm zurückzukehren. Unterschied dem Krebs gegenüber. Die Reaktion ist kompliziert, es wirken mehrere Organe mit, so daß sie bei der Diagnosestellung nur neben den anderen funktionellen Prüfungsmethoden Dienste leisten kann. Orosz.

Sibirski Archiv Mediciny, Tomsk.

Nr. 32, Heft 3—5, 1927.

* Kulturen von menschlichen Embryogeweben in vitro. A. D. Timofejwsky und S. W. Benewolenskaja (Tomsk).

Ueber den Mechanismus des Nachahmungsreflexes. N. Popow (Tomsk).

Zur Frage über die Resistenz der Erythrozyten aus dem Blut Neugeborener. I. L. Wakulenko und Anna I. Pawlowa (Tomsk).

* Der sekundäre bedingte Reflex bei Vögeln. B. J. Bajandurow (Tomsk).

* Zur Kenntnis der Myositis ossificans progressiva. W. Sserebrow.

* Die Sekretionstätigkeit der Magendrüsen nach voller und teilweiser Resektion des Antrumteils. (Experimentelle Studie.) A. G. Ssawinych (Tomsk).

* Ueber den Galleneintritt in den Zwölffingerdarm nach Totalresektion des Antrumteils des Magens. L. I. Pokryschkin (Tomsk).

Ueber das postoperative peptische Geschwür des Dünndarms. A. P. Popow (Tomsk).

* Die Rolle des Solarplexus in der Aetiologie der Magengeschwüre. W. W. Koljzow (Tomsk).

Ueber den Stumpf nach Oberschenkelamputation in der Diaphysengegend. N. A. Pogoras.

* Weitere Beobachtungen über die chirurgische Behandlung des Diabetes. I. A. Goljanitzky und N. N. Smirnowa.

Die Erythrozytensenkungsgeschwindigkeit bei Gelenkserkrankungen. A. A. Opokin und T. I. Mirezkaja (Tomsk).

Ueber die Frage zur Schließung von Defekten in der Bauchwandung durch freie Transplantation von Fascien. W. S. Schipatschow (Irkutsk).

Zur Technik der extraartikulären Resektion des Schultergelenks bei bösartigen Neubildungen. W. N. Sawin (Tomsk).

Zur Frage über die Restitution des ganzen Augenlides. P. I. Tschistjakow (Perm).

Zur Frage über die blutige Reposition veralterter Luxationen des Beckenschenkelgelenks. N. Starowerowa-Rudi (Tomsk).

Die Polymastie in Kombination mit einem multiplen kavernösen Hämangiom. E. W. Tschirkowa (Tomsk).

* Die Salvarsanbehandlung von Skorbutkomplikationen bei chirurgischen Erkrankungen. A. A. Krassnow.

* Die chirurgische Behandlung von Fibromen der Schädelbasis per vias naturalis. A. M. Nikoljsky (Tomsk).

Zur Frage über das Rhinosklerom in Sibirien. A. G. Fetissow (Tomsk).

* Zur Frage über die Behandlung der Lungentuberkulose mit kolloidalen und Komplex-Verbindungen der Schwermetalle. I. M. Lewaschow (Tomsk).

* Ueber den Verlauf des Abdominaltyphus bei geimpften Kranken und seine Kombination mit Malaria. I. I. Beigel.

* Zur Frage über die Aphasie, die mit Agnosie und Apraxie einhergeht. L. I. Omorokow (Tomsk).

Kulturen von menschlichen Embryogeweben in vitro. Die Kulturen von Organstückchen menschlicher Embryonen in Kaninchenplasma, das zu gleichen Teilen mit Embryoextrakt vermischt wurde, offenbaren eine weitere Entwicklung der in ihnen eingeschlossenen Keime. Das Leben dieser Kulturen kann durch Passage auf unbestimmt lange Zeit verlängert werden; Verfasser sind im Besitz von zweimonatlichen Kulturen. Stückchen eines embryonalen Herzens pulsierten rhythmisch drei Wochen lang. In Leberkulturen wurde eine reichliche Entwicklung eines neuen Blutkapillarnetzes beobachtet, welches dicht mit Erythrozyten gefüllt war. Kulturen von Augenkeimen wuchsen in vitro mehr als einen Monat.

Der sekundäre bedingte Reflex bei Vögeln. Schlußfolgerungen. Durch Entrückung des bedingten Erregers vom Hemmungserreger kann letzterer in einem sekundären bedingten Reflex verwandelt werden. In Zeitabschnitten zwischen dem Anfang der Wirkung des Hemmungserregers und des bedingten Erregers variierend, kann dem ersteren entweder eine positive oder negative Bedeutung während eines Versuchstages zugeeignet werden.

Zur Kenntnis der Myositis ossificans progressiva. Die Knochensubstanz lagert sich bei Myositis ossificans progressiva in Muskeln, Faszien, Sehnen, im Bindegewebe zwischen den Muskeln und an den Knochen ab. Folglich werden von der M. o. p. nur Organe mit aktiver und passiver Bewegungstätigkeit betroffen.

In den inneren Organen, dem Gefäß- und Nervensystem sind keine makroskopisch wahrnehmbaren Knochenwucherungen vorhanden. Der Prozeß spielt sich vorwiegend in den besonders aktiv arbeitenden Muskelgruppen und auch an den Befestigungspunkten der besonders starken Muskeln ab. Hiernach kann man voraussetzen, daß der tonisch gespannte Muskel einen günstigen Boden für die Wucherung der Knochenablagerungen darbietet. Die Veränderung in den inkretorischen Drüsen, welche mit bloßem Auge sichtbar sind, weisen auf die Wichtigkeit der Untersuchung derselben in Fällen von Myositis ossificans progressiva hin.

Die Veränderungen im Hirn und in den peripheren Nerven und auch die Symmetrie der Knochenablagerungen beweisen die Notwendigkeit genauer Untersuchungen des Nervensystems bei genannter Krankheit.

Die Sekretionstätigkeit der Magendrüsen nach voller und teilweiser Resektion des Antrumteils. (Experimentelle Studie.) Die Bindung des kleinen Magens und dessen Isolation vom großen nur auf Kosten der Mucosa bei Intakterhalten des submukösen Gewebes ergibt im Sinne der Sekretion des kleinen Magens bessere Resultate. Nach voller und teilweiser Resektion des Antrumteils wurde keine Magenhypersekretion beobachtet. Bei voller Resektion des Antrumteils fällt die zweite Sekretionsphase des Magens aus. Bei teilweiser Resektion des Antrumteils bleibt die zweite Sekretionsphase erhalten und ist der Norm nahe. Der Sekretionscharakter, deren Zeitandauer und absolute Größe sind bei voller Resektion des Antrumteils sowohl nach Kocher als auch nach Billroth I und Billroth II gleich und entsprechen der normalen psycho-reflektorischen Phase. Bei teilweiser Resektion des Antrumteils wird die Periode auf Verabreichung von Fleisch, Brot oder Milch im Vergleich zur Norm durchschnittlich um 2½ Stunden herabgesetzt. Die Gesamtmenge des Sekrets auf die genannten Erreger wird um ein Drittel im Vergleich zur Norm vermindert. Die Azidität des antrumlosen Magensaftes ist der der normalen psycho-reflektorischen Phase gleich.

Ueber den Galleneintritt in den Zwölffingerdarm nach Totalresektion des Antrumteils des Magens. Der Gallenabsonderungsreflex entwickelt sich nicht im Antrumteile des Magens, da dessen

Resektion im allgemeinen den Mechanismus des Galleneintritts ins Duodenum nicht stört. Die Abweichung von der Norm wird nach der Resektion durch Aenderungen des Entleerungsmechanismus der Speisemassen aus dem Magen bedingt, daher ist der Charakter dieser Abweichungen von der Resektionsmethode abhängig.

Die Rolle des Solarplexus in der Aethiologie der Magengeschwüre. Verfasser stellte Versuche an 18 Hunden an und erhielt folgende Resultate: Die Entfernung des Solarplexus bewirkt Paralyse des Darms, Eiweiß und Zucker im Harn, Blut im Kot. Bei Hunden, welche zwei Wochen nach der Operation lebten, wurde nach dem Tode Hyperämie der Baucheingeweide offenbart. An der Magenschleimhaut entstanden Erosionen, Hämorrhagien und kleine Geschwürchen, die selten bis in die Muskelschicht reichten. In den Nieren, der Leber, dem Pankreas und der Milz beobachtete man Entartungsprozesse, Nekrose, Fettdegeneration und Blutungen. Die Schleimhaut fängt an, vom Bindegewebe abgewechselt zu werden. In den Nieren gehen die üblichen Wucherungen von Bindegewebe und Hyalinisationsprozessen vor sich. In der Leber und dem Pankreas Prozesse der Fettentartung und der Hyalinisation. Es wäre hiermit die Bedeutung der trophoneurotischen Funktionen des solarplexus für die Magengeschwürentstehung erwiesen.

Weitere Beobachtungen über die chirurgische Behandlung des Diabetes. Verfasser kommen zu folgenden Schlüssen: Die Unterbindung des Ductus stenoni führt unmittelbar zur Abnahme der Zuckermenge im Harn, Verminderung der Acetonausscheidung, Verbesserung und Stabilisation der Wechselprozesse und Regulation des Wasser- und Salzwechsels. Durch gemeinsame Einwirkung von Diät und operativer Behandlung ohne Anwendung von Insulin ist es möglich, sogar in schweren (präkomatösen) Fällen, ein zeitweiliges und anhaltendes Verschwinden des Zuckers im Harn, Herabsetzung desselben im Blute und praktische Heilung zu erzielen. Ungeachtet der bedeutenden Besserung des Allgemeinbefindens der Patienten nach operativ-diätischer Behandlung, ändert sich die Kohlehydratenempfindlichkeit wenig.

Die Salvarsanbehandlung von Skorbutkomplikationen bei chirurgischen Erkrankungen. Salvarsan übt eine kräftigere Wirkung auf frische Skorbutfälle aus, als auf veraltete. Nach Salvarsaninfusionen hörte die weitere Verbreitung des Skorbutprozesses auf. Der Verlauf der Skorbutwunden besserte sich nach Salvarsaninfusion wesentlich. — Bei Gelenkskontrakturen, welche von intermuskulären Blutungen abhingen, stellte sich die Beweglichkeit der Gelenke verhältnismäßig schnell wieder her. Die Blutergüsse in den Gelenken verschwanden unter Einwirkung des Salvarsans relativ schnell und die Gelenke erhielten ihre normale Beweglichkeit.

Die chirurgische Behandlung von Fibromen der Schädelbasis per vias naturales. Fibrome der Schädelbasis kommen nicht selten vor. Der Ausgangspunkt für Fibrome ist hauptsächlich der Körper des Basillarknochens mit der hinteren oberen Abteilung der Nasenhöhle und des Basillarfortsatzes des Nackenbeins. — Blutungen bei Operationen werden durch Autotamponade gestillt. Die Blutung ist bei solchen Operationen nicht so gefährlich, wie man allgemein glaubt. Die Operationen per vias naturales können mit Erfolg unter Lokalanästhesie ausgeführt werden.

Zur Frage über die Behandlung der Lungentuberkulose mit kolloidalen und Komplexverbindungen der Schwermetalle. Die exsudativen Formen der Lungentuberkulose erfordern besondere Aufmerksamkeit im Sinne der medikamentösen Behandlung mit kolloidalen Silberverbindungen. In Tuberkuloseheilstätten, Dyspensairs und Kurorten müssen besondere Räumlichkeiten für Bazillenträger und für exsudative Tuberkuloseformen angewiesen werden. Nach einer Vorbehandlung der Tuberkulosekomplikationen muß zur spezifiischen Behandlung, insbesondere mit komplexen Goldverbindungen, eingeschritten werden. Es müssen Präparate, in welchen das Gold mit dem Benzolkern in Verbindung steht und auch dessen kolloidale Verbindungen erhalten werden, um weitere Beobachtungen über die bakteriziden Eigenschaften dieser Präparate den Tuberkelbazillen gegenüber anstellen zu können.

Ueber den Verlauf des Abdominaltyphus bei geimpften Kranken und seine Kombination mit Malaria. Kombinationen von Malaria und Abdominaltyphus dürfen bei der weiten Verbreitung der Malaria nicht selten sein. Charakteristisch für den Verlauf sind Remissionen, sogar im Laufe mehrerer Tage. Nach Chinin nimmt die Temperatur den regelmäßigen Typhuscharakter an. Bei 12 mehrmals vakzinierten Patienten war in 75% der Verlauf schwer-, in 25% leicht-abortiv. Drei Fälle endeten letal.

Zur Frage über die Aphasie, die mit Agnosie und Apraxie einhergeht. Durch Analyse klinischer Fälle von Aphasie, welche gleichzeitig mit Agnosie und Apraxie verlaufen, können dieselben als Resultat einer in der Hirnrinde lokalisierten Affektion betrachtet werden. Eine rein motorische Aphasie infolge einer Hirnrindeaffektion kommt nicht vor, da in der Großhirnrinde, im Gebiet des sog. motorischen Sprachzentrums (Brocka), sich außerdem noch andere Analysatoren befinden, welche proprıozeptorische und enterozeptorische Reize empfangen.

The Lancet.

213., Nr. 18, 29. Oktober 1927.

Behandlung des Zungenkrebses. In keinem Organ verläuft der Krebs so rasch wie in der Zunge, die durchschnittliche Lebenszeit nicht operierter Kranker ist ein Jahr. Wenige Krebsleiden führen zu einem so qualvollen und schmerzhaften Ende und wenige gaben bisher so schlechte operative Resultate wie der Zungenkrebs. Leukoplakie, ob durch Rauchen, Syphilis oder Alkohol verursacht, ist ein Vorläufer des Krebses. Der Krebs beginnt stets in einem chronischen Ulkus, einer Fissur, einer wunden Stelle oder als Warze, als Knötchen unter der Schleimhaut, die im Beginn harmlos sind. Frühe Excision einer Warze, jeder Art von Wunde, die dazu neigt, nach Entfernung sichtbarer Ursachen (Zähne u. a.) chronisch zu werden, kann einer Krebsentwicklung vorbeugen; leider ist die Entfernung solcher chronischer Zungenulzera noch ein sehr seltenes Vorkommnis. Der Krebs breitet sich nach seiner Entstehung sehr rasch aus, sowohl lokal wie in die Drüsen. Die lokale Ausbreitung ist an der Oberfläche sehr gering, geht aber rasch in die Tiefe; Drüsenmetastasen treten sehr früh auf. Die Operation muß eine zweizeitige sein und stets zuerst die Zungengeschwulst angreifen. Eine Ligatur der Art. lingualis am Halse ist zu vermeiden. Im Hinblick auf die Hauptgefahr der Bronchopneumonie erfolgt zuerst unter Narkose eine kleine Inzision durch die Membr.-crico-thyreoidea mit Einführung einer Laryngotomieröhre, durch welche die Narkose fortgesetzt wird. Zwei starke Seidenfäden als Zügel durch die Zunge vorn und hinter dem Tumor. Absperrung des Pharynx durch Schwämme. Es genügt, sich an der Oberfläche in 1¼—2 cm Entfernung vom Tumor zu halten. Die Schleimhaut unter dem Tumor wird bis weit nach hinten durchtrennt, der Styloglossus freigelegt und durchschnitten, wodurch ein weiteres Vorziehen der Zunge möglich wird. Der nun gespannte Hyoglossus wird dann durchtrennt, und die so freigelegte Art. lingualis unterbunden, ein großer Vorteil vor ihrer Unterbindung am Halse. Schleimhautlappenbildung zum Decken des Zungenstumpfs nach Entfernung der Geschwulst. Nach Herausziehen der Schwämme aus dem Rachen muß der Patient so weit aus der Narkose erwacht sein, um husten zu können. Morphium, das den Hustenreflex unterdrückt, ist verpönt. Entfernung der Laryngotomieröhre. Lagerung des Kranken mit dem Gesicht halb nach unten, damit der Speichel abfließen kann, kein Auswischen des Mundes. In den ersten Tagen reichliche Salzwasserklysmen. Geneseung sehr rasch mit wenig Entzündung und geringen Schmerzen. Beide Zungenhälften lassen sich gleichzeitig entfernen, doch hüte man sich, die Zunge in zwei Hälften zu spalten, um nicht in das Krebsgewebe zu schneiden. Nach 2—3 Wochen folgt die zweite Operation zur Entfernung der Drüsen: Inzision längs des ganzen vorderen Randes des Sternocleido, eine zweite Inzision von der Mitte der ersten bis unter das Kinn. Durchtrennung der carotis externa zwischen zwei Ligaturen, Entfernung der ganzen, die Drüsen tragenden Faszie zusammen mit der Submaxillardrüse und dem Sternokleido. Bei Adhäsion der Drüsen an der Vena jugularis interna wird auch diese mit entfernt. Eventuell Fortnahme des Kieferwinkels, um mehr Raum zu gewinnen. Schonende Behandlung der Drüsen während der Exstirpation.

Bei der Radiumbehandlung präliminäre Novokaininjektion in den beiderseits an der innern Seite des Kiefers unter Schleimhaut liegenden N. lingualis. Entweder werden kleine Glasnadeln mit Emanation versenkt, die dauernd liegen bleiben, oder Platintuben mit ziemlich großen Dosen Radium für 24 Stunden oder kleine Platinnadeln mit 0,2 mg für eine Woche und länger. Die letztere Methode nach Regaug zieht Verf. vor. Die Nadeln werden in 1¼ cm Entfernung rund um den Tumor gegen die Zungenwurzel hineingetrieben und doppelt verankert an der Zungenschleimhaut durch Naht, an der äußeren Wange durch Pflaster. Tägliche Revision der Nadeln, von denen jede 6000 bis 8000 M. wert ist. Meistens kommt es zu leichter Entzündung und kleinen Nekrosen an den Insertionsstellen. Das Ulkus schrumpft und bedeckt sich mit einem weißen Schorf. In erfolgreichen Fällen kann die ganze Geschwulst in 5—6 Wochen verschwunden sein. Bei un-

genügender Dosierung möge eine zweite Dosis folgen, die jedoch weniger wirksam ist als die erste. Ueberdosierung kann eine andauernde Gewebsnekrose und ein unheilbares, sehr schmerzhaftes Radiumulkus verursachen. Die Drüsen können durch Versenken oder äußere Applikation von Radium zerstört werden, jedoch nach des Verf. Erfahrungen nur zeitweilig. Dringend warnt er vor der Diathermiebehandlung des Zungenkrebses, ausgenommen vielleicht in inoperablen Fällen; sie kann wohl hier und da erfolgreich sein, in den meisten Fällen stiftet sie mehr Schaden als Nutzen. Die Resultate sind im allgemeinen in den letzten Jahren besser geworden. Zwischen den Erfolgen durch Operation allein und denen durch Operation + Radium besteht wenig Unterschied. Man kann im Durchschnitt auf 25—30% Dreijahresheilungen rechnen, bei sehr frühen Fällen 40—50% Dreijahres- und 25—30% Fünfjahresheilungen erwarten.

Bestimmung der Verträglichkeit von Blut für Transfusionen. Bei der Auswahl eines Gebers für eine Transfusion ist es wesentlich, das Serum des Empfängers gegen die roten Zellen des vorgeschlagenen Gebers sorgfältig und nach einer Standardmethode zu prüfen. Aus wissenschaftlichen Gründen sind die Blutgruppenbestimmungen von Geber und Empfänger wünschenswert, aber sie sind wenig verläßlich; so ist man auch nicht zu der Annahme berechtigt, daß das Blut einer zur Gruppe IV gehörigen Person für jeden Empfänger geeignet ist, wenn auch dieses Blut wahrscheinlich mit dem von mehr Empfängern verträglich sein wird, als das Blut von Personen anderer Gruppen. Blutmischungsproben sind für universale Geber ebenso nötig wie für andere Personen. Schon allein die Schwierigkeit, Sera der Gruppe III von bekanntem hohem Titer zu erhalten, zwingt dazu, die direkte Blutmischungsmethode für die allein zuverlässige zu erklären. Beschreibung der Technik, die sich im wesentlichen mit der amerikanischen Standardmethode deckt.

Rontal.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 82, 12. Oktober 1927.

* Das Lobelin. I. Mouzon.

Das Lobelin. Das Lobelin scheint eine doppelte Wirkung auszuüben, einmal lähmt es die bronchialen Endigungen des Vagus und damit die Spasmen der Bronchiolen, zweitens regt es direkt das bulbäre Atemzentrum an und steigert die Häufigkeit der respiratorischen Bewegungen. Erstere Funktion ist umstritten, letztere experimentell allgemein anerkannt. Die subarachnoidale Einführung hat bei geringster Dosis die längst dauernde Wirkung.

Nr. 83, 15. Oktober 1927.

Die spezifisch-dynamische Aktion der Albumine beim normalen und pathologischen Menschen. Ph. Merklen und I. Guillaume.

Schockunfälle im Verlauf der kurativen Fibrose bei Krampfadern. G. Delater.

Ueber das arterielle Doppelgeräusch bei Aorteninsufficienz. L. Katsilabros.

Nr. 84—86, 19. 22. u. 26. Oktober

Bericht über den XIX. Kongreß für Innere Medizin.

Bericht über den XXXVI. Kongreß für Chirurgie.

Nr. 87, 29. Oktober 1927.

* Die Entwicklungsphasen des Streptokokkus. P. Sedallian und I. Gaumont.

Gedanken über die sozialen Versicherungen. P. Desfosses.

Die Entwicklungsphasen des Streptokokkus. Bei Fällen von Salpingitis und postpuerperalen Effektionen, die klinisch und antiologisch sicher durch Streptokokken entstanden sind, fanden Verfasser lokal und im Eiter nur gelegentlich einzelne und bei breit angelegten Kulturen nur 1—2 Kolonien. Da die Infektion unzweifelhaft ist, so ist anzunehmen, daß die Bakterien nur als anormale Kulturformen und unter schwierigen Isolierungen bestehen, die zugleich den Polymorphismus der Streptokokken bestätigen. Wenn derartige Kulturen erst negativ sind und erst nach 4—8 Tagen positiv werden oder wenn sie nur im anäroben Milieu gedeihen, so beweist dies einmal die Neigung zu Schüben und zweitens die Beständigkeit.

Nr. 88, 2. November 1927.

* Die präoperative Vakzination. P. Mornard.

Die Schutzmethoden gegen Tollwut. C. Fermi.

Die präoperative Vakzination. Die präoperative Schutzimpfung hat sich besonders bewährt bei septischen Operationen, bei aseptischen zur Bekämpfung septischer Komplikationen, bei aseptischen schweren Operationen mit ganz speziellen Komplikationen. Im ersten Fall verwendet Verf. die polyvente Stockvakzine Propidon, im zweiten, dem eigentlichen Typus der Schutzimpfung, dieselbe Vakzine in steigenden Dosen. Im dritten Fall handelt es sich entweder um eine Kokkeninfektion (Strepto-, Staphylo-, Entero-, Pneumokokken) mit Polynukleose und Leukozytose oder um eine bazilläre Infektion mit Leukopenie und Lymphozytose; dabei ist eine Auto-Vakzine verwendet worden, deren Herstellung und Anwendung etwa einen Monat Zeit erfordert, was vorläufig noch ein großer Nachteil ist, der aber zu beseitigen sein wird. Die Erfolge seien ermutigend; es sei aber eine frühzeitige und systematische hämatologische Untersuchung notwendig, damit die Impfung begonnen wird, bevor der Chirurg zu Rate gezogen werden muß.

Nr. 89, 5. November 1927.

Infektiöse Exanthem-Epidemien unbestimmter Natur an der Mittelmeerküste. Rouet und J. Piéri.

Flecktyphus und thyphoide Infektionen mit Exanthem. D. Olmer und J. Olmer.

Haber.

Clinique et Laboratoire.

Nr. 9, 30. Oktober 1927.

Villemin und seine Entdeckung von der Virulenz der Tuberkulose. Ch. Achard.

Das Elektrokardiogramm. Heurijean.

* Die Rolle des Praktikers im Kampfe gegen die Erbsyphilis. Bourret.

Die Rolle des Praktikers im Kampfe gegen die Lues hereditaria. Im Kampfe gegen die Erbsyphilis kann und muß der Praktiker, der in die verschiedensten Familienkreise Einblick gewinnt, eine wichtige Rolle spielen. Er erfüllt diese Pflicht, wenn er Richtlinien besitzt, die ihm erstens den Nachweis einer Infektion gestatten, zweitens Mittel zur Behandlung, die unter den gegebenen Verhältnissen leicht durchführbar sind. Nach dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse wird er bei akuten Affektionen von Mutter, bzw. Kind, das heroischste Mittel wählen, nämlich die intravenöse oder zum mindestens subkutane Salvarsan-Applikation. In latenten Fällen darf das Quecksilber weiterhin die führende Rolle spielen, die ihm schon unsere Lehrer zugewiesen haben; es wird wie bisher so auch weiterhin zur Erhaltung des Lebens vieler junger Wesen beitragen.

Held.

Revue neurologique.

34. Jahrg., 2., Nr. 5, November 1927.

* Cysticercosis racemosa cerebri. Georges Guillain, J. Perisson, J. Bertrand und P. Schmite.

Kleinhirnfunktion. Ramsay Hunt.

Mechanismus der spastischen Kontraktur. Noïia.

* Paradoxer Tricepsreflex. Ladislas Benedek und Eugène de Thurzo.

* Adduktionsreflex der Zehen. Eugène de Thurzo.

Cysticercosis racemosa cerebri. Mitteilung eines Falles mit Autopsie, der bemerkenswert war durch den langsamen Verlauf (26jähr. Dauer des Leidens, Beginn mit epileptischen Anfällen), durch psychische Störungen, durch spinale Lokalisation der Läsionen (hintere Partie des Rückenmarks, Cauda equina), durch die Schwierigkeit der anatomischen Diagnose (Differentialdiagnose gegen Syphilis), durch den Liquorbefund.

Paradoxer Tricepsreflex. Er besteht darin, daß beim Beklopfen der Tricepssehne nicht eine Streckung des Vorderarms, sondern eine Beugung desselben erfolgt. Man fand ihn bei Tabes + Hemiplegie sowie bei Tabes + Sclerosis multiplex (Souques, Sablé). Verf. sah den paradoxen Tricepsreflex in einem Fall von Tabes. (Verf. schreibt merkwürdigerweise, daß der Fall weder tabische noch andere organisch-nervöse Veränderungen, insbesondere keine Pyramidenbahnläsion bot; dabei bestand Miosis, Pupillendifferenz, reflektorische Pupillenstarre, Fehlen der Knie- und Achillesreflexe, Rombert! Das genügt! Ref.) Der Triceps ist innerviert durch die Zervikalsegmente VI bis VIII und der Biceps und Supinator longus, welche die Vorderarmflexion bewirken, durch C_5 und C_6 (in der Arbeit steht: C_5 und C_5! Später: „l'avant-gras" statt l'avant-Bras! (Besser Korrektur lesen! Ref.). Bleibt also C_5 gesund, so kann der paradoxe Tricepsreflex sich einstellen (bei Erkrankung von C_6 bis C_8).

Adduktionsreflex der Zehen. Der Reflex besteht in einer Adduktionsbewegung der 2. und 3. Zehen, gelegentlich auch der anderen Zehen, nach schwacher Perkussion oder sogar nach Bestreichen der antero-internen Tibiafläche. Damit verbunden kann sein eine leichte Zehenflexion. Verf. sah diesen Reflex bei Neurasthenie, Paralysis progressiva, Epilepsie, multipler Sklerose, allgemeiner Arteriosklerose.

Kurt Mendel, Berlin.

Revue française de Pédiatrie.

Tome III, Nr. 1, Januar 1927.

* Günstige Entwicklung der Lungentuberkulose. Armand-Delille, Vibert u. Pannier.
* Osteogenesis imperfecta. Péhu u. Guillotel.
Behandlung der eitrigen Rippenfellentzündung mit Optochin. Bussel u. Hirszfeld.
Aseptische, eitrige Meningitis. Gautier u. Chausse-Klink.

Die günstige Entwicklung der Lungentuberkulose in der ersten Kindheit. Armand-Delille, Vibert und Pannier stimmen mit Léon Bernard und Paraf überein, daß die Prognose bei Lungentuberkulose der jüngeren Kinder nur ausnahmsweise günstig ist. Diese heilbaren Formen äußern sich oft im Beginn nur durch Störungen des Allgemeinbefindens, in der Höhe der Krankheit durch Temperaturschwankungen. Die Gewichtskurve fällt fortwährend. Der auskultatorische Lungenbefund ist nicht konstant. Man findet eine Lungenverdichtung, manchmal mit pseudo-kavitären Symptomen oder einer Splenifikation. Sehr oft sind die Herde latent und nur radiologisch feststellbar. Serienweise und in regelmäßigen Zeitabschnitten gemacht, bieten die Röntgenaufnahmen ein der klinischen Entwicklung paralleles Bild: nach anfänglicher Verschlimmerung, eine bedeutend langsamere Zurückbildung. Es wäre von Nutzen, diese günstige Entwicklung voraussagen zu können, da weder die von Pirquetsche Reaktion, noch der negative Bazillennachweis in diesen Fällen für die Prognose maßgebend sind. Da diese Formen selten und die Herde meistens einseitig sind, ist ein sofortiger Pneumothorax angezeigt.

Ueber die periostale Dysplasie oder Osteogenesis imperfecta. Nach einer geschichtlichen Uebersicht studieren die Autoren die Frage in ätiologischer und klinischer Hinsicht. Meistens findet man keine wichtigen Anhaltspunkte in der Anamnese, höchstens öftere Steißgeburt. Kleine Kinder. Tiefe Falten des Fettgewebes. Die Diaphysen sind gebogen; arnormale Biegsamkeit, Frakturen am ganzen Skelett, Kallusbildung zeigt alte Knochenbrüche an. Diese Frakturen sind merkenswert durch ihre Zahl und durch den Zeitpunkt ihrer Entstehung (sogar intrauterin). Begrenzte oder ausgebreitete Weichheit der Schädelknochen, oft blaue Augenskleren. Die Lebensäußerungen sind vermindert. Die Mädchen sind vorzugsweise befallen. Radiologisch stellt man die Frakturen und die Aufhellung der Knochenschatten fest. Bei Leichenbefund sind die Schädelknochen dünn wie Membrane. Die anderen Organe sind normal. Histologisch findet man eine vollständige Verknöcherung der inneren Schicht des Periostes und in der Knorpelverkalkungszone der Epiphyse. Das Wachstumsvermögen des Knorpels scheint auch vermindert zu sein. Die mikroskopische Untersuchung der anderen Organe bietet nichts Interessantes. Differentialdiagnostisch muß man mit Zwergwuchs, Osteopsathyrosis und „Dysostose cleido-crânienne héréditiaire" von P. Marie rechnen. Die letztere ist wahrscheinlich eine besondere Abart der Osteogenesis imperfecta, dagegen ist die Osteopsathyrosis klinisch und anatomisch eine gleichartige Erkrankung, nur durch den Zeitpunkt der ersten Knochenbrucherscheinungen unterschieden. Die Krankheit beruht auf einer Verminderung und einer schlechten Beschaffenheit der knochenbildenden Grundsubstanz. Diese mesodermale Anomalie hängt mit Hyperthyreoidismus zusammen. Behandlung ist erfolglos.

Tome III, Nr. 2, Mai 1927.

* Knochensubstanzrarefizierung in der Diaphyse bei Syphilis. Péhu u. Policard.
Pyurien in der ersten Kindheit. Stransky.
* Ultraviolette Strahlen und Hautempfindlichkeit Tuberkulin gegenüber. Woringer und Adnot.
Blasensteinbildung beim Kinde. Mikulowski.

Untersuchung der Knochenstörungen in der angeborenen Syphilis der ersten Kindheit. Die Knochensubstanzrarefizierung der Diaphyse. (Périostite ossifiante.) Aus 10 anatomisch untersuchten Fällen ziehen Péhu und Policard folgende Schlüsse: Das Epiphysenknochengewebe ist ganz normal. Der Diaphysenknochen besitzt eine mehrschichtige äußere Zone, deren Spaltfläche longitudinal verläuft. Der Knochendurchmesser ist oft vergrößert. Die Verdickung der äußeren Schicht ist nicht gleichmäßig. Histologisch kommen zwei Vorgänge in Frage. Der eine besteht in der Resorption des Knochens mit Bildung von Bindegewebsräumen. Die Kapillarhyperhemie steht im Zusammenhang mit der Knochenrarefizierung (Leriche und Policard). Der zweite Vorgang besteht in einer Knochenneubildung nach embryonalem Typus. Sie ist sehr mangelhaft und ist das Ergebnis eines lokalen Kalküberschusses zwischen den Bindegewebsräumen. Die Knochen sind also brüchig und vergrößert. Unerklärtlich bleibt die Rarefizierung verursachende Zirkulationsströmung und die Symmetrie der Erkrankung.

Die Wirkung der ultravioletten Strahlen auf Hautempfindlichkeit Tuberkulin gegenüber. Woringer und Adnot haben halbseitige Bestrahlung ausgeführt und auf beiden Seiten die Cutireaktion untersucht. Sie kommen zum Ergebnis, daß die ultravioleteten Strahlen die Empfindlichkeit der Haut Tuberkulin gegenüber herabsetzen, daß ihre Wirkung sich streng auf das bestrahlte Gebiet beschränkt. Die allergische Reaktion der Haut ist dennoch nicht allein bedingt durch den Allgemeinzustand des Organismus.

Tome III, Nr. 3, Juli 1927.

* Verdauungsstörungen beim Säugling. Rohmer.
* Blut-N-Stoff in den Verdauungsstörungen beim Säugling. Rohmer, Wilsdorf und Dreyfus.
* Azidosis in den Verdaungsstörungen beim Säugling. Rohmer, Coreau u. Klein.
Hypothrepsie und choleraartiger Durchfall. Bytek.
Kiefer und Gesichtsknochendystrophien. Meyer und Nicolle.
Chronischer Purpura mit Thrombozytenverminderung. Lautier, Oberling und Woringer.
Epidemischer Pemphigus der Säuglinge. Garot.
Spezifische Scharlachbehandlung. Lautier und Dreyfus.

Beitrag zum Studium der Verdauungsstörungen der Säuglinge. P. Rohmer teilt die Verdauungsstörungen folgendermaßen ein: Nährschaden (Dystrophies alimentaires), bei denen die Verdauungsstörungen im Hintergrunde bleiben (Milchnährschaden, Mehlnährschaden, Xerophthalmie, Skorbut), chronische Dyspepsie, einfache akute Dyspepsie mit Brechdurchfall ohne ernste Wirkung auf den Allgemeinzustand. Die akute schwere Dyspepsie. Die schwerste Form der letzteren ist die akute Athrepsie, die der Dekomposition dritten Grades von Finkelstein entspricht. Einen besonderen Platz nimmt der choleraartige Zustand mit allgemeinen Toxierscheinungen ein. All die genannten Zustände können sich zur Hypothrepsie oder Athrepsie hin entwickeln.

Klinische Bedeutung der Blut-N-Stoffe bei Verdauungsstörungen der Säuglinge. Die Blut-N-Stofferhöhung findet sich nur in der Intoxikation, und da sehr unregelmäßig. Man findet sie nicht in der reinen Athrepsie, mit oder ohne Durchfall.

Klinische Bedeutung der Azidosis in den Verdauungsstörungen beim Säuglinge. Es herrscht Neigung zur Azidosis bei Neugeborenen, Frühgeburten und bei künstlicher, besonders fettreicher Nahrung. Unregelmäßig ist sie bei Athrepsie; sicher und zu diagnostischen Zwecken verwendbar bei Intoxikation. Im letzteren Falle ist sie kompensiert in der Rekonvaleszens, weniger kompensiert bei Kranken in gutem Nährzustand, am wenigsten oder nicht mehr kompensiert bei tödlich verlaufenden Fällen. Sie scheint unabhängig von Durchfall und Blut-N-Stoffvermehrung zu sein.

Tome III, Nr. 4, August 1927.

* Definition und Prognose der echten Athrepsie. Rohmer.
Ueber das arterielle Doppelgeräusch bei Aorteninsuffizienz. L. Katsilabros.
Zerebro-meningeale Geburtsschäden. Waitz.
* Gauchersche Krankheit beim Säugling. Oberling und Woringer.

Zur Frage der Definition der wahren Athrepsie und deren Prognose. Rohmer erhebt sich gegen die Annahme, daß Athrepsie unheilbar sei. Nach ihm beruht sie auf einem chronischen Ernährungszustand, hervorgerufen durch vorhergegangene Verdauungs- und Ernährungsstörungen und nicht auf dem funktionellen Zelltod. Heilung bei guter Ernährungstechnik.

Deshydratotion und Intoxikations-Symptome. Aus ihren Untersuchungen schließen die Autoren: die konzentrierte Ernährung mit Wasserentziehung ruft beim Säugling Wasserverarmung hervor. Aufregung, die sich zu Krämpfen steigern kann, Fieber, Gewichtsverluste, manchmal Verlangsamung der Kapillarzirkulation, Zucker, Zylinder und Leukozyten im Harn sind ihr Ausdruck. Dieser Zustand ist zu unterscheiden von der Intoxikation. Man findet im ersten weder Verdauungs- noch Bewußtseinsstörungen, noch Azidosis. Die Deshydratotion ist demnach nicht der Grund der Intoxikationssymptome.

Die Gauchersche Krankheit beim Säugling. Oberling und Woringer haben eine Familie beobachtet, in der 4 Kinder von 5 nacheinander an der Gaucherschen Krankheit im ersten Lebensjahre

starben. Die anatomisch-pathologische Untersuchung wurde in zwei Fällen vorgenommen. Als klinische Hauptsymptome wurden gefunden: Chronische starke Spleno hepatomegalie, Muskeltonus- und Reflexerhöhung, Opithotonus, psychische Unterentwicklung. Es fehlen Zeichen der Anämie, der hämorrhagischen Diathese, sowie einer anormalen Haut-Pigmentation. Alle Fälle entwickelten sich in wenigen Monaten zur Idiotie, Muskelstarrheit und Kachexie. Alle starben im ersten Lebensjahre. Es handelt sich um eine familiäre, nicht hereditäre Krankheit. Die Diagnose während des Lebens ist nur durch Milzpunktion möglich. Splenektomie ist als Behandlung angezeigt. Anatomisch findet man eine Erkrankung, die man als angeboren ansehen kann, weil seit dem ersten Monat alle charakteristischen Krankheitszeichen vorliegen. Sie gleichen im großen und ganzen denen des Erwachsenen. Die Gauchersche Zelle ist eine krankhafte Entwicklung des retikulären Systems der Milz, der Lymphdrüsen, des Knochenmarkes und der Kupfferschen Zelle der Leber. Da man diese elektivere Zellveränderung fast von Anfang gleich nach der Geburt findet, kann man sie nicht, wie es Pick behauptet, als eine chronische anerkennen. Charakteristisch für das Krankheitsbild beim Säugling ist die massive Umwandlung der ganzen Milzpulpa in die Gauchersche Zelle, die progressive Gehirnrindenatrophie (Ganglienzellschrumpfungen nach Niessl), endlich das Fehlen der Begleiterscheinungen (Nekrosen und Hämosiderosis). Die Besonderheiten erklären sich dadurch, daß die Störung des Metabolismus beim Säugling größer ist als beim Erwachsenen.

Dr. Dreyfus.

La Riforma medica.

43., Nr. 42, 17. Oktober 1927.

Insulintherapie zur Hebung des Ernährungszustandes. Eine unter allen Vorsichtsmaßregeln eingeleitete Insulintherapie ist bei Zuständen starker Unterernährung auch in hohen Dosen vollkommen unschädlich. Sie ist vor allem dort nützlich, wo man eine schnelle Gewichtszunahme und Besserung des allgemeinen Ernährungszustandes erreichen will. Besondere Laboratoriumsuntersuchungen sind bei solcher Insulinbehandlung unnötig, denn die Glykämie im Nüchternzustand beilbt während der ganzen Kur in normalen Grenzen. Nicht einmal eine besondere Art der Ernährung ist dabei notwendig, jede Diät ist gut, wenn sie nur stark kohlehydrathaltig ist. Insulin wurde vom Verfasser in steigenden Dosen von 7 bis zu 50 Einheiten pro Tag angewandt.

Rontal.

Rivista di clinica pediatrica.

Jahrg. 25, Nr. 10, Oktober 1927.

Ueber einen seltenen posthumen Fall von Encephalitis epidemica. Der Untertitel der Arbeit: „Ueber ein Symptom vom Typus einer multiplen Sklerose des Gehirns und Rückenmarks, beobachtet im frühen Kindesalter" gibt über das Thema Aufschluß. Bei einem 5 Jahre alten Kinde traten einen Monat vor der Aufnahme Fieber und Kopfschmerzen auf, nachdem es im Alter von 2 Monaten an Encephalitis lethargica mit ihrem typischen Symptomenkomplex erkrankt war. Seit der Zeit blieb eine Ataxie, Intentions tremor, eine Erschwerung der Sprache, leichter Nystagmus, Exophthalmus, Störungen der Wärmeempfindlichkeit, Verlust der Tiefensensibilität zurück. Nach differentialdiagnostischen Erwägungen wird die Diagnose in oben erwähnter Form gestellt. Die Symptomatologie erinnert an die multiple Sklerose, die Differentialdiagnose ist aber dadurch gegeben, daß eine Reflexsteigerung, Spasmus der Muskeln und Abblassung der temporalen Hälfte des Augenhintergrundes fehlen, die Erscheinungen nicht progressiv sind. Wenn auch nach der Enzephalitis Keuchhusten aufgetreten war, kann dieselbe als Ursache der Störungen (disseminierte kapilläre zerebrale Blutungen mit nachfolgenden sklerotischen Herden) ausgeschlossen werden, denn die Störungen hätten spät nach der Erkrankung, wenn die Sklerosierung schon stattgefunden hätte und nicht vor dem Keuchhusten auftreten können.

Ueber einen Fall von Oppenheimscher Krankheit. Beschreibung eines typischen Falles bei einem drei Jahre alten Kind mit histologischer Untersuchung eines exzidierten Muskelstückchens, das eine schwere und ausgedehnte Atrophie und fettige Degeneration der Muskelfasern und eine Kernproliferation ergibt. Die Frage der gemeinsamen Aetiologie mit dem Typus Hoffmann der spinalen Muskelatorphie wird erörtert und die Wahrscheinlichkeit der gemeinsamen Aetiologie — beide gehen oft mit sonstigen Mißbildungen einher — angenommen, wobei die Myatonia congenita eine leichtere Erscheinungsform darstellen dürfte. (Leider ist die neuere deutsche Literatur über das Thema vom Autor nicht berücksichtigt worden. Der Ref.)

Ueber den Blutzuckergehalt im Kindesalter, bestimmt nach der Methode von Weiß-Reist. Beschreibung der Methode. Bestimmungen bei verschiedenen Krankheiten ergeben, daß bei Diphtherie der Blutzuckerspiegel um so mehr herabgesetzt ist, je schwerer die Krankheitserscheinungen sind. Bei nicht diphtherischen Anginen und Laryngitiden ist der Blutzuckerspiegel normal.

Klinische Betrachtungen über Lyssa im Kindesalter. Beschreibung eines Falles bei einem 6 Jahre alten Kind mit letalem Ausgang. Obduktionsbefund und histologische Untersuchung des Gehirns. 30 Tage nach dem Hundebiß traten Fieber und Schmerzhaftigkeit an der Bißstelle, 5 Tage später Schluckbeschwerden auf. 40 Tage nachher bei der Aufnahme besteht nebst diesen Beschwerden Schlucklähmung, Hyperästhesie und sehr starke Salivation. Kurz vor dem Tode, der am 4. Tage nach der Aufnahme erfolgt, treten motorische Reizerscheinungen und Delirien auf.

Ueber den Einfluß verschiedener Abbauprodukte auf das Körperwachstum. Versuche über Wachstumswirkung von Kalbsorgansverdauungsprodukten, durch Verdauung in vitro gewonnen. Die Verdauung wurde durchgeführt, bis Aminosäuren in den Verdauungsprodukten nachweisbar wurden. Zu den Versuchen wurden Froschlarven (Rana esculenta, Bufo vulgaris), junge Ratten im Tierexperiment und schlecht gedeihende Säuglinge in klinischer Beobachtung verwendet. Während die verschiedensten Organe keine eindeutige Wirkung ausübten, konnte Autor durch Thymusverdauungsprodukte sowohl durch intramuskuläre Injektion im Tierversuch bei Ratten als auch durch Verfütterung bei Säuglingen eine namhafte Beeinflussung des Massenwachstums erzielen.

The Journal of the American Medical Association.

89., Nr. 17, 22. Oktober 1927.

Diagnose und Behandlung der Bronchiektasie. Die Diagnose der der Bronchiektase beruhte bisher auf dem chronischen Husten mit eitrigem Sputum und der röntgenologischen Ausschaltung anderer Krankheiten. Krankheiten, die bisweilen ähnliche klinische Symptome geben, z. B. Lungenabszeß, Empyem mit Bronchialfistel, Lungentuberkulose, weisen charakteristische Röntgenbilder auf. Das Röntgenbild der Bronchiektasie zeigt gar keine Veränderungen oder höchstens einige lineare Schatten von ungewisser Bedeutung. Frühe Erkrankung und solche hinter der Zwerchfellkuppe und dem Herzen, sowie die von Pleuraschatten überlagerte, waren gar nicht nachweisbar. Art und Ausdehnung der Bronchiektasie blieb vollends unbekannt. Das änderte sich mit der Einführung des Jodöls als Kontrastmittels. Die dilatierten Bronchien können jetzt überall sichtbar gemacht werden, ebenso wie ihre Art und Verteilung. In Gegenwart dichter pleuraler Schatten hat man ein sicheres Unterscheidungsmittel zwischen Bronchiektasie, Empyem mit Bronchial-

fistel, multiplen Abszessen und Lungentuberkulose. Alle Methoden der Lipiodoltechnik können ungefährlich sein. Die subglottische Methode, die Verf. in den letzten 150 Fällen anwandte — Injektion des warmen Oels durch eine gewöhnliche subkutane Spritze ohne vorangehende Einspritzung von Prokain in die Trachea — ist einfach, harmlos und setzt nur ein minimales Trauma. Die vielen von anderer Seite geschilderten, möglichen Gefahren sind eben Gefahren, wie sie auch dem geringsten chirurgischen Eingriff anhaften können. Wird Oel verschluckt, so kann es durch Magensonde ausgehebert werden. Das Risiko des Hustenreizes und der Infektionsverbreitung ist bei Kranken, die täglich 100—1000 ccm Eitersputum aushusten, kaum nennenswert. Jodöl wird bei Bronchiektasie nicht in der Lunge zurückgehalten. Eine allgemeinere Anwendung der Jodölmethode wird nach Ver. erweisen, daß zunächst der Lungentuberkulose die Bronchiektasie die häufigste Lungenerkrankung ist. Mit ihr wird es möglich sein, die Krankheit früher zu diagnostizieren, die sogenannte trockene Form der Bronchiektasie mit rezidivierender Haemoptoe zu erkennen, die geeignete Operationsmethode festzustellen und die Fälle mit bilateraler Erkrankung von jeder Radikalbehandlung auszuschließen. Die Prinzipien chirurgischer Behandlung sind Drainage (besonders bei einzelner Höhlenbildung oder lokaler Gangrän), Kompression — Pneumothorax oder temporäre Phrenikuslähmung kommen bei frühen, milden Fällen, Phrenektomie, extrapleurale Thorakoplastik bei sehr chronischen Fällen in Frage — und Exstirpation-Thorakoplastik macht eine sekundäre Drainage und Exstirpation ungefährlich und hat eine relativ geringe Mortalität. Primäre Lobektomie und Exstirpation durch Kauterisation haben eine erschreckend hohe Mortalität, beide Verfahren, sekundär nach Thorakoplastik und Phrenektomie, sind sehr wirksam und viel weniger gefährlich. Durch eine Frühbehandlung nach früher Lipiodal-Röntgendiagnose kommt man mit den risikolosen Methoden aus.

Träger hämolytischer Streptokokken und ihre Beziehungen zur Scharlachverbreitung. Hämolytische Streptokokken von acht Scharlachrekonvaleszenten, die zwischen dem 30. Tage und sechs Monate nach Einsetzen der Krankheit entnommen waren, wurden auf ihre Toxinerzeugung geprüft. Gemäß intrakutanen Reaktionen an Ziegen erzeugten fünf dieser Stämme sehr starke Toxine, die durch das Antischarlach-Ziegenserum von Dochez neutralisiert wurden. Die Bouillonfiltrate der drei anderen Stämme erzeugten nur in sehr niedrigen Verdünnungen Reaktionen und wurden durch obiges Serum nicht vollkommen neutralisiert. Zwei dieser rekonvaleszenten Keimträger und ein dritter, normaler Keimträger konnten mit Sicherheit in ursächliche Beziehungen zu neuen Scharlachinfektionen gebracht werden.

Friedreichsche Ataxie bei zehn Mitgliedern einer Familie. Die Krankheit ist durch unvollkommene Muskelkoordination, Sprachstörungen und eine Anzahl wechselnder Symptome charakterisiert. Krankengeschichten von zehn Mitgliedern einer Familie — vier in der ersten, sechs in der zweiten Generation — im Alter von 5—42 Jahren werden mitgeteilt. Akute infektiöse Kinderkrankheiten spielen keine Rolle in der Pathogenese, wenn die Krankheit bisweilen auch nach Masern u. a. zuerst bemerkt wird. Prodrome bestehen gewöhnlich 5—7 Jahre, bevor die Kranken ataktisch werden, in Gestalt von Konvulsionen, Kopfschmerzen, leichter Ermüdung, nervöser Unbeständigkeit. Das Verschwinden der tiefen Reflexe scheint ein konstantes Frühzeichen zu sein. In den meisten Fällen bestanden Augenstörungen. Besonders auffällig war es, daß die Symptome bei allen Kranken zwischen dem 11.—12. Lebensjahre einsetzten. Häufig bestanden daneben andere kongenitale Defekte und Degenerationszeichen, fast konstant eine ausgesprochene Skoliose. Die psychischen Veränderungen waren nicht einheitlich, bald handelte es sich um Demenz, bald um ungewöhnliche Intelligenz. Das Fortschreiten der Krankheit war verschieden. Von dem Zeitpunkt, wo die Ataxie offenbar wurde, konnten die Kranken sich noch 3—4 Jahre selbstständig forthelfen, alle waren zwischen 5—11 Jahren nach dem Einsetzen der Krankheit an den Rollstuhl gefesselt, der ältere seit nicht weniger als 30 Jahren.

Die Behandlung der Magenblutung. Ruhe für Körper, Geist und Magen, Morphium zur Verhinderung des Durstes, eventuell Brompräparate und Chloralhydrat per rectum. Die Diät besteht während der ersten acht Tage aus einer Gelatinelösung (Gelatine 20 g, Laktose 90 g, Saft einer Orange, Wasser 100 g), einer Mehlmischung I (Hafermehl oder dergl. 500, Milch 420, Sahne 120, Laktose 90) und einer Mehlmischung II (Hafermehl 350, Milch 1000, Sahne 120, Laktose 120). Nahrungszufuhr 1½ stündlich; an den ersten zwei Tagen 120 g Gelatinelösung, am dritten Tage abwechselnd je 150 g derselben Nahrung, vom 5.—8. Tage abwechselnd je 180 g Gelatinelösung und Mehlmischung II. Vom neunten Tage ab folgt die übliche Ulkusdiät. Blutgruppenbestimmung und Auswahl eines geeigneten Gebers; im allgemeinen gebe man eine Bluttransfusion nicht vor dem Ende der ersten Woche. Erythrozyten- und Hb.-Bestimmung alle zwei Tage, gleichfalls Bestimmung der Blutgerinnungszeit und der Blutungszeit, besonders vor und nach der Transfusion. Bei niedriger Blutgerinnungsfähigkeit intramuskuläre Injektion von 10—20 ccm heterologen Blutes oder eine subkutane, bzw. intravenöse Injektion eines Koagulans (30—50 ccm einer 10% Natriumzitratlösung u. a.); bei Wiederholungen Vermeidung anaphylaktischer Störungen. Darmruhe drei Tage lang, vom vierten Tage ab Klysmen von 150 g warmen Oel. Tägliche Untersuchung der Stühle auf Blut. Streng zu vermeiden sind: Eis per os und Eisblase auf die Bauchgegend. Plötzliche Vermehrung des Blutvolumens durch rektale, subkutane oder intravenöse Injektionen, ausgenommen eine etwa notwendige Bluttransfusion. Steigerung des Blutdrucks durch Epinephrin, Ergotin, Herzstimulantien, außer bei schwerem Schock. Fasten ist schädlich, da es periodisch heftige Hungerkontraktionen hervorruft. Vermeidung aller chirurgischen Maßnahmen während und bald nach der Blutung.

Zuckertoleranz als diagnostisches Hilfsmittel. Zu den Toleranzproben benutzte Verf. als geeignesten Zucker die Galaktose. Der gesunde Mann hat eine konstante Toleranz sein ganzes Leben lang, die Frau beginnt in den Präpubertätsjahren mit einer niedrigeren Toleranz, die mit der sexuellen Entwicklung ansteigt, bei voller Reife die des Mannes übertrifft, in der Menopause wieder etwas zurückgeht. Kastration beim Manne verursacht keine Veränderung, bei der Frau dagegen ein Sinken der Toleranz bis zur Präpubertätshöhe. Schwangerschaft und auch der Menstruationsakt setzen die Toleranz herab. Funktionsstörungen einiger endokriner Drüsen verursachen Veränderungen in der Toleranz; den größten Einfluß üben Hypophyse und Nebennieren, den geringsten die Schilddrüse aus. Eine größere Anzahl nichtendokriner Störungen, wie Erkrankungen des Zentralnervensystems, Syphilis, primäre Anämien, maligne Tumoren, Leberkrankheiten verringern die Toleranz, ernste Nierenkrankheiten können sie steigern.

Gelatine in der Diät künstlich ernährter Kinder. Aus dem großen Kindermaterial wurden mit aller Vorsicht 34 gesunde, künstlich ernährte, unter drei Monate alte Kinder ausgewählt, bei denen man auf die verständnisvolle Mitarbeit der Mütter bauen konnte. Untersuchungen über eine Periode von etwa vier Monaten. Die Ernährung bestand aus frischer Kuhmilch (60 g pro Pfund Körpergewicht täglich); Wasser wurde bis zu 75—90 g pro Pfund aufgefüllt, Zucker in Mengen von 3 g pro Pfund zugefügt. Sechs Mahlzeiten in vierstündlichen Intervallen. Alle Kinder bekamen bis zum dritten Monat einen, später zwei Teelöffel Leberthran und 30 g Orangesaft täglich pro ½ Liter Milchmischung. Nach einer Kontrollperiode wurde entweder 1% Gelatine für die ganze Milchmischung oder rohes Eigelb hinzugefügt in Mengen von gleichem Kalorienwert wie die Gelatine (1 Eigelb = 20 g Gelatine). Orangensaft wurde der Eigelbmischung hinzugefügt, in der Gelatine- und Kontrollperiode zwischen den Mahlzeiten verabreicht. Die beiden Ernährungsarten wurden bei 28 Kindern abwechselnd 3—4 Wochen lang durchgeführt. Bei der Gelatine-Milchmischung war die durchschnittliche wöchentliche Gewichtszunahme 193,2, bei der Eigelb-Orangesaftmischung 193,8 g gegenüber 173,4 g in der Kontrollperiode. Je drei Kinder blieben bei ihrer Diät 8—14 Wochen, die Gruppe mit der Eigelb-Orangemischung nahm wöchentlich um 202,5, die Gelatinegruppe um 174,6 g zu. Die Kinder mit der Gelatinemischung neigten zu einem ziemlich faul riechenden, festen, graugelben, schwer entleerbaren Stuhl, die mit der Eigelbmischung hatten im allgemeinen einen kanariengelben, plastischen Stuhl.

Rontal.

The American Review of Tuberculosis.

15., Nr. 1, Januar 1927.

Die Gemeinschaftlichkeit der Tuberkulose bei Erwachsenen. Beim Erwachsenen will es scheinen, daß eine relativ kurze Infektion nicht verantwortlich gemacht werden kann für das Auftreten klinischer Symptome der Tuberkulose. Klinische Studien und die pathologische Anatomie zeigen, daß die Läsionen, welche der Primärinfektion folgen, oft genug weit davon entfernt sind, latent zu sein

und daß in einzelnen wenigen Fällen die Tuberkulose beim Erwachsenen eine mehr oder minder gute und brüske Manifestierung einer früher existierenden Infektion ist, welche sich der betreffende Mensch häufig schon sehr früh zugezogen hat. Die progressive Tuberkulose beim Erwachsenen, welche aus einer latenten Tuberkulose (speziell bei der Lunge) beim Erwachsenen entsteht, sollte als Ausdruck der Superinfektion betrachtet werden. Diese Superinfektion kann ihren Ursprung sowohl in der Reaktivierung alter Läsionsüberbleibsel wie auch in einer externen Infektion haben. Die endogene Superinfektion kann als besonders vorherrschend für die Mehrzahl der Fälle von extrapulmonaler Tuberkulose angesehen werden. Infolge Metastasen, welche aus alten reaktivierten Foci entstehen. Für die pulmonale Tuberkulose gestatten die experimentellen, anatomischen und klinischen Beobachtungen sowohl wie auch die Statistiken den Schluß, daß die endogene Superinfektion als prädomenant, wenn nicht als das absolute Element der Krankheit anzusehen ist, sowohl durch die lokale Reaktivierung alter Herde wie auch durch die Mobilisation der Keime, welche in diesen Herden enthalten sind. Wenn auch die exogene Superinfektion nicht die Hauptrolle in der Pathologie der Lungentuberkulose des Erwachsenen spielen kann, so darf man sie keinesfalls ausschließen. Es ist nicht möglich abzuwägen, wie groß ihre Wichtigkeit bewertet werden kann. Nach dem Experiment und der klinischen Beobachtung sollte die Wichtigkeit der massiven Infektion beim Erwachsenen keinesfalls übertrieben werden. Superinfektionen kleinen und wiederholter Erscheinungen spielen wohl mehr eine aktive Rolle. Die Infektion beim Erwachsenen kann sich in einer direkten Weise abspielen dadurch, daß Keime übertragen werden, welche ins Gewebe eindringen und sich dort lokalisieren oder in einer indirekten Weise durch die toxische Wirkung, welche durch diese Bakterien hervorgerufen wird. Die Bazillen, welche an der Stelle des Eindringens abgetötet und reabsorbiert werden, wirken so auf die schon bestehenden Herde, wie ein Stimulanz entsprechend dem Tuberkulin und diese Möglichkeit ist vielleicht sehr wichtig. Die praktischen Grundlinien, welche wir aus der vorliegenden Arbeit ziehen können, sind die folgenden: Die Prophylaxe gegen die tuberkulöse Infektion sollte schon in der Kindheit geübt werden; denn diese ist die beste Zeit, um eine Infektion verhüten zu können. Man kann sie beinahe als das wichtigste praktische Mittel gegen die Tuberkulose der Erwachsenen ansehen. Die moderne Prophylaxe sollte sowohl der endogenen Superinfektion wie auch der durch Kontakt weitgehende Rechnung tragen. Das frühe Erkennen der tuberkulösen Infektion beim Erwachsenen durch diagnostische Hilfsmittel ist ebenfalls einer der wichtigsten Punkte der Abwehr; denn durch sie kann unter Umständen infolge der ausgeübten Kontrolle die Infektion und die Stärke derselben herabgedrückt werden.

Die Variierung der Lokalisation der Tuberkulose in den Organen der verschiedenen Tiere. — Die Wichtigkeit der Gastension für das Wachstum des Tuberkelbazillus. Die vorliegenden Betrachtungen beweisen die Wichtigkeit, welche der Sauerstoff auf das Wachstum der Tuberkelbazillen hat und erscheinen bedeutungsvoll für alte Tuberkuloseherde beim Menschen mit resultierender, progressiver Krankheit. Des weiteren zeigt Verf., daß die Veränderungen des menschlichen Körpers infolge des Wechselns der Sauerstoff-Dissoziationskurve des Blutes einen bemerkenswerten Einfluß auf den Fortgang der Krankheit ausüben kann. Wenn der Sauerstoffzustrom nach den Geweben vermehrt ist, so können die in den Geweben vorhandenen Bakterien sich vermehren. Einer der wichtigsten Einzelfaktoren, welcher die Sauerstoffkurve des menschlichen Blutes beeinflußt, ist die Wasserstoffionendissoziation. Solche Zustände, wie Müdigkeit oder Ueberanstrengung, welche die Wasserstoffionen-Konzentration des Blutes vermehren und infolgedessen das Oxyhaemoglobin verringern, haben einen wohltuenden Einfluß auf die Tuberkulose; denn wenn der Sauerstoffgehalt der Gewebe verringert ist, so wird das Wachstum der Bakterien in den tuberkulösen Herden zurückgehalten.

Hofbauer-Berlin.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

41., Nr. 3, September.

Gefäßversorgung der Geschwülste. Warren H. Lewis.
Fall von tödlicher Methylsalizylatvergiftung. J. B. Pinkus und H. E. Handley.
Uebertragbarkeit des Toxinbildungsvermögens von Streptokokken. Martin Frobisher und J. Howard Brown.

41., Nr. 4. Oktober.

Inaktivierung des Hühnertumorvirus durch Albuminverbindungen. Margaret R. Lewis und Howard R. Andervont.
Verhalten granulierender Wunden beim Kaninchen gegenüber verschiedenen Infektionen. Chas. R. L. Halley, Alan M. Chesney und Irmgard Dresel.
Beziehung der peritonealen mesothelialen Zellen zur Bildung des Ascites. George Heller.
Klinische Bewertung der Cholezystographie nach oraler Verabfolgung von Tetraphenolphthalein. J. H. King und Lay Martin.
Lymphgefäße der Katzengallenblase. W. L. Winkenwerder.

Biberfeld.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. 14, Nr. 4, Oktober 1927.

Peritoneale Endometriosis. Arthur H. Curtis.
Metastase im Ovar bei Korpuskarzinom. Emil Novak.
Totale gegen subtotale abdominale Hysterektomie. James C. Masson.
Uretertransplantation in den Darm bei unheilbarer vesiko-vaginaler Fistel. Reuben Peterson.
Mechanismus des Zervixrisses unter der Geburt. B. De Lee.
* Amnionflüssigkeit und Wechsel ihrer Quantität. Fred J. Taussig.
* Thyreotoxikose in Beziehung zur Gynäkologie. Richard R. Smith.
Behandlung der Placenta praevia mit prophylaktischer Bluttransfusion und Kaiserschnitt. Arthur H. Bill.
* Operation oder Strahlenbehandlung der Uterustumoren. Brown Miller.
* Bluttransfusion in der Geburtshilfe und Gynäkologie. John Osborn Polak und A. Dale Kirk.
Pyelitis in der Schwangerschaft. B. C. Corbus und W. C. Danforth.
Totgeburten unter 4000 Entbindungen. Edward C. Lyon.

Amnionflüssigkeit und Wechsel ihrer Quantität. Biochemische Untersuchungen der Eihäute und der Amnionflüssigkeit deuten darauf hin, daß das Amnion eine Funktion besitzt, die zum Stoffwechsel in Beziehung steht. Das Amnionepithel ist mit größter Wahrscheinlichkeit als die Quelle des Fruchtwassers anzusehen. Warum aber in einem Falle ein Hydramnion und am andern Falle ein Oligohydramnion auftritt, ist noch unbekannt. Bestimmte Arten der fötalen Mißbildungen werden bei Hydramnion, andere bei Oligohydramion angetroffen; überhaupt sind Mißbildungen sowohl bei zu großer als auch bei zu geringer Fruchtwassermenge häufig. Beim Hydramnion konnten weder histologische Veränderungen der Eihaut noch chemische Veränderungen des Fruchtwassers festgestellt werden. Dagegen findet sich fast konstant eine Nekrose des Amnion in Fällen von Fruchwassermangel. Beim Hydramnion sieht man in der Regel ungewöhnlich große Plazenten. Ferner steht fest, daß Fruchtwasser vom Fötus verschluckt wird und durch Resorption vom Darm aus in den mütterlichen Blutkreislauf gelangt. Wenn diese Absorption des Fruchtwassers durch irgendein Hindernis gestört ist, so resultiert ein Hydramnion. Zwillinge, vor allem eineiige Zwillinge, finden sich besonders bei den akuten Formen des Hydramnion. In allen Fällen von Hydramnion und Oligohydramnion ist die Prognose für das Kind schlecht, das sich bei der Geburt meist Komplikationen ergeben. Oligohydramnion wird hauptsächlich bei Primiparen, Polyhydramnion bei Multiparen beobachtet.

Thyreotoxikose in Beziehung zur Gynäkologie. Frauen, die an einer Thyreotoxikose leiden, werden selten gravid. Die Krankheit tritt nur selten in der Kindheit, dagegen häufiger um das 20. Lebensjahr herum auf. Als Symptome sind hervorzuheben: Vergrößerung der Schilddrüse; Herzklopfen und Dilatation; Gewichtsverlust bei gutem Appetit; Pulsbeschleunigung bei jeder kleinsten Erregung; hoher Blutdruck; Tremor; vasomotorische Störungen (Hitzegefühl, Wallungen usw.); Nervosität und Reizbarkeit. Gynäkologische Operationen sind erst dann vorzunehmen, wenn die Thyreotoxikose beseitigt ist. Liegt eine dringende Indikation zur Operation vor, so ist die Patientin nach Möglichkeit mit einigen Tagen Bettruhe ante operationem und Jod vorzubereiten. In allen Fällen von ausgesprochener Thyreotoxikose empfiehlt Verf. die Strumektomie. Röngen- und Radiumbestrahlung hat sich nicht bewährt.

Operation oder Strahlenbehandlung der Uterustumoren. Sowohl beim Zervix- als auch beim Korpuskarzinom ist das operative Vorgehen der Strahlenbehandlung überlegen. Ebenso sind die Uterusmyome in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zu operieren.

Bluttransfusion in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Die Bluttransfusion ist ein relativ gefahrloser Eingriff. Sie bewirkt eine Blutdrucksteigerung und eine Pulsverlangsamung, wirkt als Anreiz auf die körperlichen Funktionen, besonders auf die blutbildenden Organe und hat den Wert eines Nahrungsmittels. Nicht nur bei Blutverlusten sondern auch in anderen Fällen ist die Transfusion indiziert, besonders bei septischen Zuständen und als anteoperativer Eingriff zur Erhöhung der Widerstandsfähigkeit des Körpers.

Paul Braun, Stettin.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy.

Vol. XVIII, 4.

Physostigmin als Hilfsmittel bei der gastrointestinalen Röntgendiagnose. Physostigmin vermehrt die Peristaltik, erhöht den Tonus des Gastrointestinaltraktes und überwindet Spasmen. Diese Wirkungen können mit Dosen herbeigeführt werden, die nichttoxisch sind. Sollten sich gelegentlich Vergiftungserscheinungen entwickeln, so besitzen wir im Atropin ein wirksames Gegenmittel. Das Physostigmin ist oral und subkutan in gleicher Weise wirksam. Das Physostigmin ist oft von großem Wert bei der Feststellung der Seite und Ausdehnung des Erkrankungsprozesses. Die günstigste Dosis des Physostigmins zur Verwendung in der Röntgendiagnostik ist oral 12,6 mg. Diese Dosis hält in ihrer Wirksamkeit lange genug an, die Röntgenoskopie durchzuführen und die Röntgenogramme anzufertigen.

Silikosis, eine industrielle Berufsgefahr in den Goldminen von Ontario. In Ontario kommt die Silikosis weniger häufig und mit der Bildung weicher Schatten in den Lungen vor, als in Südafrika. Die Krankheit wird durch Felsenstaub, der kein Silizium enthält, verursacht oder von Staub mit wenigem Prozentgehalt von Silikaten und anderen begleitenden Mineralien. Tuberkulose ist der vorherrschende ernste Faktor, der jedoch der Zahl noch der Stärke nach nicht die Bedeutung hat wie in Südafrika.

Radiumbehandlung ausgedehnter Hämangiome im Kindesalter. Bei ausgedehnten Hämangiomen werden Radonnadeln geringen Gehalts über den Tumor verteilt. Der Implantation folgt ein Kompressionsverband, um teilweisen Kollaps der Blutgefäße zu erzielen. Der Erfolg der Methode hängt von der biologischen Wirkung der Betastrahlen in der Hervorbringung von Endarteritis und Fibrose der getroffenen Blutgefäße ab.

Eine kombinierte Behandlung des Oesophaguskrebses. Die Anlegung einer Gastrostomie als ausschließliche Therapie des Oesophaguskarzinoms ist für viele Fälle unberechtigt. Das Oesophaguskarzinom tritt entweder als Adenokarzinom am unteren Ende des Oesophagus auf oder als Plattenepithelkrebs an irgendeiner Stelle seines Verlaufes. Die erstere Form ist vom Abdomen aus zu operieren, die letztere ist die häufigere und endoösophageal beginnend. Der Plattenepithelkrebs ist der günstigste Krebs des ganzen Verdauungstraktes, und es hängt wesentlich an der späten Diagnose, daß seine Operationsresultate nicht besser sind. Bericht über drei fortgeschrittene Fälle, die, nachdem sich ihr Kräftezustand durch gastrostomale Ernährung gehoben hatte, der Strahlentherapie unterzogen wurden. Abwechselnd von vorn und hinten wurden täglich 25% der HED. einer Strahlung bei 200 KV, 0,5 mm Kupfer und 1 mm Aluminiumfilter aus einem Abstand von 30 cm unter Verwendung eines Feldes von 9:12 cm auf das Mediastinum direkt über der Stelle, welche mittelst der Röntgenuntersuchung als krank erkannt worden war, verabfolgt. So wurden vorn und hinten je vier Dosen gegeben. Unmittelbar darauf wird die Insertion von Radonröhrchen vorgenommen, deren Anzahl — 6 bis 8 — sich nach der durch die Röntgenuntersuchung bestimmten Tumorgröße richtet. Die einzelnen Platintuben enthalten 2—3 mc; ihre Wände üben eine Filterwirkung von 0,2 mm aus. Die einzelnen Radonträger werden mit etwa 60 cm langen Fäden nach außen befestigt. Ihre Applikation erfolgt mit Hilfe des Oesophagoskops in der Weise, daß die tieferen Tumorteile zuerst gespickt werden. Jede Nahrungsaufnahme auch das Verschlucken des Speichels wird verboten. Am zweiten Tage darf der Patient das Bett verlassen. Das Radon bleibt 6—8 Tage liegen. Die einverleibte Dosis beträgt so 1500—2000 mc-h. Die Nadeln werden vermittelst der Fäden entfernt, was beschwerdelos vor sich geht. Am nächsten Tag kann der Patient ein Glas Milch oder Wasser trinken, drei oder vier Tage nachher wird die Menge vermehrt. Nach einer Woche wird die weiche Diät gestattet. Die drei Patienten sind 6 Wochen nach dieser Behandlung beschwerdefrei gewesen, der eine ist wieder zu seiner Arbeit zurückgekehrt.

Die Wirkungen der Röntgenstrahlen auf die Niere. Bestrahlung der Niere bringt progressive Degeneration der Tubuli hervor und deren Ersetzung durch Bindegewebe. Zeichen von Regeneration der geschädigten Tubuli bestehen nicht dabei. Die Glomeruli bleiben praktisch durch die Strahlen unbeeinflußt. Ihre Größenverminderung und ihre Distorsion sind lediglich sekundär aus anderen Ursachen. Bei der chronischen Glomerulinephritis des Menschen sind die Glomeruliveränderungen primär, die Tubuliveränderungen sekundär. Bei der Bestrahlungsnephritis ist das Verhältnis umgekehrt. Die so entstandene kontrahierte Niere ist sonach das Endresultat einer Nephrose.

Wichtigkeit der Gefäßdurchlässigkeit bei der therapeutischen Anwendung der Röntgenstrahlen und des Radiums gegen maligne Erkrankung. Die Anwendung der Röntgenstrahlen bei Bewohnern des Hochplateaus von Mexiko bewirkt besonders starke Röntgenreaktionen und Blutzellenschädigungen. So ist dort in gegebenen Fällen nur die Verabfolgung kontinuierlicher, kleiner Röntgendosen möglich, wegen des geringen Sauerstoffgehaltes der Luft. Der Mitosetheorie und der ursprünglichen Anschauung von der Notwendigkeit lokaler Zerstörung des Tumors durch Bestrahlung sowie der Theorie von der Stärkung der natürlichen Immunität und ihrer strahlenbewirkten Steigerung stellt der Autor eine neue theoretische Erklärung der Heilung des bestrahlen Tumors an die Seite. Danach spielt das Gefäßsystem bei der Heilung eine große Rolle, denn, wie sich an einem Neoplasma des Cornealrandes beobachten ließ, hörte das Wachstum nur auf, wenn Vaskularisation auftrat. Doch kann es nicht die Anwesenheit der Blutgefäße allein sein, noch deren Erweiterung, welche die Heilung nach der Bestrahlung erklärt, weil diese Blutgefäße bereits vor der Bestrahlung vorhanden waren, ohne das Wachstum aufhalten zu können. Es muß also im Gefolge der Bestrahlung zu einer Veränderung der Wanddurchlässigkeit der Gefäße kommen, sei es in steigerndem oder verminderndem Sinne. So wäre es möglich, einerseits den Stoffwechsel der neoplastischen Zelle zu ändern, andererseits durch Resorption die Degenerationsprodukte zu eliminieren. Es scheint auf Grund der Beobachtung wahrscheinlich, daß die Heilung indirekt durch Umwandlung des Stoffwechsels geschieht, sei es durch Produktion immunisierender Substanzen durch Röntgenstrahlen, sei es durch Entfaltung der natürlichen Immunität als Folge zunehmender Permeabilität der Blutgefäße. Ungeschädigte Blutgefäße sind für Antistoffe (Globuline) undurchlässig. Das Erythem der Röntgenstrahlen würde also ebenso wirken wie das Erythem des Erysipels, des Scharlachs, welche imstande sind, nicht nur Paralyse, syphilitische Geschwüre und Lupus, sondern auch Karzinome in Einzelfällen zu heilen. Diese Erytheme können wir uns mit einer Steigerung der Gefäßpermeabilität verbunden denken, welche nun ihrerseits gewissen Schutzstoffen den Uebergang in die erkrankte Zone erleichtert. Erwiesen ist, daß die Gefäßwände nach Bestrahlung zwei- bis dreimal mehr Eiweißsubstanzen passieren lassen, als normale unbestrahlte. Nur nach hohen und fortgesetzt gegebenen Röntgendosen vermindert sich die Permeabilität und sinkt schließlich unter die Norm. Die Zerstörung von Zellen durch Röntgenstrahlen bewirkt die Beeinträchtigung des Säure-Basengleichgewichts. Sie bleibt aus, wenn Serum allein im Reagensglas bestrahlt wird. Diese führt zur Störung des Stoffwechsels, zur Erregung des sympathischen Systems und zur Aenderung des Blutdrucks und der Blutzusammensetzung. Zu all dem kommt eine natürliche Immunität, welche offenbar mangelhaft ausgebildet, der hereditären Prädisposition zugrunde liegt. Drew vermochte aus Krebsgewebe eine Substanz zu isolieren, welche auf das Wachstum anderer Tumoren fördernd wirkte. Daß diese Substanz jedoch durch Zusatz normalen Serums paralysierbar war, deutet auf die normale Produktion von Antikörpern im Serum hin. Weiter ist die Tatsache wichtig, daß Metastasen am häufigsten in Organen, welche reich an Milchsäure sind, auftreten, speziell in der Leber, Milz und Muskeln, arm an Milchsäure, sind selten Sitz von Metastasen. Die Verminderung der endokrinen Tätigkeit mit dem Alter legt den Gedanken nahe, daß die Schutzstoffe oder Schutzprozesse irgendwie mit dieser Tätigkeit zusammenhängen. Experimentelle Teertumoren stellen ihr Wachstum ein oder vermindern es auf Hypophysenextrakt hin. Bei Tieren ohne Hoden, Ovarien oder Milz war keine Aenderung im Wachstum zu konstatieren. Während der Gravidität wuchsen die Tumoren stark, und man konnte sie schwinden sehen während der Laktationsperiode. Insulin ergab widersprechende Resultate. Adrenalin und Glykose fördern das Wachstum. Thallium, Ratten rektal beigebracht, rief unter Alteration des endokrinen Systems im Magen der Tiere Papillome hervor. Schilddrüsen- oder Thymusextrakt vermochten die Erregung des endokrinen Systems teilweise zurückzuführen. Ob es sich dabei lediglich um Steigerung der Oxidationsprozesse handelt, die ja nach Warburgs Arbeiten eine so bedeutsame Rolle in der Charakteristik des normalen und des pathologischen Wachstums beim Gewebe Erwachsener spielt, etwa in dem Sinne, daß ungenügende Oxydationsprozesse Neoplasmen hervorbringen, ist noch nicht entschieden. Carrel konnte, von ähnlichen Gedanken ausgehend, durch

Injektion arseniger Säure, welche die zellulare Oxydation hintanzuhalten fähig ist, ohne dabei die fermentativen Prozesse zu stören, beim Hühnchen Sarkom erzeugen. So scheint die normale Oxydation im Gewebe Schutzfunktionen zu übernehmen gegen die Bildung und das Wachstum von Tumoren. Die Bestrahlung würde also die Durchlässigkeit der Gefäße für Sauerstoff, oxydative Fermente oder andere Katalysatoren steigern. In diesem Sinne spricht auch die Entfärbung des mit ⅓ HED. bestrahlten Mesenteriums eines vital gefärbten Frosches. Wurde diese Vitalfärbung drei Wochen später wiederholt, jedoch nicht mehr bestrahlt, so konnte unter dem Kapillarmikroskop gleichwohl die raschere Entfärbung konstatiert werden. Diese Entfärbung ist aber zweifellos ein Oxydationsprozeß, der, wie sich im Experiment erweisen ließ, von der Blutzufuhr abhängig ist. Es konnte ferner gezeigt werden, daß sich dies Experiment nicht machen ließ während der Ueberwinterungszeit des Frosches, weil während dieser durch Aenderung der Thyreoideafunktion die Oxydationsprozesse auf ein Minimum reduziert sind. Bei diesen Oxydationsvorgängen ist auch der Wichtigkeit des Eisens als Katalysator zu gedenken. Frösche, die künstlich mit Kochsalzlösung durchströmt wurden, zeigten keinerlei Veränderung der Milzgröße nach Bestrahlung, das Organ verkleinerte sich jedoch auf die Hälfte, wenn es bei normaler Blutzirkulation bestrahlt wurde. Doch auch der Druck des Sauerstoffs spielt anscheinend in die Schädigung des Karzinoms hinein, wenn gleichzeitig gewisse Katalysatoren — im Experiment Kupfer oder Selen — appliziert werden. Unter 1,6—2,0 Atmosphären wirkender Sauerstoff brachte die Tumoren zur Eiterung, Nekrose oder zur vollständigen Rückbildung bzw. Stillstand des Wachstums. Diese Katalysatoren bewirken eine erhöhte Durchlässigkeit der Gefäßwände, der erhöhte Druck steigert die Sauerstoffaufnahme des Blutes. Wie die Begünstigung des Dioxyphenylalanins durch Röntgenstrahlen zur Bildung des Pigments beweist, liegt dabei eine strahlenbedingte Steigerung des Oxydationsprozesses vor, und es ist denkbar, daß so die Röntgenstrahlen auch andersartige Oxydationsvorgänge begünstigen, beispielsweise bei der Heilung der Neoplasmen. Diese oxydationsfördernde Strahlenwirkung würde auch erklären, warum es bei keiner Dosis zu einem Wachstumsreiz auf Blastomgewebe kommen kann, warum aber bereits kleine Dosen bei Restitutionswachstum stimulierend sind. Dementsprechend ist das Ziel die Steigerung der Durchlässigkeit der Gefäße vermittelst Strahlendosen, welche keine solche Gefäßschädigung hervorrufen, daß die Gefäße für künftige Bestrahlungen unfähig werden. Die Minimaldosis zu diesem Zwecke ist noch nicht gefunden. Daneben wird man streben, durch Darreichung von Substanzen, welche die Oxydation steigern und die Fermentation verringern, sowie die blasombedingte Azidität zu neutralisieren, die Strahlenwirkung zu steigern: Thyreoideaextrakt, Eisen und Alkalien. Diese Erklärung der Röntgenstrahlenwirkung auf das Karzinom befriedigt auch ihr gegenteiliges Verhalten bei der Entstehung des Karzinoms der Röntgenologen. Durch die ständigen kleinen Röntgendosen wird im Laufe der Jahre das Gewebe der Gefäßwände undurchlässig für Sauerstoff, es kommt zu den Verhältnissen, welche die Vorbedingung im Sinne Warburgs sind zur Entstehung karzinomatöser Zellwucherungen: der Asphyxie. Doch ist diese Impermeabilität beispielsweise einer Erythemdosis nicht unüberwindlich, indem es danach zu einer erneuten ödematösen Durchtränkung kommt, welche damit die Grundlage der Bekämpfung des allmählicherweise entstandenen Karzinoms bietet. Die geringen, entzündungswidrigen Röntgendosen wirken auf die Gefäßwände im Sinne einer Steigerung der Undurchlässigkeit. Chronische Reize verschiedenster Art, deren Rolle in der Aetiologie des Krebses schon seit langem zweifellos ist, greifen am Gefäßsystem an, dessen Sauerstoffdurchlässigkeit sie verringern, wodurch lokale Asphyxie zustande kommt, Vorbedingung der pathologisch wuchernden Zelle. Die Röntgen- und Radiumstrahlen vermögen aber, wie kein zweites Mittel, die Permeabilität der Gefäße durch größere Dosen zu steigern, wenn nicht vorausgegangene Bestrahlungen die Gefäße bereits undurchlässig gemacht haben.

J. Kottmaier, Mainz.

Buchbesprechungen.

Dr. Th. Brehme, Heidelberg: **Ueber Enzephalographie im Kindesalter.** Verlag Karger, 1926. — Das Verfahren ist in 45 Fällen angewandt worden. Es ist in erster Linie von Wert zur Unterstützung der klinischen Diagnose. Es ermöglicht die Diagnose des Hydrocephalus occultus, ferner die Unterscheidung einer Hydrocephalus internus apertus oder occlusus, verschafft Aufklärung über die Ausdehnung des Hydrozephalus. Es erleichtert die Differentialdiagnose zwischen organischem Hirnleiden und nervöser Störung. Therapeutisch sind Erfolge bei Epilepsie (hauptsächlich petit mal) beschrieben. Das Verfahren muß gründlichst studiert werden und soll vorläufig den Kliniken vorbehalten bleiben, für die Praxis eignet es sich noch nicht.

P. Heymann, Berlin.

Roger Korbsch: **Lehrbuch und Atlas der Laparo- und Thorakoskopie.** Lehmanns medizinische Lehrbücher, Band IX. Verlag J. F. Lehmann, München. — In dem neu erschienenen Buch wird anfangs eine ausführliche Beschreibung der Methodik, der Indikationsstellung und des Instrumentariums sowie der Technik der inneren Besichtigung und der Wahl der Eingangsstelle gegeben. Alsdann erfolgt eine Schilderung der einzelnen Organe stets mit Rücksicht darauf, welche Veränderungen wir durch die Laparo- oder Thorakoskopie nachweisen und von welchen Ausgangspunkten die Organe am besten angesehen werden können. Das Buch ist in drei Teile geteilt; der erste Teil enthält die Laparoskopie, der zweite die Thorakoskopie und die endothorakalen Eingriffe und der dritte farbige Tafeln, die den Beweis vor Augen führen sollen, daß es tatsächlich gelungen ist, die Diagnosenstellung durch absolut eindeutige und brauchbare Befunde zu sichern. Ob die Laparo- und Thorakoskopie, die zahlreiche Gegner besitzen, in Zukunft weiter ausgebaut werden, wird von den diagnostischen Erfolgen abhängig sein. In dem vorliegenden Atlas haben wir eine ausgezeichnete Anleitung für die Laparo- und Thorakoskopie. Das Lehrbuch ist im Verlag J. F. Lehmann, München, erschienen und ist broschiert zum Preise von 10 Mk., gebunden für 12 Mk. zu erhalten.

J. Bischoff: **Jllustrierte Nahrungs- und Genußmittelkunde.** A. Ziemsen, Verlag. Wittenberg. 16 Mk. — In einem einleitenden Kapitel werden die Grundzüge der Ernährungslehre besprochen; dann im Hauptteil die dem Tierreiche und die dem Pflanzenreiche entstammenden Nahrungs- und Genußmittel. Z. B. bei Fasan: die verschiedenen Arten der Familie; Beschreibung des Gefieders, Unterschiede zwischen Männchen und Weibchen, Gewicht, Altersunterscheidungsmerkmale, chemische Zusammensetzung des Fasanenfleisches. In knapper, klarer Darstellung unter Verwendung vieler Abbildungen wird das Wesentliche gesagt: populärwissenschaftliche Literatur bester Art.

Keller.

H. Berger: **Ueber die Lokalisation im Großhirn.** Verl. Fischer, Jena. 1927. Brosch. 1,80 RM. 36 S. — Das kleine Buch des bekannten Jenaer Ordinarius enthält eine Rede, die vor einem weiteren akademischen Hörerkreis gehalten wurde. Es gibt in gedrungener, aber dank der völligen Beherrschung des Gebiets sehr gut verständlicher und übersichtlicher Darstellung den augenblicklichen Stand des einigermaßen gesichert erscheinenden Wissens über die Lokalisation im Großhirn wieder. Besonders auch der Praktiker, der sich nicht speziell mit diesen Dingen befassen kann, und der dem im letzten Jahrzehnt sehr ausgebauten Gebiet nicht immer folgen konnte, hat in dieser kurzen Darstellung ein ausgezeichnetes Mittel an der Hand, sich leicht zu informieren.

Panse, Berlin.

Arzt und Eherecht. Die ärztlich wichtigen Rechtsbeziehungen der Ehe in der Rechtsprechung. Dr. med. Julius Heller, Professor an der Universität Berlin. Groß-Oktav, 140 Seiten, 1927, geb. 5 M. Verlag A. Marcus und E. Weber, Berlin und Köln. — Aus der Feder eines auf dem rechtlich-medizinischen Grenzgebiete bekannten Fachmannes liegt eine Monographie über das geltende Eherecht vor, die kritisch dasselbe auf pathologische Befunde hin untersucht. Der scharfe, mit allem juristischen Rüstzeug ausgestattete Geist des Verfassers bildet das Seziermesser, das die innersten Organe des „Ehe"-körpers auf ihre Lebensfähigkeit hin untersucht. Sehr richtig ist der Weg, der dabei eingeschlagen wird. Nicht allein reichsdeutsches Recht und Judikatur dient dazu als Mittel, sondern auch die wichtigsten Rechtsquellen des Auslandes, da kein Gebiet so auf internationale Gestaltung aufgebaut ist, wie das des Eherechtes. Außer diesem rein wissenschaftlichen Vorzug des Buches hat der Autor sich der dankenswerten Aufgabe unterzogen, die Materie unter die Lupe des Mediziners zu nehmen, und die Berechtigung des ärztlichen Standpunktes in den einzelnen Eherechtsfragen klar und deutlich im Interesse des Volkswohles festzustellen. Ein Postulat, das für die Judikatur und de lege ferenda nicht genug stark gefordert werden kann im Interesse der hohen sittlichen Struktur des Eheinstitutes als Grundlage einer jeden Staatsgemeinschaft. Besonders aber für den Arzt als Berater in den geheimsten Familienangelegenheiten bildet dieser Führer durchs Eherecht ein zuverlässiges Nachschlagewerk, das ihm in dieser Tätigkeit „prophylaktisch" sehr gute Dienste leisten kann.

Frankfurter.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Amt Bergmann 2732 und 2854

NUMMER 52 — BERLIN, DEN 30. DEZEMBER 1927 — 45. JAHRGANG

Originalien.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Dienstbeschädigung für eine Eisenlunge abgelehnt.

Von

Oberregierungs-Medizinalrat Dr. v. SCHNIZER.

Vorgeschichte.

Der 1893 geborene Feilenhauer J. R. wurde 1916 im August beim Rekrutendepot eingestellt, kam im Oktober wegen Schmerzen in der Blinddarmgegend ins Lazarett. Kein objektiver Befund. Nach sechs Tagen wieder als dienstfähig entlassen. Dezember: wieder ins Lazarett wegen Influenza und Lungenentzündung, wo er bis zum Februar 1917 war. März: zur Arbeitsaufnahme als Feilenhauer entlassen; wurde aber wieder im April eingezogen und im Mai wieder zur Arbeitsaufnahme als Feilenhauer entlassen.

1919 im Juni hat er wgen Lungenleidens Versorgungsantrag gestellt. Klopfschall über den Lungen überall voll, nur links hinten unten leicht verkürzt, Atemgeräusch regelrecht. Röntgen: rechts hinten unten pleuritische Reste. Einzelne Herde in beiden Lungen; vermutlich cirrhotische Tuberkulose. Nach seiner Entlassung 16 Monate Dienst in einer Feilenhauerei; bei der Demobilisierung ohne Rente entlassen. Tuberkelbazillen negativ. Einige zarte Fleckschatten in der Hilusgegend beiderseits ließen eine aktivierte Tuberkulose nicht mit Sicherheit feststellen. Weil aber Verdacht darauf bestand, wurde Dienstbeschädigung angenommen und eine Erwerbsminderung von 30% wegen des schlechten Kräfte- und Ernährungszustandes; vielleicht ist daran die Anwesenheit von Würmern mit beteiligt. Obwohl nur ein Teil dessen auf den militärischen Dienst zurückzuführen sei, denn R. habe zwei Jahre nach seiner Entlassung dieselbe Beschäftigung, die Feilenhauerei ausgeübt, wie vor dem Kriege, so wurde doch in Anbetracht dessen, daß R. während seiner Reklamation für die Kriegswirtschaft tätig war, eine achtwöchentliche Kur in einem Erholungsheim empfohlen, wenn auch eine Erholungskur der zuständigen Landesversicherungsanstalt zur Last fiele. Da aber R. die Kur wegen häuslicher Verhältnisse nicht antreten konnte, wurde vorgeschlagen, Dienstbeschädigung für Lungenkatarrh anzunehmen und sie mit 30% zu berenten, was auch im Januar 1920 geschah. Dieses Verfahren entspricht nicht den gesetzlichen Vorschriften, denn entweder hängt das Leiden wahrscheinlicher Weise mit dem Dienst zusammen oder nicht. Nun wurde in der Rentenliste noch der fehlerhafte, durch das Gutachten nicht begründete, Eintrag gemacht, das Leiden sei auf die mehrmaligen Erkrankungen und die besonderen Verhältnisse des Dienstes zurückzuführen. R. war nicht an der Front und ist in der Etappe nur einmal etwa zwei Monate lang wegen Influenza mit nachfolgender Lungenentzündung krank gewesen.

1920 Dezember, Antrag auf Erhöhung und Berufswechsel.

Aktenvermerk vom 2. 7. 1921 von Prof. F.: R. ist von der Fürsorgestelle wegen Antrags auf Heilbehandlung zugewiesen worden, aber nicht erschienen. Beim Studium der Akten wurde festgestellt, daß das Schlußurteil, welches die Annahme von Dienstbeschädigung und eine Erwerbsminderung von 30% ausspricht, nicht beweisend sei, weshalb eine erneute fachärztliche Untersuchung angezeigt sei. Diese im Mai 1922. Lungenbefund: Links hinten unten Schallverkürzung, alte Rippenfellschwarte, links hinten oben ebenfalls, Muskulatur stark entwickelt. Atemgeräusch bläschenförmig, keine Rasselgeräusche. Röntgenbefund: keine Veränderung im Vergleich zur Aufnahme vom 26. 7. 1919. Das rechte Unterfeld ist leicht verschleiert, das rechte Zwerchfell bleibt bei tiefer Atmung zurück. Urteil: Für das Bestehen aktiver tuberkulöser Prozesse keine Anhaltspunkte, leichte subjektive Beschwerden sind möglich; immerhin hat sich der Körperzustand seit 1919 wesentlich gebessert. Erwerbsminderung unter 10%.

1926 Juli, Antrag auf Wiedergewährung wegen Lungenleidens. Aerztliches Zeugnis Dr. W.: Seit Februar 1924 mehrmals wegen Bronchitis und Krampfadern am rechten Unterschenkel behandelt, mehrere Wochen erwerbsunfähig. Demgegenüber sagt die Krankenkasse: 1923 Handschwielenentzündung, 1924 zweimal Unterschenkelgeschwür und schmerzhafte Hühneraugen, ferner Weichteilquetschung, Nervenschmerzen am rechten Fußknöchel. 1924 September neun Tage lang wegen Bronchitis bei Dr. B. Demnach ist R. wenigstens vor 1924 von Dr. W. nicht wegen Bronchitis behandelt worden. 1924 im Dezember sieben Tage Bronchitis. 1925 Quetschung des linken Zeigefingers, Panaritium, Phlegmone und Beschwerden wegen Granatsplitters. (R. ist aber nie verwundet worden.). Also war R. von 1923 bis 1925 nur zweimal kurz in Behandlung.

1926 Oktober. Amtsärztliche Untersuchung: Guter Ernährungszustand, erhebliche Gewichtszunahme: 1919 68 Kilo, 1920 73,7, 1926 84 Kilo. Ueber der linken Spitze mäßige Schallverkürzung, ebenso links hinten unten. Weder nach dem Verlaufe, noch nach dem Untersuchungsbefund liegt eine Verschlimmerung des Lungenleidens vor, kein Anhaltspunkt für das Bestehen einer aktiven Tuberkulose, kein Bestehen eines Bronchialkatarrhs. R. ist nicht wegen des Lungenleidens, sondern wegen Arbeitsmangel erwerbslos. Der jetzige Husten hängt mit einer chronischen Entzündung der Rachenschleimhaut zusammen. Erwerbsminderung 25%.

Hiergegen Berufung. Das Leiden habe sich so verschlimmert, daß er keine schwere Arbeit tun könne. Die amtliche Untersuchung sei oberflächlich gewesen. Er sei mindestens 60%. Dr. W.: R. leide infolge früheren Lungenleidens immer wieder an trockener Rippenfellentzündung und Atembeschwerden, so daß er schwere Arbeit meiden müsse. Vertreter des Dr. H.: R. ist wegen eines Lungenleidens für schwere Arbeiten und solche in Kälte und Nässe nicht fähig.

Versorgungsgericht ersucht Dr. H. um gutachtliche Aeußerung darüber, ob und welche Abweichung im objektiven Befund und in der Beurteilung des Grades der Erwerbsminderung er als behandelnder Arzt festgestellt habe, gegenüber dem ausführlichen Gutachten des Amtsarztes vom Oktober 1926.

1927 Januar, Dr. H.: Hat den R. nicht behandelt. Das Zeugnis seines Vertreters sei auf Wunsch des R. ausgestellt worden, weil

R. zur Zeit nicht im Stande sei, Notstandsarbeiten zu verrichten. R. habe aber das Zeugnis für das Berufungsverfahren verwandt Weder der Untersuchungsbefund, noch das Ergebnis der Röntgenaufnahme seien so eindeutig, daß ein bestimmtes Gutachten über R. nicht abgegeben werden könne. Er habe den Fall mit Prof. F. besprochen und halte eine Beobachtung von drei bis vier Tagen für notwendig.

August, Dr. H. nach ambulanter mehrfacher Untersuchung, da R. eine Aufnahme verweigerte: Eine Beurteilung ist überhaupt nur möglich auf Grund des Platten-Serienvergleichs. 1. Dadurch und durch Umdeutung früherer Röntgenaufnahmen scheint es absolut sicher, daß seit 1919, wahrscheinlich schon früher bei R. eine Lungentuberkulose bestehe, die sich seit ihrem Beginn namentlich auf der linken Seite weiter ausgedehnt habe. 2. Die wiederholte ambulatorische Untersuchung habe ergeben, daß außer dem Röntgenbilde keine Erscheinungen einer zur Zeit bestehenden Tuberkulose vorlägen. 3. Aller Wahrscheinlichkeit nach handele es sich um eine Dienstbeschädigung in der Hinsicht, daß die Tuberkulose während des Dienstes entstanden sei. Ob der Dienst selbst irgendeinen Einfluß darauf ausgeübt habe, stehe dahin. 4. Es stehe absolut fest, daß die Erkrankung z. Zt. im Stillstand begriffen sei, denn es fehle jedes Fieber, Katarrh, die Herabsetzung der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen, Gewichtsabnahme usw. 5. Obwohl Dr. H. zugebe, daß viele andere Kranke im selben Zustande sich um ihre Erkrankung nicht kümmern und selbst schwere Arbeiten leisten, muß doch vom ärztlichen Standpunkte aus zugegeben werden, daß eine Erwerbsminderung zum Mindesten in dem Sinne bestehe, daß das Feilenhauergewerbe verschlimmernd auf eine vorhandene Tuberkulose einwirken könne. Dies sei um so mehr der Fall, als der Plattenvergleich bei R. ergebe, daß Verdacht darauf bestehe, daß eine Berufskrankheit (Pneumokoniose) dabei im Spiele sei. 6. Dr. H. schätze die Erwerbsminderung daher noch auf 50%.

Zunächst ist festzustellen, daß Dr. H. in seinem Gutachten nur allgemeine Angaben macht, aber keineswegs auf das Ersuchen des Gerichts eingeht, festzustellen, welche Abweichungen in der Beurteilung des Grades der E. M. gegenüber den Zeugnissen des Versorgungsamtes vom Oktober 1926 bestehen. Aus diesem Grunde ist R. von der Untersuchungsstelle wieder einbestellt worden, um in kommissarischer Untersuchung eine Untersuchung und Röntgenaufnahmen der Lunge vorzunehmen, was am 29. 9. 1927 geschah.

R. klagte beim Laufen und beim Arbeiten in gebückter oder sitzender Stellung über stechende Schmerzen auf der Brust rechts unten und in der rechten Schulter. Zeitweise so starken Husten, daß er erbrechen müsse. Außerdem habe er noch mit dem Schnaufen zu tun, wobei ihm das Blut in den Kopf steige. Wenn er durch das neue Erwerbslosengesetz und die jetzige Untersuchung die ihm von Prof. F. und Dr. H. zugesprochenen 50% verliere, wisse er nicht mehr was anzufangen und müsse einfach Verbrecher werden.

Lungenbefund: Leichte Schallverkürzung über beiden Spitzen, hinten: kräftige Muskulatur. In den Oberschlüsselbeingruben und abwärts keine Verkürzung. Hinten links unten Abschwächung: Schwarte. Ueberall reines Bläschenatmen, links hinten unten etwas leiser. Herz regelrecht, Blutdruck 140 mm H. Während der Untersuchung dauernd herausgepreßter Kehlkopfhusten, Rachen stark gerötet, Gebiß sehr defekt. Wirbelsäule frei beweglich, keine umschriebene Druckempfindlichkeit. Neurasthenisch - rentenneurotische Komponente stark ausgesprochen. Röntgenbefund: In beiden Lungenfeldern, links mehr als rechts, zahlreiche, ziemlich regelmäßig verteilte, teils dichtere, teils weichere, runde Fleckschatten, im rechten Spitzenfeld mehrere teils unregelmäßige, teils runde dichte kleine Fleckschatten, ziemlich dicht stehend. Links unterhalb des Schlüsselbeins und im Mittelfeld oben außen mehrere größere konfluierende Fleckschattenbildungen. Im rechten Mittelfeld strichförmige Interlobärschwarte. Der physikalische Befund deckt sich also vollkommen mit dem vom Amtsarzt vom Oktober 1926.

Beurteilung.

Wenn man außer den Röntgenplatten auch den Verlauf bei der Beurteilung berücksichtigt, so liegt der Fall ziemlich klar. Zunächst ist aus dem Verlaufe deutlich festzustellen: 1. R. ist seit 1898 Feilenhauer und hat als solcher bis Oktober 1925 gearbeitet und ist für diesen Beruf 1916 reklamiert worden. 2. R. hat dann im September 1916 eine Grippe bekommen, anschließend eine Lungenentzündung und war deswegen zweimal im Lazarett. Nach seiner Entlassung zunächst keine Beschwerden von seiten der Lungen, wie er selbst angibt; hat erst im Juni 1919 wegen Lungenleidens Rentenansprüche erhoben, weil er vorher wegen Rückenschmerzen in Behandlung war. Krankenblatt von 1916 fehlt, aber aus dem Verlaufe ist zu entnehmen, daß es sich damals mit Sicherheit nicht um eine Tuberkulose gehandelt hat, sondern daß lediglich eine akute Infektion, eine Influenza mit nachfolgender Lungenentzündung, wie dies häufig vorkommt, vorlag. Vielfach mobilisiert nun allerdings eine Grippe alte tuberkulöse Herde, aber aus dem Verlaufe kann man mit großer Wahrscheinlichkeit feststellen, daß im Anschluß an die Grippe eine aktive Lungentuberkulose nicht vorgelegen hat, denn sonst wäre der Verlauf ein anderer gewesen, es wär zu langdauernden Fiebererscheinungen gekommen, es hätten sich sicherlich mit der Zeit und insbesondere bis 1919 deutliche Erscheinungen einer Lungentuberkulose gezeigt und R. wäre den Vorschriften gemäß im positiven Falle einem Heilverfahren unterzogen worden. Nun hat sich bei der Untersuchung 1919 objektiv lediglich der Rest einer Rippenfellentzündung rechts unten gezeigt, außerdem legten die einzelnen Herde in beiden Lungen die Vermutung einer cirrhotischen Tuberkulose nahe, aber der physikalische Befund sprach dagegen: überall bläschenförmige Atmung, keine Nebengeräusche, keine Tuberkelbazillen im Auswurf und der Röntgenbefund ist, wie dieser Fall deutlich demonstriert, allein nicht maßgebend. Man hätte also, falls die Influenza 1916 eine ruhende Tuberkulose mobilisiert hätte, deutliche Erscheinungen einer Lungentuberkulose finden müssen, was aber nicht der Fall war. Es konnte sich also 1919 nur um eine beginnende Tuberkulose handeln, wofür vielleicht der Röntgenbefund sprechen könnte; (wenn er nicht anders zu deuten war). Wogegen aber sowohl der bisherige, wie der spätere Verlauf und der damalige physikalische Befund sprachen. Oder aber es handelte sich um eine Siderosis, eine Eisenlunge, wie sie bei Eisenarbeitern und besonders bei Feilenhauern als Berufskrankheit bekannt ist. Und dann lag eine falsche Deutung des Röntgenbefundes vor.

Die Eisenlunge, eine Staubinhalationskrankheit von Eisenstaub und wahrscheinlich auch von Ruß führt gewöhnlich zur Bildung von hanfkorn- bis kirschgroßen bindegewebigen Knoten in der Lunge, dadurch kommt es zu einer Neigung zu Katarrhen und manchmal auch zu Bronchialkatarrhen. Diese Knoten können nun auf der Röntgenplatte genau dieselbe Erscheinung machen, wie eine Tuberkulose, nur sind sie gleichmäßiger, meist kleiner und fast immer von derselben Form. Selbstverständlich lag Dienstbeschädigung für die Erkrankung 1916 die Grippe und die Lungenentzündung vor. Aber der Befund 1919 ergab lediglich die Reste einer Rippenfellentzündung und für diese liegt auch noch Dienstbeschädigung vor. Aber eine Erwerbsminderung ist dadurch nicht bedingt, weil es sich hier um einen vollkommen abgelaufenen Prozeß handelt. Insbesondere ist im Hinblick auf das Zeugnis des Dr. W., daß R. an trockener Rippenfellentzündung leide, zu bemerken, daß heute so wenig wie im Oktober 1926 Unterlagen dafür vorlagen. Weiterhin kann Dienstbeschädigung nicht angenommen werden für den röntgenologischen Befund, der irrtümlich als cirrhotische Tuberkulose gedeutet wurde, denn der Röntgenbefund und der ganze Verlauf deutet darauf hin, daß es sich um eine Eisenlunge handelt, die mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit schon vor dem Kriege bestand, denn R. war seit 21 Jahren Feilenhauer, also um eine Berufskrankheit. 4. Dieser Auffassung lag wohl auch der Aktenvermerk des Prof. F. vor der Umanerkennung 1921 zugrunde, der das Schlußurteil, welches in dem Zeugnis vom August 1919 Dienstbeschädigung annimmt, nicht für beweisend hielt, zumal, da diese Auffassung durch die Untersuchung vom Mai 1922 bestätigt wird. Diese ergab zunächst einmal gegen den Befund von 1919 eine Gewichtszunahme, was bei einer fortschreitenden Tuberkulose sicherlich nicht der Fall gewesen wäre, einen guten Allgemeinbefund. Der Lungenbefund ergab lediglich die Reste der früheren Rippenfellentzündung und eine Schallverkürzung hinten über den Spitzen, die durch die starke Muskulatur bedingt war. Beim Röntgenbefund heißt es: keine Veränderung des Röntgenbefundes im Vergleich zur Aufnahme vom 26. 7. 1919.

Nun liegen hier die Platten vom 26. 7. 1919 und 22. 4. 1922 vor. Aus ihrem, den Akten beiliegenden Abzug sieht man deutlich, was in den früheren Befunden mißdeutet worden ist, nämlich vereinzelte Herde in beiden Mittel- und Unterlappen, die fälschlicherweise als Narben einer überstandenen Tuberkulose angesehen wurden,

während sie in Wirklichkeit der Siderose zuzuschreiben sind und, was sehr wichtig ist, beide Lungenspitzen waren damals einwandfrei ledig von jeder Verdichtung, die als Tuberkulose anzusprechen gewesen wäre und endlich liegt ein Zeugnis von Dr. H. vor vom 24. 4. 1922, wonach er den R. im Frühjahr 1921 wegen eines Erschöpfungszustandes und Unterernährung in Behandlung gehabt hat. Hätte damals Tuberkulose vorgelegen, so hätte Dr. H. als Facharzt für Tuberkulose dies zweifellos erwähnt. Bei seinem jetzigen Gutachten 1927 erwähnt er dieses Zeugnis auch nicht. 5. Es bestand also schon 1922 einwandfrei keine Tuberkulose der Lungen und wenn Dr. H. in Punkt 1 seines Gutachtens 1927 es als absolut sicher annimmt, daß seit 1919 und wahrscheinlich schon früher bei R. eine Lungentuberkulose bestehe, so widerspricht er darin seinem Zeugnis vom 22. 4. 1922.* Er scheint also dieses sein Zeugnis in den Akten übersehen zu haben. Es sind damals in der Zeit von 1919 bis 1922, wie gerade dieses Zeugnis des Dr. H. von 1922 aussagt, keine deutlichen Zeichen einer Tuberkulose aufgetreten. Die Erwerbsminderung wurde dann 1922 auf unter 15% festgesetzt, weil sich der Körperzustand gegen 1919 wesentlich gebessert hat und weil R. seit einem Jahre nicht mehr krank war. Nun kann eine Staubinhalationskrankheit lange Zeit ohne Erscheinungen bestehen, trotz ihrer Neigung zu Katarrhen. Wären aber diese röntgenologischen Erscheinungen tuberkulös gewesen, so hätten sie unzweifelhaft besonders in den Zeiten der Not in den letzten Kriegsjahren und nachher fortschreitend greifbare Erscheinungen gemacht und dies war nicht der Fall. 6. Nun hat R. 1926 einen Antrag auf Wiedergewährung wegen seines Lungenleidens gestellt und Dr. W. bescheinigt ihm, daß er ihn mehrfach wegen Bronchitis in Behandlung gehabt habe. Dem widerspricht aber direkt der Kassenauszug, denn R. war seit Oktober 1923 nur zweimal wegen Bronchitis wenige Tage in Behandlung. 7. Es liegen nun zur Beurteilung noch weitere Röntgenplatten vor und zwar zwei von Dr. H. vom 27. 11. 1926 und 11. 7. 1927. Auf beiden sieht man auf den Lungenmittelfeldern im wesentlichen denselben Befund wie auf den Platten von 1919 und 1922 und ebenso wie auf der Platte vom 29. 9. 1927, die hier aufgenommen wurde. Alle drei Platten ergeben aber etwas Neues. Nämlich geringe Veränderungen über beiden Spitzen. Es ist dabei zu bemerken, daß die neueren Platten durch die Fortschritte der Röntgentechnik schärfer sind als die von 1919 und 1922. Da nun R. bis 1925 als Feilenhauer gearbeitet hat, so ist es andererseits auch klar, daß sich nunmehr die kleinen Fleckschatten auch über beiden Spitzen zeigen.

Man steht nun hier vor der Frage, ob man es bei diesen Erscheinungen in den Lungenspitzen mit Tuberkulose oder mit Erscheinungen der Eisenlunge zu tun hat. Da die Röntgenplatte allein nicht den Ausschlag gibt, sondern nur das ganze Krankheitsbild, so ist auch hier neben dem objektiven Befunde der weitere Verlauf zu Rate zu ziehen. Würde es sich hier um eine Tuberkulose handeln, so würde dieser Befund ein Weiterschreiten bedeuten. Dann wären aber auch objektive physikalische Zeichen, wie Rasselgeräusche und andere Nebengeräusche, vorhanden. Dies ist aber nicht der Fall. Die mäßige Schallverkürzung über der linken Spitze, die 1926 festgestellt ist, ist lediglich durch die stärkere Muskulatur bedingt. Jedenfalls sind die Lungen bei der Untersuchung im Oktober 1926 und im September 1927 frei von Erscheinungen tuberkulöser Natur, soweit sie physikalisch nachzuweisen sind, und auch Dr. H. gibt in seinem Gutachten Punkt 2 zu, daß die wiederholte ambulatorische Untersuchung außer dem Röntgenbild keine Erscheinungen einer zur Zeit bestehenden Tuberkulose ergeben habe. Es fehlen aber auch in der Zwischenzeit und zwar seit Oktober 1923 jegliche Erkrankungen, die etwa auf ein Weiterschreiten tuberkulöser Veränderungen auf den Lungen hindeuten würden. Dazu können die beiden kurzen Erkrankungen an Bronchitis nicht gerechnet werden. Sie können durch Erkältungen bedingt sein, zumal da eine gewisse Neigung zu Katarrhen durch die Eisenlunge bestand, keinesfalls sind sie aber tuberkulöser Natur. Man kann vielmehr sagen, daß R. von 1923 bis 1925 nur sehr wenig an den Lungen erkrankt war.

Die zweimalige eingehende Untersuchung auf dem Versorgungsamt 1926 und hier 1927, also im Zeitraum eines Jahres, hat in Verbindung mit der Untersuchung des Dr. H. ergeben, daß zur Zeit keine Erscheinungen einer aktiven Tuberkulose vorliegen. Die Einschränkung des Dr. H. „Außer dem Röntgenbild" ist durch die Eisenlunge erklärt.

Aber selbst wenn es sich um eine Tuberkulose handeln würde, was gar nicht der Fall ist, so könnte für sie auch keine Dienstbeschädigung angenommen werden, denn es ist bekannt, daß Staubinhalationskrankheiten nicht so sehr selten in Tuberkulose ausgehen. Da nun aber 1919 und 1922 eine Verschattung der Spitzen einwandfrei nicht vorlag, da ferner die Erkrankung 1916 durch die Behandlung behoben war, so müßte diese Tuberkulose erst nach 1922 entstanden sein, wie der Röntgenbefund von 1926 und 1927 hinsichtlich der Verdichtung ergibt. Die Tuberkulose wäre also eine Folge der Staubinhalationskrankheit, eine von Kriegseinflüssen und insbesondere von der Influenza 1916 völlig unabhängige Neuerkrankung. Aber es sei nochmals betont, daß eine Spitzentuberkulose nach dem Verlaufe äußerst unwahrscheinlich ist.

Um auf die einzelnen Punkte des Gutachtens von Dr. H. einzugehen, so ist zu Punkt 1 zu bemerken, daß es nach dem Verlaufe, dem Plattenbefund, den physikalischen Befunden, nicht nur nicht absolut sicher, sondern im höchsten Grade unwahrscheinlich ist, daß 1919 bei R. eine Tuberkulose vorlag: es hat sich schon damals um eine Berufskrankheit, eine Eisenlunge, gehandelt, die mit aller Wahrscheinlichkeit schon vor der Einstellung bestand und durch die Erkrankung 1916 in keiner Weise schädlich beeinflußt wurde. Was heute von dieser Erkrankung 1916 noch besteht, sind lediglich geringe Reste der Rippenfellentzündung, die keinerlei Erwerbsminderung bedingt. Zu Punkt 2: Sowohl die amtsärztlichen, wie die wiederholten ambulatorischen Untersuchungen des Dr. H. haben ergeben, daß jetzt eine Tuberkulose nicht vorliegt, daß der jetzige Röntgenbefund lediglich Erscheinung einer Eisenlunge ist. Zu Punkt 3: Während des Dienstes ist eine Tuberkulose nicht entstanden, wie sowohl die Befunde vor 1922, und die Röntgenplatten von 1919 und 1922 einwandfrei ergeben. Vielmehr lag damals schon 1916 mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit eine Eisenlunge vor, ein Berufsleiden, wofür Dienstbeschädigung nicht in Frage kommt. Der Verlauf lehrt, daß der Dienst irgendwelchen Einfluß auf die Eisenlunge nicht ausgeübt hat und Dr. H. sagt selbst, dies „steht dahin". Dann ist es aber auch nicht wahrscheinlich, und dann kann er folgerichtig auch keine Dienstbeschädigung annehmen. Zu Punkt 4: Es steht nicht absolut fest, daß die tuberkulöse Erkrankung zum Stillstand gekommen ist, denn es liegt gar keine Tuberkulose vor. Es steht aber wohl nach dem Röntgenbefund absolut fest, daß die Erkrankung, nämlich die Eisenlunge, zum Stillstand gekommen ist, denn die Platten von 1927 beweisen deutlich, abgesehen von den Fortschritten in der Röntgentechnik, daß die Eisenlunge sich weiter ausgedehnt hat. Dies ist auch verständlich, denn R. hat ja auch bis 1925 als Feilenhauer weitergearbeitet. Daß Fieber und Katarrh nicht bestehen, spricht nicht dagegen. Zu Punkt 8: Da zum mindesten 1922 mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit und wie auch Dr. H. in seinem Zeugnis von 1922 klar bestätigt, eine Tuberkulose nicht bestanden hat, so ist der Schluß des Dr. H. hier insofern nicht folgerichtig, als er einmal den Verdacht ausspricht, daß eine Berufskrankheit vorläge, dann eine Verschlimmerung des angeblichen tuberkulösen Leidens durch das Feilenhauergewerbe annimmt, in Wirklichkeit liegt aber eine Tuberkulose gar nicht vor, und wenn eine vorläge, wäre sie nicht Folge der Erkrankung von 1916, wogegen der Verlauf und der Befund, insbesondere der Röntgenbefund, spricht, sondern lediglich Folge der Berufskrankheit. Ganz abgesehen davon, daß sich Punkt 4 und 5 widersprechen. Dr. H. gibt selbst zu, was auch die Erfahrung lehrt, daß Staubinhalationskrankheiten unter Umständen selbst schwere Arbeiten erlauben; man denke nur an die oft viel weiter und intensiver ausgebreiteten Lungen Kalklungen der Steinhauer. Der jetzige Lungenzustand allein hindert den R. keineswegs an schweren Arbeiten, und da sonst eine andere Erkrankung außer der Staubinhalationskrankheit und ihren Folgen nicht vorliegt, da der Ernährungszustand ein guter ist und eine erhebliche Gewichtszunahme von 68,6 auf 84 kg zu verzeichnen ist, so liegt nicht der geringste Grund vor, eine Erwerbsminderung von 50% anzunehmen. R. ist seit 2 Jahren erwerbslos, nicht arbeitsunfähig. Es besteht die große Gefahr, daß bei R. bei einer derartig hohen, nach dem Befunde völlig ungerechtfertigten prozentualen Annahme der Erwerbsunfähigkeit sich eine Rentenpsychose weiter ausbildet, wie sie schon nach seiner Aeußerung, wenn ihm die Rente entzogen würde, Verbrecher werden zu wollen, mit aller Wahrscheinlichkeit vorliegt.

Nach diesseitiger Auffassung ist R. hinsichtlich seines körperlichen Zustandes erwerbsfähig, d. h. es besteht eine Erwerbsminderung von unter 25% (15%). Wenn die Berufskrankheit in geringem

Grade fortgeschritten ist, so beeinträchtigt sie nicht seine Erwerbsfähigkeit. Keinesfalls kann aber das Fortschreiten der Berufskrankheit auf Kriegseinflüsse zurückgeführt werden, es ist lediglich auf seinen Beruf als Feilenhauer zurückzuführen.

Dr. H. ist auf die Frage des Gerichts gar nicht eingegangen: der Befund heute ist genau derselbe, wie im Oktober 1926.

Kongreß-Berichte.

Bericht über die 3. Sachverständigenkonferenz des Deutschen Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen.

Am 26. und 27. September ds. Jahres fand in Berlin die 3. Sachverständigenkonferenz des deutschen Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen statt. Der erste Vormittag war durch ein ausführliches Referat von Prof. Dr. F. Siegmund-Schultze, Berlin, ausgefüllt. Der Vortragende sprach über den Stand der Arbeit an jugendlichen Psychopathen in den Vereinigten Staaten in Amerika. Sein Bericht stützte sich auf eigene erst kürzlich von ihm selbst in Amerika gesammelte Erfahrungen. Für die zahlreichen ärzlichen sowohl wie auch für die in der Sozialfürsorge tätigen Hörer war er von besonderem Interesse, da in ihm sowohl ein Ueberblick über den heutigen Stand der psychiatrischen Kenntnis, bezw. Forschung in den Vereinigten Staaten, wie über den im Verhältnis hierzu schon weiter fortgeschrittenen praktischen Teil der sozial-psychiatrischen Arbeit gegeben wurde. rAuch beücksichtigte der Vortragende den geschichtlichen Werdegang dieses psychiatrischen Spezialarbeitsgebietes in Amerika, wobei die vom Deutschen so verschiedene Mentalität des Amerikaners deutlich zum Ausdruck kam. (Diese kam jedoch fast noch mehr zum Ausdruck in der anschließenden Diskussion, an der sich u. a. die Psychiater Gregor, Stier, Bernhard, Kramer, Grete Frankenstein, Hübner und Emanuel beteiligten).

Aus dem Vortrag selbst seien einige Daten mitgeteilt. In Amerika steht die Hygiene der Nerven im Vordergrund des Interesses, da durch die ungeheuerliche Nervenbelastung in den großen Sädten auch der gesündeste Mensch an die Hygiene seiner Nerven denken muß. In den Heil- und Pflegeanstalten der Vereinigten Staaten befinden sich 250 000 Kranke; außerdem werden 400 000 Schwachsinnige gezählt, von denen auch 50 000 in Anstalten untergebracht sind. Von den Kriminellen gehören in Amerika die Hälfte zu den nicht Normalen. Sie werden bei den Gerichten unterschieden in mentally disordered, mentally dificient und die unstable persons. Bei der letzteren Gruppe (den Haltlosen) sind die Psychopathen untergebracht, wobei allerdings der Begriff der Haltlosigkeit sehr weit gefaßt ist. Während in der Klassifizierung in Amerika Jahre hindurch ein gewisser versteinerter Kräpelinismus zu beobachten war, wird jetzt von der jüngeren psychiatrischen Schule, die auch die praktische Arbeit mit organisieren hilft, möglichst jede Klassifizierung vermieden. Das genaue Erfassen des Einzelfalles von der psychiatrischen Seite sowohl wie von der sozialen steht vorläufig im Mittelpunkt des Interesses (special case work). Die Arbeit der Psychiater und und Sozialarbeiter wird unterstützt und ist zum guten Teil erst ermöglicht worden durch die seit 20 Jahren bestehende, von einem Laien, der psychische Nöte selbst durchgemacht hatte, ins Leben gerufene „mental hygiene movement", die fast das ganze Land ergriffen hat. Die Organisation arbeitet bereits in 20 Städten und wird gerade jetzt in sechs weiteren Städten ausgebaut. Seit ihrem Bestehen sind die staatlichen Anstalten nicht mehr nur Asyle zur Verwahrung der Irren, sondern wirkliche Hospitäler. Die offene Fürsorge für psychisch Kranke steht allen offen. Jugendgerichtshöfe, Fürsorgeanstalten und Gefängnisse sind mit psychiatrischen Abteilungen ausgestattet. Auch an den allgemeinen Hospitälern besteht eine sozial-psychiatrische Fürsorge. Innerhalb der Organisationen wurden ferner als etwas Neues und sicher Fruchtbares die Child guidens clinics eingerichtet. Besonders hervorzuheben sind die Anstalten in Los Angeles, Cleveland und Philadelphia. Sie sind für Kinder bestimmt, deren Benehmen im täglichen Leben auffällt. Oft werden die Kinder von ihren Kameraden selbst dorthin gebracht. Hier wird wichtige Präventivarbeit geleistet. Das Vertrauen des Kindes soll nicht nur zwecks Stellung einer Diagnose genommen werden, sondern des Kindes Interesse soll ermittelt, seine Wünsche erkundet werden, um dem Kinde nach Möglichkeit zur Erfüllung zu verhelfen. Selbstverständlich wird auch das soziale Milieu dabei gründlich untersucht. Tätig sind an solcher Klinik etwa vier Psychiater, fünf oder sechs Psychologen und eine Anzahl speziell vorgebildeter Sozialarbeiterinnen. Bei der Zusammenarbeit von Psychiater und Sozialarbeiter erscheint dem Vortragenden für den günstigen Erfolg der Arbeit das Hineingehen des Psychiaters in das soziale Arbeitsgebiet selbst entscheidend, besonders also auch der Schritt aus dem engen Gesichtskreis der Klinik heraus. Letzterer Forderung wurde in der Diskussion von namhafter psychiatrischer Seite widersprochen. Referentin ist hierzu der Ansicht, daß der Psychiater, der den Sozialarbeiter beraten soll, zwar selbstverständlich in erster Linie in seiner engeren Wissenschaft auf der Höhe sein muß, daß aber ein stärkeres Bekanntsein der Psychiater mit den sozialen Problemen der gemeinsamen Sache der Sozialpsychiatrischen Arbeit auch in Deutschland nur dienlich sein kann). Fehlte auch in Amerika der vorzüglich organisierten Bewegung zunächst die genügende psychiatrische Grundlage, so ging von ihr doch zweifellos eine nicht unwesentliche Anregung für die psychiatrische Forschung selbst aus.

Der Nachmittag des ersten Tages der Konferenz war der Mitgliederversammlung des Vereins reserviert. Ruth v. d. Leyen berichtete über die Tätigkeit des Vereins, über eine an 24 Stichproben versuchte Erfolgsstatistik und über die Beobachtungen am neueröffneten Lehrlingsheim des Vereins, das 10—11 schulentlassene Mädchen aufnehmen kann. Darüber, ob man an dem 1928 in Paris tagenden internationalen Kongreß für Psychopatenfürsorge offiziell sich beteiligen sollte, konnte eine einheitliche Meinung noch nicht gefaßt werden.

Am zweiten Tage der Konfrenz wurde das Heilerziehungsheim des Vereins in Ketschendorf bei Fürstenwalde besichtigt. Das Heim macht einen freundlichen, gut gepflegten Eindruck. Insbesondere scheint, soweit man dies bei einem kurzen Besuch beurteilen kann, das Verhältnis von der Heimleitung zu den Kindern auf guter psychologischer Grundlage aufgebaut sein. In das Heim werden sowohl Kinder aufgenommen, die von Organisationen (Jugendämter, auch auswärtiger Städte, hineingeschickt werden) wie privatärzlich empfohlene. Es besteht Gelegenheit zum Besuch von Schulen aller Gattungen.

Dr. Erna Ball, Berlin.

Laufende medizinische Literatur.

Medizinische Klinik.

Nr. 46, 18. November 1927.

Die Eisentherapie im Lichte der neueren Forschung. Die Lehrmeinung unterscheidet bloß zwischen zwei Gruppen von Eisenpräparaten, von denen die eine das Eisen in mehr oder minder ionisierbarer Form enthält, während in den Gliedern der anderen das Eisen „maskiert" ist, ihre wässerigen Lösungen einen Eisenionen enthalten. Nur die erste Gruppe entfaltet eine pharmakologische Eisenwirkung, die in einer Reizung des Knochenmarks und dadurch bedingter Vermehrung der roten Blutzellen bezw. des Farbstoffs besteht. Der zweiten Gruppe der Eisenpräparate kommt keine Eisenwirkung zu, ihre Bedeutung ist bloß die einer besonders eisenreichen Nahrung. Die neuesten Untersuchungen haben ergeben, daß zunächst alle Eisenpräparate mit Schwefelammon unter Schwarzfärbung reagieren, also in ihren Lösungen Eisenionen vorhanden sind oder jedenfalls gebildet werden können. Auf diese Weise werden

die organischen von den anorganischen Eisenverbindungen getrennt. In den anorganischen Verbindungen ist eine hydrolytische Spaltung in wässeriger Lösung immer möglich, während bei den organischen Eisenverbindungen erst eine Oxydation, eine Veraschung notwendig ist, um das Eisen in Ionenform überzuführen. Unter den anorganischen Eisenverbindungen müssen Ferro- und Ferri-Verbindungen auseinandergehalten werden. Sämtliche Ferrosalze erzeugen, wenn sie nur wirklich ganz frei von Ferriionen sind, nicht die geringste Eiweißfällung in Blutserum oder Blut, während alle Ferrisalze Blutserum oder Blut zur Koagulation bringen. Damit ist die Möglichkeit gegeben, die Ferrosalze parenteral beizubringen. Sie können aber auch per os gegeben werden; Ferrosalzlösungen werden sogar besser resorbiert als viele andere Substanzen, denn sie gelangen schon bereits im Magen zur ausgiebigsten Resorption. Im Lichte dieser Erkenntnis erscheint das metallische Eisen und die Eisenwässer, die das Eisen als Ferrohydrokarbonat enthalten, als die wirksamsten Eisenpräparate, da bei ihrer Anwendung vollkommen ferrisalzfreies Ferrochlorid im Magen entsteht. Die gebräuchlichsten Eisenpräparate (Pilulae ferri carbonici, Ferrum carbonicum saccharatum, Ferrum lacticum, Syrup. ferri jodati) entsprechen den oben genannten Forderungen, sind aber in praxi niemals frei von Ferrisalz, welches nicht nur resorptiv unwirksam ist, sondern lokal auch ätzend bezw. entzündungserregend ist. Die einzigen ferrisalzfreien Präparate sind zurzeit das metallische Eisen und die natürlichen Eisenquellen.

Skirrhöser oder luetischer Schrumpfmagen, ein Beitrag zur Differentialdiagnose und Therapie. Die Differentialdiagnose zwischen skirrhösem und luetischem Schrumpfmagen ist möglich. Die richtige Diagnose ist imstande, den Kranken vor einem unnötigen und deshalb nicht angezeigten chirurgischen Eingriff zu bewahren und der allein angezeigten internen Therapie zuzuführen. Durch eine sachgemäße interne Behandlung können bei der Magenlues nicht nur die subjektiven Magenbeschwerden, sondern auch hochgradige Magenformveränderungen restlos zurückgehen. Bei der Aehnlichkeit des Röntgenbildes, das der karzinomatöse und der luetisch veränderte Magen zeigt, kann sich die Differentialdiagnose zwischen beiden Erkrankungen nicht auf den Röntgenbefund stützen. Das Ergebnis der anderen klinischen Untersuchungsmethoden muß den Ausschlag geben. Neben dem wiederholt negativen Blutbefunde im Stuhl hat sich vor allem die morphologische Blutuntersuchung als wertvolles Differentialdiagnostikum erwiesen. Die geringfügige sekundäre Anämie bei röntgenologisch so schwer veränderter Magensilhouette deutet auf einen gutartigen, die Lymphozytose und Linksverschiebung auf einen chronisch infektiösen Prozeß hin. Wichtig ist auch das Fehlen einer Verminderung der Eßlust bei Lues. Das Ergebnis der Wa.R. hat bei der Differentialdiagnose nur bedingten Wert.

Klinische Erfahrungen mit dem Starkwasser der Saalfelder Heilquellen. Die Saalfelder Heilquellen sind die einzigen deutschen Eisen-Arsenquellen. Die pharmakologisch wichtigsten Bestandteile des Wassers sind Arsen, Phosphorsäure und Eisen, das letzte ist als zwei- und dreiwertiges Eisen vorhanden. Es werden von dem Wasser täglich dreimal 15 ccm gegeben. Eine allmähliche Steigerung der Dosis ist nicht notwendig. Die genannte Tagesdosis entspricht: 0,18 mg As_2O_3+49,5 mg Fe+4,5 mg PO_4. Das Wasser wird immer gut vertragen. Obstipation tritt nicht ein. Nach den vom Verfasser gesammelten Erfahrungen hat das Starkwasser auf die Erythropoese bei Anämien sekundärer und perniziöser Art einen außerordentlich starken und schnell einsetzenden Reiz ausgeübt. Das Wasser steigert den Appetit bedeutend und führt nach kurzer Zeit bereits zu beträchtlichen Gewichtszunahmen. Sehr günstig beeinflußt würden nervöse Störungen wie Herz und Magenneurosen. Wichtig ist der Erfolg bei Chorea minor, beonders deshalb, weil man das Spritzen vermeidet. Die gute Wirkung der im Verhältnis minimalen Gesamtdosen erklärt sich in erster Reihe durch die labilen chemischen Verhältnisse des Wassers. Diese Labilität bedingt eine hohe Reaktionsbereitschaft und Reaktionsfähigkeit und macht besonders die Schnelligkeit, mit der die Wirkung einsetzt, erklärlich.

L. Gordon, Berlin.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 49, 3. Dezember 1927.

Ulcus duodeni und Gallenwege. Das Krankheitsbild des Ulcus duodeni mit Beteiligung der Gallenwege ist häufiger, als bisher angenommen wurde. Scharf herausgearbeitete Anamnese, sorgfältige Erhebung des klinischen Befundes — vor allem Palpation und Bestimmung der Klopfzonen und hyperästhetischen Zonen der Haut — ermöglicht es, dieses Krankheitsbild häufiger zu erkennen. Nach den Erfahrungen der Verfasser gehen etwa ein Drittel aller Ulcera duodeni mit Symptomen einher, die auf eine Beteiligung der Gallenwege hinweisen. Zu ähnlichen Ergebnissen führt die quantitative Bestimmung des Bilirubins im Serum. Ganz allgemein liegt der durchschnittliche Bilirubinwert im Serum bei Ulcus duodeni höher als beim Normalen (0,87 mg% gegen 0,64 mg% im Mittel. Etwa ein Drittel der Ulcera duodeni geht mit deutlich erhöhten Bilirubinwerten (1 mg % und darüber) einher. Die Ursache der Beteiligung der Gallenwege beim Ulcus duodeni sind sowohl bleibende oder vorübergehende anatomische Veränderungen (narbige Einziehungen, Schleimhautschwellungen) als auch funktionelle Dyskinesien der Gallenwege.

Zur Pathogenese azidotisch-toxischer Exsikkosen im Kindesalter. Bei einem von schwerem azidotischen Erbrechen geheilten Kinde wird durch ketogene Kost in 1—2 Tagen ein typischer Brechzustand ausgelöst, der mit Wasserverarmung, Harn- und Blutazidose sowie Tachykardie und Kollaps einhergeht. Durch Kohlehydratzufuhr tritt sofortige Wiederherstellung ein; Insulin ohne Kostwechsel ist wirkungslos. Ein gesundes Kontrollkind verträgt die Entziehung der Kohlehydrate, abgesehen von langsamer Gewichtsabnahme, vier Tage lang ohne jedes Erbrechen oder sonstige klinische Krankheitszeichen. Bei dem experimentell-azidotischen Kinde tritt der initiale Gewichtssturz und die quantitativ verfolgte Ketonurie schon vor dem ersten Erbrechen auf, ist also keinesfalls die Folge desselben. Umgekehrt kann aber auch das Erbrechen — ebensowenig wie der initiale Gewichtsverlust — eine Folge der Azidose sein, denn diese erscheint beim gesunden Kontrollkind zwar wesentlich später, aber doch in annähernd gleicher Stärke wie bei dem azidotisch brechenden Kinde. Das abweichende Verhalten des kranken Kindes wird durch ein hypothetisch angenommenes Beharren auf der Stufe der konstitutionellen Hydrolabilität des Säuglings erklärt, der zu toxisch-azidotischen Exsikkossen besonders neigt. Als Erscheinungsform derartiger Exsikossen wird im Säuglingalter die Intoxikation, beim Kind das azidotische Erbrechen gedeutet.

In der Pathogenese beider Krankheitsbilder scheint neben dem Insulin (?) die verminderte oder abwegige Thymusfunktion eine überaus wichtige Rolle zu spielen. Dafür spricht ihr quellungsfördernder Einfluß auf die Gewebskolloide, ihre Hyperplasie bei konstitutioneller Hydrolabilität, ihre Atrophie bei der Säuglingsintoxikation sowie die azidotisch-toxasche Exskkose bei tierexperimenteller Thymektomie.

Ueber die Heilung der Warzen durch Suggestion. Verfasser geht von den Berichten einwandfreier Laien (z. T. wissenschaftlich bedeutender akademischer Lehrer) aus, die ziemlich übereinstimmend von den Erfolgen reiner Suggestionstherapie bei der Behandlung von Warzen berichten. Gerade so wie Jadassohn seinerzeit die wissenschaftlichen Lehren aus dem Volksglauben an die Uebertragbarkeit der Warzen zog, stellt der Verfasser, wie auch schon einige Mediziner vor ihm exakte Versuche an einem ausreichenden Material darüber an, inwieweit der Glaube an die durch Suggestionstherapie erzielten Heilungen berechtigt ist. Er kommt dabei zu dem Schluß und belegt ihn statistisch, daß man mit der Suggestionsbehandlung tatsächlich bedeutend weiter zu kommen scheint, als es bisher mit anderen Mitteln möglich war. Das Versuchsmaterial des Verfassers enthält so viel kritische und glaubwürdige Versuchspersonen, die z. T. wie im Falle eines Arztes durchaus über die rein suggestive Absicht des Verfassers bei der Behandlungsprozedur unterrichtet waren, daß, wenn man an der Wahrheit der Berichte zweifeln wollte, überhaupt keine statistische Feststellung von Heilerfolgen möglich wäre. Die Versuche haben also als einwandfrei zu gelten. Die Methodik und Statistik ist im Original nachzulesen, wobei besonders zu bemerken ist, daß in einigen Fällen viele Hunderte von Warzen mit einem Schlage verschwanden.

Beiträge zur Bedeutung der Gaswechseluntersuchungen für die Klinik der Lungentuberkulose. Aus den Untersuchungen des Verfassers ergibt sich, daß die Gaswechselbestimmung mit manchen Phasen der

Phthisiogenese übereinzustimmen scheint, in anderen aber wesentlich vom Zustandsbild abweicht. Da die Regulation der Energiebildung im Gesamtstoffwechsel ganz verschiedene von einander unabhängige Faktoren bestimmen, die Einwirkung des spezifischen Infektes aber nicht isoliert geprüft werden kann, muß die der Gaswechselbestimmung zugeschriebene diagnostische und prognostische Bedeutung für die Lungentuberkulose abgelehnt werden. Wieweit jedoch die Analyse des Gasaustausches zur Untersuchung anderer spezieller Fragen von Wert sein kann, darüber wird Verfasser noch berichten.

Gehirnantikörper bei Syphilis. Die künstliche Erzeugung einer der syphilitischen entsprechende Blutveränderung im Kaninchen nach dem Verfahren von Sachs, Klopstock und Weil konnte nachgewiesen werden. Mit einer derart erzeugten Blutveränderung geht kein irgendwie überzeugend nachweisbarer Immunitätsvorgang gegen Spirochäten parallel. Das spezifische Verhalten der Organlipoide konnte für Gehirn bestätigt, für Hoden und Lungen neu nachgewiesen werden. In einigen Fällen wurde eine Antikörperbildung lediglich durch Injektion von Lipoiden ohne Eiweißkoppelung erzielt, was theoretisch gedeutet wird. Im syphilitischen Kaninchenserum sind unter Umständen außer „Herz"- auch Gehirn- und Hodenantikörper zu isolieren; letztere treten bei intratestikulärer Impfung zeitlich vor den „Herz"antikörpern auf. Bei zwei nichtinfizierten Tieren, bei denen im Serum die Hirnrindenreaktion isolert bzw. überwiegend stark positiv im Serum ausfiel, waren pathologische Liquorbefunde nachzuweisen; ein Befund, der für die Klärung des sogenannten „Spontanwassermann" bei Kaninchen von Wichtigkeit erscheint.

Das weiße Blutbild bei der perniziösen Anämie, insbesondere bei Blutkrisen. Verfasser zeigt, daß die Ausschüttung blutpathologischer Leukozyten derjenigen von kernhaltigen und unreifen roten genau parallel geht, zu derselben Zeit beginnt und aufhört und im ganzen sich über nur wenige Tage erstreckt. Es fehlen nach Beendigung des stürmischen Prozesses unreife weiße Zellen ebenso wie Erythroblasten, die Gesamtleukozytenzahl hält sich innerhalb physiologischer Grenzen und es resultiert das weiße Blutbild der Remission — bis zum neuen Rezidiv. Diese als Blutkrise bezeichneten Vorgänge kommen häufiger vor als mit den üblichen Untersuchungsmethoden nachgewiesen wird. Bei einer besonders auffälligen bizarren Nappung der Monozytenkerne sollte nach den hämatologischen Stigmata gefahndet werden. Danach tritt immer eine Besserung des roten Blutbildes ein und die vorher gesteigerte Hämolyse läßt sofort nach. Die Analyse des weißen Blutanteils ergibt, ähnlich wie die Betrachtung des roten Blutbildes, für die biologische Bewertung der Blutkrise die ungezwungene Annahme einer aus unbekannten Gründen einsetzenden, mit plötzlichem Nachlassen der gesteigerten Hämolyse einhergehenden Reaktion des Knochenmarkes, die regenerativ-atoxisch-myelocytär ist im Gegensatz zu der toxisch-degenerativen (aber spärlichen und nicht konstanten) Myelozytose der Vollstadien und Rezidive. In diesen, unter schwerster Giftwirkung stehenden Krankheitsperioden, vermag das Knochenmark trotz maximaler Anstrengungen nur spärliche Granulozyten in die Blutbahn zu werfen (Leukopenie!); als Ausdruck dieser toxisch bedingten Hemmung erscheinen hier und da spärliche Myelozyten. In den Zeiten stürmischer Regeneration produziert das Knochenmark reichlich Granulozyten, von der Fessel des Perniziosagiftes befreit (Leukozytose!), und es werden massenhaft Myelozyten im Blute beobachtet. Die Prognose der Blutkrisen ist günstig.

Ueber die Blutgruppenzusammensetzung der Bevölkerung Oberhessens. Bei 100 Untersuchungen gehören 41,5% der Bevölkerung zur Gruppe 1 (0), 40% zur Gruppe 2 (A), 11,5% zur Gruppe 3 (B) und 7,0% zur Gruppe 4 (AB). Die Blutgruppenzusammensetzung differiert in den verschiedensten Gegenden Oberhessens. Nach der Häufigkeit der Blutkörpercheneigenschaften A gehören zusammen Gießen und die Wetterau (43,7 bzw. 43,5%, ferner Vogelsberg und das Gebiet Uebergang zum Schwelmerland (Alsfeld u. U.) mit 47,6 bzw. 49,0%. Die höchsten Werte wurden in der nördlichsten Wetterau gefunden (51,5%). Nach der Häufigkeit von B gehören zusammen Gießen und der Vogelsberg (17,0 bzw. 17,7%). Eindeutige Erau sogar 25,0%. Auffallend niedrige Werte wurden im Gebiet Uebergang zum Schwelmerland gefunden (13,4%). Eindeutige Ergebnisse lassen sich jedoch aus der Häufigkeit der Blutkörpercheneigenschaft A und B in den verschiedensten Gegenden Oeberhessens nicht ziehen, da die gefundenen Wert noch innerhalb, zum Teil jedoch hart an der Fehlergrenze liegen. Die beiden Gebiete nördliche Wetterau und Uebergang zum Schwelmerland unterscheiden sich nach ihrer Blutgruppenzusammensetzung deutlich von den anderen 3 Gebieten Oberhessens und auch beide untereinander. Die Verfasser fanden die von v. Dungen und Hirszfeld aufgestellten Regeln bestätigt. Beziehungen in der Blutgruppenvererbung nach Geschlecht und Zahl der Kinder wurden nicht ermittelt.

Betrag zur Therapie inoperabler Tumoren. Die Verfasser gingen aus von den in letzter Zeit wieder in Aufnahme gekommenen Behandlungsmethoden der bösartigen Geschwülste mit Schwermetallen, wobei sie noch zur Unterstützung der gleichzeitigen Röntgenbestrahlung die Sensibilisierung des Tumors durch Traubenzuckerinfusion (Warburgs Theorie) zu Hilfe nahmen. Sie benutzten das Wismut-Diasporal, ein Wismuthphosphat mit verschiedenen Zusätzen, das in einer hochprozentigen Traubenzuckerlösung fein dispers verteilt ist. Vor der Bestrahlung erhielten die Patienten intravenöse Injektionen von Wismut-Diasporal 360. Pro Injektion wurde eine 50 mg Bi entsprechende Menge verabreicht. Die Injektionen wurden 2 bis 3 mal wöchentlich vorgenommen, die letzte unmittelbar vor der Bestrahlung. Begonnen wurde dieselbe, nachdem 250 bis 300 mg Bi dem Kranken zugeführt waren; die Verfasser wiederholten die Bestrahlung in etwa 4 wöchigen Abständen unter Fortsetzung der Wismutbehandlung. Zuerst wurden die jüngsten Metastasen bestrahlt, zuletzt der Primärtumor, wenn nicht besonders quälende Symptome ein anderes Vorgehen erforderten. Wenn nötig, wurde der Injektionsflüssigkeit 0,5 mb Strophantin zugemischt. Soweit die Tumoren ulzeriert oder leicht von der Haut aus erreichbar waren, spritzen sie außerdem konzentriertes Wismut-Diasporal in gröber disperser Form 50 bis 100 mg pro dosi in den Tumor selbst ein. In von außen zugängliche Höhlen, an denen Tumoren lagen (Wundhöhlen, Oberkieferhöhlen, Rektum u. a.), brachten sie vor der Bestrahlung einen Schwermetallsulfidbrei (hauptsächlich BaS und BiS).

Wesentliche Nebenwirkungen wurden zumal bei Erwärmung der Ampullen nicht beobachtet. Aus den Krankengeschichten geht hervor, daß es sich durchweg um völlig hoffnungslose Fälle handelte. Bei der Mehrzahl war bereits vorher in der üblichen Weise eine Röntgenbestrahlung ohne Erfolg versucht worden, oder aber der Befund war derart, daß es von vornherein völlig aussichtslos erschien, noch etwas durch Behandlung zu erreichen. Trotzdem erzielten die Verfasser mit der angegebenen Methode weitgehende Besserungen. Es war ihnen möglich, auch sehr große Tumoren völlig zum Verschwinden zu bringen. Ob es allerdings gelingen wird, die bei intratumoraler Behandlung entstandenen Gewebsdefekte zur Vernarbung zu bringen, muß weitere Beobachtung zeigen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Münch. med. Wochenschrift.

Nr. 46, 18. November.

Behandlung der Pyodermien im Säuglingsalter. Unbedingt notwendig ist die sofortige Eröffnung eines jeden Bläschens oder Abszesses, um die Gefahr der allgemeinen Pyodermie oder der Sepsis zu vermeiden. Nach der Inzision muß der Eiter durch sanften Druck mit dem Wattebausch entleert werden. Danach Joden und Auflegen einer Watteflocke! Mullverband überflüssig, ja schädlich, da er die Schweißsekretion anregt und so leicht zu einer Peritonitis, dem Ausgangspunkt der Pyodermien im Säuglingsalter führt. Es empfiehlt sich unbedingt, bei bestehender Pyodermie größere gefährdete Hautbezirke (Hinterkopf, Gesäß, Nacken) energisch mit Jodtinktur prophylaktisch zu bestreichen. Bei debilen Säuglingen sind zur Vermeidung der toxischen Resorptionswirkungen nicht mehr als 10 qcm zu bepinseln. Die Jodpinselung ist den mit Formalinwaschung der gefährdeten Stellen erzielten Ergebnissen bedeutend überlegen. Parenterale Injektionen sind beim Säugling zumeist erfolglos. Die Schweißabsonderung ist durch zweckmäßige Lagerung (kein mit Federn gefüttertes Steckkissen, nur Roßhaar- oder Seegrasmatratze! Gummiunterlage darf nicht um das Kind geschlagen werden!) zu bekämpfen, denn die durch Schwitzen aufgelockerte Haut erleichtert den Eitererregern das Eindringen in die Schweißdrüsen, wo sich die Entzündungsvorgänge beim Säugling abspielen. Bei kräftigen Säuglingen ist zur Herabsetzung der Transpiration die Flüssigkeitszufuhr einzuschränken. (Zwiebackbrei.) Biberfeld.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

24. Jahrg., Nr. 21, 1. November 1927.

Differentialdiagnose und Therapie der Nachgeburtsblutungen. Um die Nachgeburtsstörungen richtig zu beurteilen, muß man sich über die Herkunft des herausströmenden Blutes klar werden, da hiervon die Therapie abhängig ist. Die Blutungen können aus Rissen, aus der Plazentarstelle und aus der Gebärmutter selbst herrühren. Wenn man von außen nach innen geht, so können Rißblutungen durch Platzen von Varizen der Scheide zunächst der Behandlung bedürfen, die in Umstechungsnähten besteht und stets zum Ziele führt. Im äußersten Notfalle muß man prophylaktisch zur Schnittentbindung greifen. Die Diagnose von Blutungen aus der Scheide selbst infolge hoher Scheidenrisse ist meist nur mittels Austastung zu stellen. Bei kleineren genügt eine feste Tamponade, bei größeren muß man eine exakte Wundversorgung vornehmen, was nur in einer Klinik möglich sein wird. Kleine Zervixrisse kann man therapeutisch vernachlässigen, jedoch sind größere, die bis ins Parametrum hineinreichen, sehr unangenehm, da sie außer lebensbedrohlichen Blutungen Hämatome bis zum Nierenbett verursachen können. In solchen Fällen darf man nicht zu lange abwarten, sondern muß den Herd durch Eröffnung der Bauchhöhle aufsuchen und die blutenden Gefäße versorgen. Der Praktiker kann sich damit helfen, daß er ein Aortenkompressorium oder die Henkelsche Abklemmung der Parametrien anwendet. Sehr wichitg ist der Unterschied zwischen Rißblutung und solcher aus dem Uterus. Erstere tritt sofort nach der Entbindung auf, letztere meist erst nach einiger Zeit. Bei Rißblutung ist das Blut hellrot und fließt in dünnem Strahl. Bei Plazentarblutung ist es dunkelrot und fließt in größeren Schüben. Bei unklaren Fällen muß man stets nachtasten, aber die Feststellung von Rißstellen ist infolge der Weichheit der Gewebe selbst für den Geübten nicht einfach. Eine Blutung von 300 bis 500 g ist physiologisch, jedoch gibt es Frauen, die Blutverluste bis zu 2 l ohne Gefahr aushalten. Ein gutes Verfahren ist die Handtuchmethode, durch die man das ständige Nachfließen von Blut kontrollieren kann. Sind Zervikalrisse mit Sicherheit auszuschließen, so entsteht die Blutung, weil der Uterus sich nicht kontrahieren kann und zwar 1. weil die Plazenta sich noch im Uterus befindet oder sich aber in diesem Blutmengen ansammeln. Zur Feststellung der gelösten Plazenta gibt es das Ahlfeldsche Zeichen (spontanes Tieferrücken der Nabelschnur) oder das Küstnersche (Heraufrücken der Nabelschnur bei noch nicht gelöster Plazenta). Zu beachten ist das retroplazentare Hämatom, gekennzeichnet in raschem Größerwerden der Gebärmutter. Auf die Spontangeburt der Plazenta soll man in der Außenpraxis nicht länger als 6 Stunden warten. Gut bewähren sich hier die Hypophysenpräparate, während vor Sekaleanwendung zu warnen ist. Eine leichte Massage, die nicht zu früh einsetzen darf, bewirkt oft Kontraktion der Uteruswand. Löst sich trotz solcher die Plazenta nicht, so kann man nach Gabaston in die Nabelvene 150 ccm steriler Kochsalzlösung einspritzen. Es empfiehlt sich, die Abnabelung des Kindes sofort vorzunehmen, da bei längerem Abwarten häufig Retention der Plazenta eintritt und das zugeführte Blut doch von geringer Menge ist. Kommt man weiter mit dem Credéschen Handgriff nicht zum Ziele, so muß in Narkose die manuelle Plazentarlösung nach Entleerung der Harnblase vorgenommen werden. Zu diesem Eingriff gehört große Erfahrung, damit man nicht in eine falsche Schicht hineinkommt und die Uteruswand verletzt. Ist die Plazenta geboren, so erfolgt die Prüfung auf Vollständigkeit, wobei die Milchprobe das beste Verfahren darstellt, wenn sie auch nicht absolut zuverlässig ist. In Zweifelsfällen muß dennoch eine Austastung erfolgen.

Ueber seltenere Wurmfortsatzveränderungen bei chronischer Appendizitis. Man unterscheidet die akute Form, die Ausheilungsform, die die Grundlage für die chronische Appendizitis bildet und das Vernarbungsstadium. Im akuten Anfall kann makroskopisch abgesehen von einer Injektion der Gefäße nichts nachweisbar sein, während mikroskopisch immer ein Primäraffekt in Form eines geringen Epitheldefektes nachweisbar ist. Diese geringen Schleimhautveränderungen stehen in keinem Verhältnis zu denen in der Wandung, die mit dichten Leukozytenmassen durchsetzt ist. Dieser Prozeß geht entweder zurück oder es kommt zur Einschmelzung der Wandschichten und zu Abszeßbildung, die nach innen oder außen durchbrechen kann. Geschieht dies in die Bauchhöhle, so ist es von Wichtigkeit, ob es rechtzeitig zur Abkapselung durch Verklebungen kommt. Hier ist häufig nur der distale Abschnitt befallen. Handelt es sich um die einfache phlegmonöse Form, so kann sie mit Bindegewebsbildung gut ausheilen, während bei Schleimhautgeschwüren eine Vernarbung mit Stenosenbildung und bei größerer Zerstörung der Schleimhaut eine völlige Obliteration eintritt. Sitzt dieser Verschluß mehr proximal, so besteht dauernde Bereitschaft zum Rezidiv. Verf. schildert drei seltene Fälle; in dem ersten handelt es sich um eine zystische Umwandlung des Wurmfortsatzes, die niemals Beschwerden machte; in einem weiteren Falle bestand ein Pseudomyxoma, welches charakterisiert war durch Auftreten von Schleimkugeln, die aus einer kolloidähnlichen Substanz bestanden. Im dritten Falle handelt es sich um eine Frau, die wegen Ileus operiert wurde. Die Verwachsungen rührten von einem zystischen Tumor her, in dem man harte Stücke und Erweichungen feststellte. Er erweckte den Anschein eines verkästen tuberkulösen Lymphknotens. Es handelte sich aber um das distale Ende der Appendix mit einem abgeheilten Empyem, welches schwielige Verwachsungen zeigte und in der Ausheilung durch Eindickung zu einer Verkalkung des Abszeßinhaltes führte.

Zur Diagnose und Therapie der „chronisch rezidivierenden Blinddarmentzündung." Die chronische Blinddarmentzündung, von vielen angezweifelt, läßt sich mit einer Methode diagnostizieren, die es erlaubt zu beweisen, daß der Wurmfortsatz schon auf kleine Reizung mit akuter Entzündung reagiert. Nach zweijähriger Erfahrung konnte Verf. zeigen, daß ein chronisch entzündeter Wurm stets auf die Injektion von 0,6 ccm Novoprotin reagiert. Ein großer Teil reagiert mit Verstärkung der Druckempfindlichkeit nach der Einspritzung. War die Reaktion positiv, so wurden die Kranken nach Entfernung des Wurmfortsatzes dauernd beschwerdefrei. Die Injektion ruft eine frische Entzündung des Wurmes hervor, jedoch nie mit bedeutenden Schmerzen oder Temperatursteigerung. Bisweilen wurden derartige Fälle mit mehreren Einspritzungen von 0,2 bis 0,3 ccm dauernd geheilt. Es gibt Fälle, wo der Druckschmerz verschwindet, aber nach einer Woche wiederkommt. Hier hilft nur Operation. Verf. weist noch auf die Tatsache hin, daß bei chronischen Blinddarmentzündungen trotz viertägiger Fleischabstinenz okkultes Blut im Stuhl zu finden ist, wodurch es zur Verwechslung mit Magengeschwüren kommt. Dies liegt daran, daß die Darmentleerung unvollkommen ist, so daß es notwendig ist, 8 bis 10 Tage fleischfreie Kost zu geben. Kosminski, Berlin.

Die Volksernährung.

2. Jahrgang, Heft 20, 20. Oktober 1927.

Nährschäden Erwachsener. Ein Thema aus der neuzeitlichen Ernährungskunde, das in den nächsten Jahrzehnten aktuell bleiben wird, ist das Gebiet der vom Verfasser unter dem Begriff „Nährschäden Erwachsener" zusammengefaßten Krankheitsformen, d. h. der schleichend entstehenden Erkrankungen des Stoffwechsels und der ihn beherrschenden Organe als Folgen einer anscheinend ganz normalen Ernährung eines anscheinend gesunden Erwachsenen. Bei dem größten Teil der Menschen versagen die Darmschleimhaut und Leber, die das Eindringen nicht völlig abgebauter Nahrungsstoffe verhindern bzw. solche abfangen sollen, mehr oder weniger, und die Zerlegungsprodukte der Nahrung gelangen „blutfremd" in den Kreislauf. Verf. entdeckte 1914 die krankheitserregende Wirkung dieser durch die Nahrungswege eindringenden Fremdstoffe (meist Eiweiße), bezeichnete diese Wirkung als „allergisch", wies die Fremdstoffe im Blute der Kranken nach und beschrieb diesen Nährschaden Erwachsener als wesentliche Mitursache oder sogar Grundursache für die Entstehung von Migräne, Asthma, Nesselfieber und für eine Gruppe von Zuckerharnruhr, Arteriosklerose und Blutkrankheiten. Das Problem der Verhütung und Behandlung der Nährschäden Erwachsener besteht nun darin, den Uebergang blutfremder Nahrungsbestandteile aus dem Nahrungskanal ins Blut zu verhindern. Die Einzelheiten einer solchen vielgestaltigen Behandlungsmethode kann Verf. im Rahmen der kurzen Ausführungen nicht erörtern, jedoch betont er, daß auch die bei jedem Individuum den Darminhalt geradezu beherrschende Bazillenmasse, die Darmflora, bei der Entstehung allergischer Nährschäden oft ausschlaggebend ist. — Es handelt sich also um eine neue begriffsändernde Auffassung von der Entstehung, Verhütung und Behandlung großer wichtiger Krankheitsgruppen, und Verf. stellt den Faktor der Ernährung und des Nährschadens in seiner Wichtigkeit und Wertigkeit dicht neben den der Infektion.

Die diätetische Kurabteilung im Hotel des deutschen Badeortes. Die diätetische Kurabteilung des Hotels in deutschen Badeorten, wie sie bereits in einigen Hotels Deutschlands besteht, soll keine Ver-

drängung des Sanatoriums im engeren Sinne sein, vielmehr ist sie dessen Ergänzung für Nachkuren und dessen Stellvertreterin für die ungezählten leichten Fälle, die sich nicht der Geschlossenheit des Sanatoriumslebens einzufügen brauchen.

2. Jahrgang, Heft 21, 5. November 1927.

Der Wert der Kartoffel als Nahrungsmittel. M. Hindhede (Kopenhagen).
Der Mensch in seiner Abhängigkeit von der Ernährungsweise. G. v. Wendt (Helsingfors).
Zur Inkulturstellung unserer Moore. Echtermeyer, Landesökonomierat (Berlin-Dahlem).
Ueber die Bedeutung der Milch für das Kindesalter. H. Vogt (Münster).
* Der gesundheitliche Wert des Obstes. Willy Weitzel (Bad Dürkheim).
Zur Frage des Vorkommens von Arsen und Blei auf importiertem Auslandsobst. H. Krieg (Hamburg).
Was müssen Erzeuger, Händler und Verbraucher vom neuen Lebensmittelgesetz wissen?

Der gesundheitliche Wert des Obstes. Erst die gewaltigen Fortschritte auf dem Gebiete der Nahrungsmittelchemie und das tiefere Eindringen in die physiologischen Vorgänge haben uns eine genauere Kenntnis über den Wert des Obstes gebracht. Die hohe Bedeutung des Obstes für die menschliche Ernährung beruht auf der günstigen diätetischen Wirkung auf die Verdauung, den Mineralstoffwechsel und das Allgemeinbefinden. — In allen Fällen, wo es sich darum handelt, Nieren, Leber, Herz und Kreislauf zu schonen, gibt es kein willkommeneres Material als Obst. Von Noorden hat deshalb schon vor langer Zeit Obsttage empfohlen. — Auch für Gesunde dürfte es sich empfehlen, eine Mahlzeit des öfteren durch reine Obstkost zu ersetzen. Dies sei vor allem bei Fettsucht angeraten. Das Obst füllt und sättigt, befriedigt den Geschmackssinn und fällt als fettbildendes Material nicht in die Wagschale. — Chronische Stuhlträgheit bekämpft man heute wirksam mit reichem Obstgenuß. Dazu eignet sich sowohl frisches rohes Obst, Obstsäfte, alkoholfreie Fruchtmoste, Johannis-, Stachel- und Erdbeeren, sowie Dörrobst, eingeweichte Dörrpflaumen (20 bis 25 Stück), Datteln und Feigen. Endlich ist das Obst das beste Mittel im Kampfe gegen den Alkohol. Obstesser sind meist keine Biertrinker, und bei Alkoholentwöhnung leistet das Obst wirksame Beihilfe.

2. Jahrgang, Heft 22, 20. November 1927.

Arbeitsgemeinschaft im Preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe. M. Winckel (Berlin.)
Memorandum betreffend die Schaffung einer einheitlichen Grundlage zur Beurteilung der Ernährungsfrage der europäischen Staaten. L. Perczeller (Wien).
Diätetische Ernährung und Heilernährung und die Notwendigkeit der Einberufung eines internationalen Kongresses für Fragen der Volksernährung. M. Pewsner (Moskau).
Der Wert der Kartoffel als Nahrungsmittel. M. Hinthede (Kopenhagen).
Die Erhaltung von Frischobst. Willy Weitzel (Bad Dürkheim).
* Der gesundheitliche Wert der Gurke. Willy Weitzel (Bad Dürkheim).

Der gesundheitliche Wert der Gurke. Die Bewertung eines Nahrungsmittels geschieht in der modernen Ernährungslehre nach seinem Gehalt an Mineralstoffen und Vitaminen. Bei unserer heutigen verfeinerten Lebensweise, wo mineral- und vitaminarme Nahrungsmittel wie Fleisch, Mehlspeisen und Gebäcke aus feinem Mehl und abgebrühtem Gemüse die Hauptbestandteile der Nahrung ausmachen und die zunehmende Konstitutionsverschlechterung mitverschulden, dürfen wir ein so mineral- und C-vitaminreiches, in natürlichem Zustande schmackhaftes Gemüse, wie es die Gurke in der Tat ist, nicht ohne weiteres aus rein überkommenen Vorurteil verschmähen. — Der Mineralstoffgehalt der Gurke, mit Obst und Gemüse verglichen, überragt sie beide in jeder Beziehung. Die Abneigung gegen den sonst so beliebten und schmackhaften Gurkensalat gründet sich auf die Erfahrung, daß er bei Menschen mit schwacher Verdauungskraft Beschwerden verursacht. Schon bei geringer Bewegungsschwäche des Magens bleiben rohe Gurken allzu lange im Magen liegen, verursachen lang andauernden Nachgeschmack, Aufstoßen von Gasen, Durchfällen und Gasgärungen. — Dagegen bewährt sich roher Gurkensalat bei einfacher Stuhlträgheit gut, wenn die übrige Verdauung vollkommen in Ordnung ist. Der Stuhl wird nach größeren Mengen roher Gurken reichlicher, lockerer und feuchter, so daß gegen Verstopfung der tägliche Genuß eines Tellers Gurkensalat als Heilnahrung zu empfehlen ist.

Rudolf Katz, Berlin.

Strahlentherapie.

27, Heft 1.

* Ueber die Therapie der Wahl bei Myomen und hämorrhagischen Methropathien. C. J. Gauss.
Durch Strahlenbehandlung erzielte Dauerresultate beim Karzinom der weiblichen Geschlechtsorgane. Felix Gal.
Zur Technik der Radiumapplikation in der Gynäkologie. Hans Weigard.
Zur rektalen Radiumanwendung. Stefan Simon.
Radiumbehandlung der gutartigen Frauenleiden. Ernst Ritter von Seuffert.
* Ueber die Beeinflussung der Wirksamkeit des Insulins durch Röntgenbestrahlung. E. Vogt.
* Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Niere. David A. Willis, Albert Bachem.
* Die Dosierung der Buckyschen Grenzstrahlen nach R-Einheiten mit dem Eichstandgerät. Hans Küstner.
Die Härteabhängigkeit der R-Dosen im Vergleich zu äquivalenten Erythemen aller gebräuchlichen Strahlenquantitäten. P. Heß.
Die Absolutbestimmung der Dosiseinheit „1. Röntgen" in der Eichstation der Cleveland Clinic. Otto Glasser.
Die Abhängigkeit der Verteilung der Tiefendosis von der Art des Röntgenapparates. N. Nasledow, T. M. Kaacura.
Die Messung therapeutischer Lichtstrahlen. Hans Malten.

Ueber die Therapie der Wahl bei Myomen und hämorrhagischen Metropathien. Nicht jede Metropathie und nicht jedes Myom bedarf einer aktiven Therapie. Oft kommt man mit entsprechender Allgemeinbehandlung oder mit Medikamenten aus. Die Indikation zu einer eingreifenden Behandlung ist erst gegeben, wenn unstillbare Blutungen zu einer erheblichen Anämie geführt haben, wenn andere Erkrankungen komplizierend hinzukommen, wenn das Myom durch seine Größe, durch Druckwirkung z. B. auf Blase, Mastdarm oder Magen Beschwerden macht, wenn Zerrungserscheinungen eintreten (Stieldrehung) oder schließlich wenn degenerative Veränderungen oder maligne Degeneration festzustellen sind. Es ist nun die Frage, welchem Verfahren der Vorzug zu geben ist, der Operation oder der Strahlenbehandlung. Die vergleichende Statistik der verschiedenen Operationsmethoden unter Berücksichtigung der neuesten Publikationen ergibt nun bemerkenswerte Resultate. Es geht daraus hervor, daß allen Operationen, gleichgültig, ob sie vaginal oder abdominell, konservativ oder radikal vorgehen, eine Mortalität von mindestens 2% zukommt. Die konservativen Operationen sind keineswegs ungefährlicher als die radikalen. Dazu kommt die Häufigkeit von Komplikationen. So sind z. B. bei der supravaginalen Amputation auch bei bester Technik Stumpfexsudate zu befürchten. Die Möglichkeit der Erhaltung von Menstruation und Empfängnis bei den konservativen Operationsmethoden ist nicht zu hoch anzuschlagen, weil einerseits Rezidive hierbei nicht selten sind und andrerseits bei einer ursprünglich konservativ gedachten Operation sich nachträglich doch noch radikale Durchführung als erforderlich herausstellt. Die vaginale Enukleation subseröser Myome scheint sich zwar hinsichtlich der Mortalität besser zu stellen als die übrigen Operationsmethoden, aber sie ist nur in seltenen Fällen auszuführen, da auf diesem Wege nur kleine Tumoren angegangen werden können. Bei allen Operationen muß man schließlich mit der Gefahr der Thrombose und Embolie, der postoperativen Bronchitis, Pneumonie und Zystitis rechnen, auch fällt zu ihren Lasten die Gefahr der nicht immer vermeidbaren Verletzungen von Blase, Ureter und Darm. Demgegenüber hat die Strahlentherapie wesentliche Vorzöge aufzuweisen. Bei der Beurteilung der Erfolge, namentlich auch bei der Verwertung der Statistiken, muß man sich die Tatsache vor Augen halten, daß sich die Röntgen- bzw. Radiumbehandlung erst in den letzten Jahren, seit Beendigung des Krieges, zu einer durchgearbeiteten Methode entwickelt hat. Aber selbst bei Einbeziehung der ältesten, zum Teil mit primitivster Technik behandelten Fälle ergab eine Sammelstatistik eine Mortalität von weniger als 0,1% und eine klinische Heilung von 97,3%. Dabei sind aber alle Todesfälle gerechnet, die sich bald nach der Bestrahlung ereigneten. Eine nähere Untersuchung ergab, daß keiner dieser Fälle der Bestrahlung an sich zur Last fällt, so daß die Mortalität tatsächlich auf 0% zu beziffern ist. Durch die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Ovarien und auf die Geschwulst selbst erfolgt eine Schrumpfung des Uterus und der Myome. Es ist wichtig zu wissen, daß eine meßbare Schrumpfung meist erst etwa 1 bis 2 Monate nach der Bestrahlung einsetzt und bis zu einem Jahr andauert, doch pflegt eine Verkleinerung schon innerhalb weniger Tage einzutreten, so daß auch bei akuten Verdrängungserscheinungen die Röntgenbehandlung indiziert ist. Die früher gültigen Kontraindikationen haben im Laufe der Jahre immer mehr an Bedeutung verloren. Andrerseits sind die besonders undankbaren Fälle — Komplikationen mit schweren Herz-, Nieren-, Lungenerkrankungen, Diabetes, Basedow, schwere Anämie — ein um so dankbareres Objekt für die Strahlentherapie, als hierbei die Operation naturgemäß mit besonderen Gefahren belastet ist.

Von den Nebenerscheinungen spielt der Röntgenkater im Vergleich mit den im Gefolge einer Operation auftretenden Störungen keine Rolle. Hautschädigungen, Verbrennungen und Spätschädigungen können bei dem heutigen Stande der Technik mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Was die Ausfallserscheinungen anbetrifft, so ist es sehr zweifelhaft, ob sie schwerer oder häufiger sind, als nach Operationen. Als Argument zugunsten der chirurgischen Behandlung können diese Beschwerden jedenfalls nicht gelten. Auch die Radiumtherapie hat gute Erfolge zu verzeichnen, wenngleich ihrer Anwendung bei großen Myomen gewisse Grenzen gezogen sind. Auch bei der Strahlentherapie konkuriert mit der Radikalbehandlung die konservative Methode, das ist die Bestrahlung mit verringerter Dosis zwecks temporärer Sterilisation. Bei Metropathien Jugendlicher ist sie

zweifellos vorzuziehen. Auch bei Myomen kann man häufig hierdurch einen Rückgang erzielen, doch sind Rezidive zu befürchten, ganz wie bei den konservativen Operationen. Die Möglichkeit einer Keimschädigung nach temporärer Sterilisation wird vielfach überschätzt. Aus den obigen Darlegungen ergibt sich, daß die Strahlenbehandlung beim Versagen einer konservativen Therapie fast in allen Fällen, als Therapie der Wahl zu gelten hat. Gegenüber der Operation bestehen erhebliche Vorteile, insbesondere die Ausschaltung jeder Mortalität, dem keine nennenswerte Nachteile gegenüberstehen. Der Einwand, daß gelegentlich ein Sarkom fälschlicherweise unter der Diagnose: Myom zur Strahlentherapie gelangen konnte, fällt insofern nicht ins Gewicht, als die Sarkome an sich sehr selten sind (auf 100 Myome rechnet man 2 Sarkome) und weil die Heilungsziffer der Sarkome nur 25% beträgt. Als strikte Indikation für operative Behandlung läßt Verf. eigentlich nur subseröse Myome mit Stieldrehung gelten. Ferner ist selbstverständlich bei gleichzeitig bestehender Gravidität die Strahlenbehandlung kontraindiziert.

Ueber die Beeinflussung der Wirksamkeit des Insulins durch Röntgenbestrahlung. Ausgehend von den Versuchen über die Aktivierung verschiedener Substanzen durch ultraviolette Strahlen untersucht Verf. die Wirkung von Strahlen, insbesondere von Röntgenstrahlen, auf das Insulin. Es stellte sich heraus, daß bei geringen Dosen eine erkennbare Einwirkung nicht stattfindet, daß aber die Bestrahlung mit der „Karzinomdosis“ eine deutliche Aenderung der Insulinwirkung ergab. Die Versuche wurden an nicht diabetischen Frauen vorgenommen. Dabei stellte es sich heraus, daß bei gesunden nicht schwangeren Frauen die Insulinwirkung von der Ovarialtätigkeit abhängt. Im Prämenstruum und während der Menstruation wirkt das Insulin am stärksten, im Postmenstruum am schwächsten. Von der Mitte des Intermenstruums ab verstärkt sich die Insulinwirkung wieder langsam. Nach den Feststellungen des Follikulingehaltes im Blute ergibt sich, daß die Wirkung des Insulins mit dem Gehalt des Blutes an Ovarialhormonen parallel geht. In diesem Zusammenhang ist die Tatsache von Wichtigkeit, daß in den letzten Monaten der Schwangerschaft der Blutzuckerspiegel eine Gesetzmäßigkeit aufweist. Die Werte halten sich an die untere Grenze des Normalen. Die Annahme liegt nahe, daß auch dieser Umstand hormonal bedingt ist. Die Insulinversuche wurden auf gesunde schwangere Frauen ausgedehnt. Bei Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne ergab sich eine starke Aktivierung. Das bestrahlte Insulin ist imstande, den Blutzucker stärker und in kürzerer Zeit herabzudrücken, als die gleiche Menge von unbestrahltem Insulin. Außerdem hält die Wirkung des bestrahlten Insulins länger an. Bei der Bestrahlung des Insulins mit der Röntgenkarzinomdosis erfolgt eine gleichsinnige, wenn auch etwas schwächere Aktivierung. Es muß angenommen werden, daß durch die Bestrahlung eine chemische Veränderung des Insulins stattfindet.

Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Niere. Röntgenbestrahlung der Niere verursacht eine progressive Degeneration der Tubuli mit Ersatz durch Bindegewebe und ohne Anzeichen von Regeneration der zerstörten Tubuli. Die Glomeruli bleiben im Gegensatz zu dieser ausgesprochenen Reaktion praktisch unverändert. Sie zeigen nur eine Verkleinerung und Verzerrung als Folge der Entwicklung von Narbengewebe in ihrer Umgebung. Bei der chronischen Glomerulonephritis des Menschen sind die Veränderungen in den Glomeruli das Primäre und die der Tubuli werden vorwiegend sekundär getroffen. Bei der bestrahlten Niere ist dieser Prozeß gerade umgekehrt. Hier sind die tubulären Veränderungen primär und auf sie folgt die Narbenbildung. Dann veröden die Kapillaren und sind noch lange Zeit in den Glomeruli relativ gut erhalten. Hier muß man die Schrumpfnieren als das Endergebnis einer Nephrose auffassen.

Die Dosierung der Buckyschen Grenzstrahlen nach R-Einheiten mit dem Eichstandgerät. Intensität und Härte der Grenzstrahlen erweisen sich in Uebereinstimmung zwischen Theorie und Experiment bei gleicher Kilovolt- und Milliampèrezahl für verschiedene Röhren wegen verschiedener Dicke des Lindemannglases als recht verschieden. Die Grenzstrahlung ist so weich, daß ihre Intensität und Härte abgesehen vom quadratischen Abstandsgesetz rein durch Luftabsorption wesentlich beeinflußt wird. Die Dosierung muß aus diesen Gründen stets in dem Punkte erfolgen, in dem bestrahlt werden soll. Zur Messung hat Verf. einen neuen Kammertyp konstruiert: Die Kurzkammer. Die Eindringungstiefe der Grenzstrahlen ist bei verschiedenen Kilovoltzahlen so verschieden, daß man sich über dieselben Aufschluß verschaffen muß. Am besten eignet sich hierzu die Absorptionsanalyse; zur Qualifizierung der Strahlung ist die Angabe ihrer Halbwertschicht in Zellon oder Aluminium zuverlässiger als die Angabe des primären Kilovoltmeters. Die Dosierung einer Dermix-Apparatur ergab, daß mit dieser in 10 cm Fokusabstand bei 9 kV., 9 mA. in 7½ Minuten bereits 1000 R. verabfolgt werden.

Kirschmann.

Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen.

1927, Heft 20.

Der Neubau des Bezirkskrankenhauses in Freudenstadt in Schw. Bubenhofer.
* Diätetische Ernährung in großen Krankenhäusern. Pütter.
Vereinigung der leitenden Verwaltungsbeamten deutscher Krankenanstalten.
Vereinigung der leitenden Verwaltungsbeamten deutscher Krankenanstalten.

Diätetische Ernährung in großen Krankenhäusern. Während es in kleinen Krankenhäusern bis etwa 250 Betten, deren Küchen in demselben Gebäude wie die Kranken liegen, einfach ist, die Bedürfnisse der wenigen besonders zu verpflegenden Kranken zu befriedigen, stellen sich der Bereitung und Verteilung der Diätkost in großen Krankenhäusern mit einer Zentralküche manche Schwierigkeiten in den Weg, weil an vielen Tagen 15 bis 20 verschiedene Diätformen, manche in kleinsten Portionen, gefordert werden. In der Charité besteht eine Diätküche in der I. Med. Klinik, die aber höchstens 30 Portionen herstellen kann und fast ausschließlich für Patienten I. und II. Klasse arbeitet. Pütter hat schon früher darauf hingewiesen, daß man bei Klinikneubauten möglichst von Zentralküchen absehen und lieber in jeder Klinik eine eigene Küche bauen sollte. Bei vorhandenen Krankenhäusern ist es zweckmäßig, in der Zentralküche die dort schon bestehende Diätküche so zu spezialisieren, daß mit möglichst geringen Kosten den Anforderungen guter diätetischer Ernährung entsprochen werden kann.

Heft 21.

* Die sozialpsychiatrische Fürsorgearbeit am Bürgerhospital in Stuttgart. Wetzel.
Privatfrauenklinik Dr. Bleck-Bielefeld. Woernle.
Aluminium-Beratungsstelle Berlin. Ergebnis einer Rundfrage bei 200 Krankenanstalten betr. Bewährung des Aluminiums als Werkstoff für Kochkessel und Tagesgeschirr.
* Die PreußischeAusführungsverordnung zum Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Gottstein.

Die sozialpsychiatrische Fürsorgearbeit am Bürgerhospital in Stuttgart. Hinweise auf die Notwendigkeit psychiatrischer Krankenhausfürsorge nach dem Krieg. Schilderung der verschiedenen Organisationen, der Aemter, Versicherungen und Vereine. Bedeutung sorgfältiger Diagnostik. Notwendigkeit schneller Hilfe in bestimmten Fällen. Kritische Betrachtung scheinbarer Fürsorgeerfolge notwendig, wofür einige recht interessante Beispiele gebracht werden.

Die preußische Ausführungsverordnung zum Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bedarf noch der Anhörung durch den Staatsrat, ist dann dem Landtag vorzulegen und auf sein Verlangen abzuändern; unter diesem Vorbehalt erscheint aber wegen der Eilbedürftigkeit die Verordnung schon jetzt. Die Ausführungsverordnung und noch mehr die Anweisung enthält eine Reihe grundsätzlich wichtiger und besonders für den Arzt und für Krankenhausverwaltungen sehr bedeutungsvoller Bestimmungen. Ihre genaue Kenntnis ist daher für jeden Arzt dringend erforderlich. Die deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat schon jetzt einen Sonderabdruck versandt. Die Uebersicht erläutert einige wichtige Bestimmungen. Bei jeder Gesundheitsbehörde muß ein Facharzt für Geschlechtskrankheiten mitwirken. Wichtige Bestimmungen werden für das Vorgehen gegen Krankheitsverdächtige getroffen; Mitwirkung öffentlicher Beratungs- und Untersuchungsstellen. Besonders wichtig erscheint der folgende Satz: „Lassen der Beruf oder die persönlichen Verhältnisse des Kranken nach der Ansicht des Arztes eine Ansteckungsgefahr besonders nahe erscheinen, so muß in jedem Fall sofort eine Anzeige an die Gesundheitsbehörde ergehen.“

Heft 22.

Vereinigung der leitenden Verwaltungsbeamten deutscher Krankenanstalten.
Planwirtschaft im Krankenhauswesen eines Landesteiles, ein amerikanisches Beispiel. Lang.
Das Städtische Kranken- und Pflegehaus zu Braunschweig. Müller.
Erweiterungsbau der Lupusheilstätte Gießen. Mittelbach.
Der Ausbau des Kreiskrankenhauses in Mohrungen. Friedrich.
* Tuberkuloseprophylaxe im Anstalts- und Fürsorgebetrieb. Jüttner.

Tuberkuloseprophylaxe im Anstalts- und Fürsorgebetrieb. Eine Reihe bekannter prophylaktischer Maßnahmen wird besprochen. Ersetzt man die unsichere und störende Abdrosselung des Hustenstreukegels mit der Hand des Kranken durch Maskenzwang bei der Untersuchung, so lassen sich damit die unangenehmen und gefährlichen Nebenumstände bei der tuberkuloseärztlichen Untersuchung und Durchleuchtung mit einem bisher unerreichten Grade von Sicherheit vermeiden.

Werner Gottstein, Freiburg i. Br.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

Apoplektische Hemitonie (Hemitonia apoplectica) als eine wahrscheinliche Form der akuten Striatumläsionen. Nach einer längeren Erörterung der Literatur über die Krankheiten der basalen Ganglien, im besonderen des sogenannten Neostriatums, kommt Verfasser zu einer bereits von ihm 1899 beschriebenen, akuten basalen Ganglienzellerkrankung, die er Hemitonica apoplectica nennt. Sie zeichnet sich durch eine apoplektische Entwicklung einer vorübergehenden Hemiparese mit nachfolgender Entwicklung einer scharf ausgeprägten tonischen mobilen Muskelspannung der Extremitäten und teilweise einer Gesichtshälfte aus. Wegen des Tonusspasmus von Agonisten und Antagonisten nehmen die Extremitäten eigentümliche Stellungen an, die aber Lageveränderungen sowohl im Zusammenhang mit den allgemeinen Bewegungen der Glieder, als auch mit psychischen Zuständen und Emotionen der Kranken zulassen. Pyramidenzeichen werden dabei nicht beobachtet. Die tonisch gespannten Muskeln hypertrophieren mit der Zeit, während die anderen Muskeln der Extremitäten atrophisch werden. Die apoplektische Hemitonie ist am wahrscheinlichsten den akuten Schädigungen des strio-pallidalen Systems mit dem Charakter einer lokalen Gefäßschädigung zuzurechnen. Bisher gibt es noch keine Fälle mit Obduktionsbefund. Verfasser fügt den schon früher von ihm veröffentlichten Beobachtungen zwei weitere hinzu. Im ersten Fall Erkrankung nach plötzlichem Insult, wohl infolge Gefäßruptur und eines darauf folgenden Blutergusses. Durch vorausgegangene Infektion, wohl Degeneration der Gefäßwände. Eigentümlich ist in diesem Fall, daß der Krampfzustand sich auf beide Beine erstreckte. Der zweite angeführte Fall, der nach überstandener Enzephalitis sich entwickelte, illustriert am besten den Zusammenhang dieser Erkrankung mit der letzteren. Bei ihm war im Vergleich zu anderen Fällen eigentümlich, daß nur die Muskeln des linken Armes und die Drehungsmuskeln der linken Hälfte des Halses ergriffen waren. Am Gesicht bei der Anämie keine nachweisbaren Erscheinungen krampfhaften Charakters (auch in anderen Fällen höchst selten). Am linken Bein kein echter Krampf, nur stärkeres Zittern. Zunahme des Krampfes auch in diesem Fall bei jeder Emotion.

Ein Beitrag zur Wirkungsweise der Impfmalaria auf den histopathologischen Prozeß bei progressiver Paralyse. Während der Malaria vollziehen sich im Gehirn histopatholigsche Veränderungen, die als ein Teil der Reaktion des retikulo-endothelialen Systems aufzufassen sind und die sich in proliferativen Vorgängen an dem Epithel der Kapillaren äußern. Die histologische Untersuchung des Gehirns und der inneren Organe eines Falles von unzweifelhafter Paralyse, der auf der Höhe des siebenten Fieberanfalles ohne vorausgehende bedrohliche Symptome plötzlich der Malaria erlag, gab Verfasser hierbei interessante Aufschlüsse. Der Fall scheint anzudeuten, daß die perivaskulären Infiltrationen in den Temporallappen und dem Striatum hartnäckiger sind als in dem Stirnhirn und daß die „Verschiebung" des paralytischen Prozesses von dem Stirnhirn in die Temporalgegend und das Striatum sich während der Malariainfektion vollzieht. Während der Malaria, besonders zur Zeit der Fieberanfälle, wandern wahrscheinlich Plasmazellen in die Gefäße ein, um sich an der Phagozytose der Plasmodien zu beteiligen. Ist dies der Fall, so ist die Vermutung naheliegend, daß die Wirkung der Malaria auf den entzündlichen Prozeß mit dem Verschwinden der Plasmodien aus dem Blute abgeschlossen ist. Nach Rückbildung der Gefäßinfiltrate und Freiwerden der perivaskulären Lymphwege ist eine teilweise Reparation des ektodermalen Gewebes denkbar.

Ueber die schizoiden und syntonen Alkoholiker. Verfasser versucht an einem Material von 139 Fällen die Frage der Beziehungen des Alkoholismus zur Konstitution nach verschiedenen Seiten hin zu beleuchten. Zahlenmäßig besteht die schizoide Gruppe seines Materials aus 49 Fällen (23 Schizoide und 26 Schizothyme), während die syntone Gruppe mit 90 Fällen (40 Zyklothyme und 50 Zykloide) vertreten ist (Terminologie nach Kretschmer). Ausgeschlossen wurden Fälle mit überstandenem Hirntrauma, mit Luesverdacht, Gehörstörungen und Kokainismus. Die Feststellungen betreffen das Intoxikationsbild, die Gehörrstäuschungen, die Gesichtstäuschungen und die verschiedenartigen Wahnbildungen. Die schizoide Konstitution im Vergleich zu der syntonen wies gegenüber der Alkoholvergiftung eine viel größere Affizierbarkeit auf. Die Abhängigkeit der Sinnestäuschungen von der konstitutionellen Zugehörigkeit wurde, ohne eine Unterscheidung zwischen Sinnestäuschung mit und ohne Wahngebilde zu treffen, festgestellt. Das Interessanteste der Untersuchung bestand darin, daß sich bei den Schizoiden, die anscheinend mehr als andere zur Schizophrenie (Gehörstäuschung eines der hervorstechendsten Symptome) veranlagt sind, auch unter dem Einfluß der chronischen Alkoholvergiftung Gehörstäuschungen entwickeln, was wir bei der syntonen Konstitution fast gar nicht sehen. Eine Abhängigkeit von dem Grade der psychopathischen Belastung der Psyche war nicht überall wahrnehmbar, da schizoide und schizothyme Zahlen oft unbedeutend von einander abweichen. Vorherrschen der Gesichtstäuschungen bei Leuten zykloiden Schlages. Andere Arten der Sinnestäuschungen (taktile, Geruch, Geschmack) wurden nicht beobachtet. Die Neigung zu Wahnbildungen war bei den Schizoiden scharf ausgesprochen, während sie bei den Schizothymen eine krasse Senkung erfährt. Fehlen in der syntonen Gruppe. Anscheinend bildet die Kombination der schizoiden Konstitution mit psychopathischem Einschlag den besten Boden hierfür.

Amente Psychose bei Hypophysengangtumor. Die Erkrankung des von Verfassern beobachteten Falles begann mit Schläfrigkeit, Vergeßlichkeit, Amenorrhöe, Halluzinationen. Im psychischen Bilde in der Klinik Schläfrigkeit, Ratlosigkeit, Verwirrtheit, optische und akustische Halluzinationen. Nach einer Lumbalpunktion nächtliche Unruhe. Gleichzeitig stärkeres Hervortreten von Halluzinationen. Diese nahmen eine schizophrene Färbung an zu einer Zeit, als Polyurie das Krankheitsbild beherrschte. Diese reagierte prompt auf Pituisan. Die Konzentrationsfähigkeit war erhalten. Teilweise inverser Schlaftypus. Temperatursteigerungen zentraler Art, die auf Pituisan zu reagieren schienen. Keinerlei Gesichtsfeldeinschränkungen. Röntgenbefund normal. Bei der Obduktion Hypophysengangtumor, welcher die Hypophyse intakt läßt, hingegen den Zwischenhirnboden zerstört. Ob der Tod auf den Hypophysengangtumor oder auf verabfolgtes Biloptin zu beziehen war, steht dahin. Es handelt sich also um einen Fall von Hypophysengangtumor, der vegetative Störungen durch Läsion des Zwischenhirnbodens setzte (Polyurie). Auch Amenorrhöe und Temperatursteigerung (wenn nicht durch aufgetretene Angina) wohl durch Zwischenhirnbodenzerstörung veranlaßt. Keine Sehstörung trotz Druck und Abplattung der Tractus optci. Für bedeutsam hielten Verfasser in vorliegendem Fall die Befunde in bezug auf den Schlaf und das psychische Verhalten. Die Schlaffunktion wird nach neueren Anschauungen von Mittel- und Zwischenhirnzentren dirigiert. Gegenüber anderen Theorien halten Verfasser den Brennpunkt des Schlaf-Bewußtseinssteuerungsmechanismus im dritten Ventrikel gelegen — Fehlen klinischer Zeichen von Thalamusläsionen bei diesem Fall —. Es liegt der Gedanke nahe, daß die proximaleren Anteile des Schlafsteuerungsmechanismus an den erwähnten psychischen Störungen (Halluzinationen, Auffassungsstörung) besonders beteiligt seien. Verfasser nehmen mit Kleist Steuerfunktion des Zwischenhirns in bezug auf Bewußtseinsfunktionen an. Die hier beobachtete Psychose läßt vermuten, daß Läsion des proximalen Anteils des dienzephalen Bewußtseinssteuerungsmechanismus zu amenten und schizophrenen Bildern besonders enge Beziehungen habe. Hinweis auf Beziehungen, die zwischen Schwindelerlebnissen und Bewußtseinsvorgängen bestehen und gleichzeitig auf Tonusabänderungen bei Schwindel.

Aetherisierung Geisteskranker. Der Zustand unmittelbar nach der Aethernarkose stellt sich als ein Zustand besonderer Ansprechbarkeit und Liebesfähigkeit dar. Damit ist Heiterkeit, Glücksgefühl verbunden. Aus diesem Zustand erhöhter Ansprechbarkeit heraus ergibt sich eine enge Beziehung zur Welt, die die Aufdeckung vergessenen Erinnerungsmaterials ermöglicht. Aus der gleichen Quelle fließt die erhöhte Zugänglichkeit der katatonen Zustandsbilder, die unter Umständen therapeutisch ausgewertet werden kann. Neurologisch sind die während der Narkose beobachteten Befunde: „Nystagmus, Muskelspannungen, Klonismen" bemerkenswert. Diese Ergebnisse begründen Verfasser, von der Anschauung ausgehend, daß die Bewußtseinszentren sich in einem komplizierten System, das sich von der Medulla oblongata bis zum Zwischenhirn hinzieht, anorden mit neueren Theorien über den großen Schlaf-Wach-Bewußtseinsapparat (siehe vorhergehende Arbeit) und seine Beziehung zu Tonus und Innervationsapparaten. Von 16 narkotisierten Schizophrenen (einige mehrere Male) zeigten nur 4 keinerlei Veränderung im Verhalten unmittelbar nach der Narkose. Die übrigen waren erhöht anschmiegbar bei heiterer Stimmung, bei Erregten (3) keine hochgradigen Veränderungen, bei 3 Gesperrten heiterer Affekt, ohne daß eingehendere Aeußerungen erhalten werden konnten, bei 2 nach der Narkose unvollständiges Examen möglich. In allen diesen Fällen besondere Zugänglichkeit und freundliche Annäherung gegenüber der sich mit dem Patienten beschäftigenden Person auffällig. Bei

3 scheinbar affektlosen Fällen heftige Affektdurchbrüche. In 2 Fällen von Amentia Zugänglicherwerden der Patienten ohne wesentliche Aenderung des Bildes. In 3 Fällen von Leuchtgasvergiftung mit katatonem Bild keinerlei Veränderungen, ebenso nicht bei einem Fall von Korsakoff nach Leuchtgasvergiftung. Bei einem Fall von Leuchtgasvergiftung mit optisch-agnostischen Symptomen Zugänglicherwerden und anschließende Besserung. Eine Angstmelancholie unbeeinflußt, zwei melancholische Stuporen zugänglicher. Die Depression machte vorübergehend der Heiterkeit Platz. Eine verworrene Manie fixierbar. Eine Epilepsie mit paranoischen Zügen nur bekannte Heiterkeit, bei einer Epilepsie mit Petit-mal-Anfällen Provokation des Petit mal, bei einem Fall mit Amnesie nach epileptischer Verwirrtheit Auftauchen einzelner Erinnerungen. Ein hysterischer Ausnahmezustand weitgehend gebessert nach Affektdurchbruch. Eine hysterische Gedächtnislücke wurde behoben.

Epilepsie und Schwangerschaft. Für Untersuchungen betreffs der Wirkung der Epilepsie auf die Gravidität und der Wirkung der Gravidität auf der Epilepsie sowie betreffs des Schicksals der Kinder hat Verfasser ein großes Material von gebärenden epileptischen Frauen durchgesehen. Er fand: Niemals Abort durch Krampfanfall veranlaßt oder Geburtverlauf durch Krampfanfall beeinflußt. In 50% nahmen Anfälle in der Gravidität zu, in 26% keine Beeinflussung, in 17% Besserung der Anfälle, in 7% anfangs Verschlechterung, dann Besserung der Anfalle. Die unbeeinflußten Patienten hatten nur leichte Epilepsie mit wenigen Anfällen. Die Epilepsie scheint während der Gravidität für Behandlung sehr zugänglich. Anstaltsbehandlung empfohlen. Während der Geburt hatten 16% Krampfanfälle. Auftreten anscheinend unabhängig vom Verhalten der Epilepsie während der Gravidität. Nur ein Fall mit Verschlechterung der Epilepsie im Wochenbett und zwar sehr ausgeprägt. Graviditätsintoxikationen häufiger bei schlechteren als bei den verbesserten Epileptikern. Anfallhemmende Faktoren vielleicht Sistieren der Menstruation, Veränderungen der internen Sekretion, relative Azidose Status epilepticus in 5 Fällen. Ueberstehen in allen Fällen. In der Literatur von 18 Fällen 8 genesen, 10 starben. Verfasser empfiehlt Vermeidung chirurgischer Eingriffe und Anwendung narkotischer Mittel (Somnifen) in großen Dosen. Bei Statuseintritt während der Geburt schnellste Beendigung zu raten. Bei Eklampsie Albuminurie stärker und Blutdruckerhöhung ausdauernder als im Status epilepticus. Wirkung einer Schwangerschaftsunterbrechung auf Epilepsie sehr zweifelhaft. Von 60 Kindern epileptischer Mütter 12 Todesfälle im Säuglingsalter, 6 davon an Krämpfen.

Paralysis agitans und Trauma. Verfasser führt zwei Fälle von Paralysis agitans nach vorausgegangenem Trauma an. Nach Besprechung verschiedener Theorien über das Zustandekommen der Striatumerkrankung versucht er, die in der Regel auf der Seite, wo das Trauma einwirkte, auftretende Schüttellähmung aus der wechselseitigen Beziehung zwischen außergewöhnlich starker Muskelfunktion und Zentralnervensystem zu erklären unter Hinweis auf die Nervenpunktlehre von A. Cornelius (Berücksichtigung aller peripheren nervösen Erscheinungen). Er hält einen Einfluß schwerer durch Trauma verursachter Muskelschädigungen auf das zentrale Nervensystem für möglich, wenn er auch bestimmte prämorbide Dispositionen (Basedow, Klimakterium usw.) als Vorbereitung für posttraumatische Schüttellähmung nicht leugnet. P. Busch, der 66 Fälle posttraumatischer Paralysis agitans zusammengestellt hat, soll bereits auf die große Häufigkeit der mechanischen traumatischen Einflüsse bei Paralysis agitans bei der relativ geringen Häufigkeit dieser Erkrankung hingewiesen haben. Hans Knospe, Berlin.

Archiv für Kinderheilkunde.

82., Heft 2/3, 1927.

Die kindliche Appendix im Röntgenbild. Die kindliche Appendix ist mittels Durchleuchtung darstellbar. Bei darmgesunden Kindern in etwa 73% der Fälle röntgenologisch mit Kontrastbrei sichtbar zu machen. Man kann aktive Eigenbewegungen und sogar Haustrenbildung erkennen. Ob das Verfahren für die Diagnostik pathologischer Vorgänge an der Appendix wertvoll werden kann, müssen erst weitere Beobachtungen erweisen.

Rumination im Säuglingsalter. Die Rumination ist ein zum Zwecke des Hervorrufens eines Lustgefühls durch Kauen willkürlich eingeleiteter Akt. Pogorschelsky, Breslau.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

206., 4./5. Heft.

Die Brustwandresektion. Verf. teilt die Erfahrungen und Erfolge von Brustwandresektionen mit, die an der Münchner Chirurgischen Universitätsklinik in den Jahren 1919 bis 1927 an 25 Kranken ausgeführt wurden. 20 Kranke wurden einmal, 2 zwei- bzw. dreimal operiert. In fast allen Fällen handelt es sich um maligne Tumoren der Brustwand. Von den 22 Kanken ist keiner unmittelbar im Anschluß an den Eingriff gestorben. Nicht ganz so günstig bleiben die Ergebnisse, wenn man den Verlauf in der Wundheilungszeit mit heranzieht. Es ist jedoch auch in der Nachbehandlungszeit der Tod nicht durch die Größe der Operation hervorgerufen worden, sondern durch unerwartete und unberechenbare Komplikationen bei den teilweise schon gealterten und sehr herabgekommenen Kranken. Von den 22 Patienten haben 18 in befriedigendem Zustande das Bett verlassen können. Noch weniger erfreulich sind die Resultate bei den Nachuntersuchungen. Es konnten nach Ablauf eines halben Jahres nur 3, nach 1 bis 2 Jahren nur 4 Patienten gefunden werden, die noch bei guter Gesundheit waren. Durch frühzeitige Erkennung und durch den raschen Entschluß zu aktivem Vorgehen wird es sich ermöglichen lassen, bessere Dauerresultate zu erzielen.

Ueber Thoraxsteckschüsse. Thoraxsteckschüsse können, auch wenn sie jahrelang reaktionslos eingeheilt waren, der tertiären Infektion anheimfallen, zu starken Blutungen oder Abszeßbildungen führen. Für diese Fälle ist die Indikation zur Entfernung des Steckgeschosses gegeben. Bei denjenigen Geschossen, die in der Brustwand stecken, kann die Entfernung auch dadurch notwendig werden, daß durch Druck auf Nerven Schmerzen entstehen oder Pleurareizungen ausgelöst werden. Bei den Lungensteckschüssen geben die Schmerzen keine Indikation zur Operation. Die Mortalität beträgt in der Münchener Klinik 7%. Geheilt wurden 93%. Ein Zusammenhang zwischen Lungenverletzung und Neigung zur Lungenerkrankung besteht nach den Erfahrungen der Münchener Klinik nicht. Kommt ein Patient mit einem Thoraxsteckschuß zur Begutachtung, so kann dieselbe nur bei längerer Beobachtungszeit ausgeführt werden. Ist ein Lungensteckschuß reaktionslos eingeheilt und liegen keine besonderen Erscheinungen, wie z. B. Bleivergiftung, vor, so ist die Erwerbsbeschränkung auf 15 bis 30% zu schätzen. Bei Blutung oder Abszeßbildung liegt gänzliche Erwerbsunfähigkeit vor. Nach erfolgreicher Operation soll wenigstens für die nächsten Jahre noch eine Erwerbsbeschränkung bis zu 30% anerkannt werden.

Die Behandlung der Lungenabszesse. Da es sich bei Patienten mit Lungenabszessen häufig um recht schwerkranke Menschen handelt, so muß man, falls es nicht durch interne Behandlung gelingt, die Kranken zu heilen, ein möglichst schonendes operatives Vorgehen zur Eröffnung der Lungenabszesse wählen. Das Hauptverfahren der chirurgischen Behandlung ist die Pneumotomie. Die Durchführung der Pneumotomie hängt von der Beschaffenheit der Pleura ab. Ist oberhalb des Abszesses die Pleura pulmonalis mit der Pleura costalis fest verklebt oder verwachsen, so kann in einer Sitzung nach Entfernung der Rippen über dem Abszesse die Abszeßhöhle mit dem Paquelin eröffnet werden. Bei freiem Pleuraspalt ist die Plombe das Verfahren der Wahl. Man erreicht zunächst dadurch die sichere Obliteration der Pleurablätter, die sonst, besonders bei zentralen oder hilusnahen Herden, ausbleibt. Ob nach Einlegen einer Plombe noch die operative Entleerung des Abszesses notwendig wird, hängt von dem weiteren Verhalten des Abszesses ab. Der Ausgang eines Lungenabszesses kann bei liegender Plombe ein dreifacher sein. Der Abszeß wird unter stetiger Abnahme des

Sputums durch die Plombe so weit komprimiert, daß es infolge der Einengung zur Ausheilung und Vernarbung kommen kann. Ein ebenfalls recht günstiger Ausgang ist die Spontanperforation des Abszesses in das Plombenbett, die die Entfernung der Plombe und die Drainage des Abszesses nach außen ermöglicht. Bei starrwandigen Höhlen kann die komprimierende Wirkung der Plombe nicht so zur Geltung kommen, der Abszeß muß alsdann nach einigen Wochen, wenn man mit einem sicheren Verkleben des Pleuraspaltes rechnen kann, mit dem Glühbrenner eröffnet werden. Seit dem Jahre 1920 wurden 80 Kranke operativ behandelt. Bis 1923 betrug die Sterblichkeit 59%, von 1924 bis 1927 sank sie auf 41,5%, um im letzten halben Jahr nur noch 30% zu betragen.

Parametritis und Nierenleiden. Unter Hinweis auf die größere Häufigkeit chirurgischer Nierenleiden beim weiblichen Geschlecht hebt der Verf. das in seinem ganzen Umfang wenig beachtete Krankheitsbild der durch Parametritis bedingten Nierenleiden hervor. Es beginnt — das ist das I. Stadium — als rein gynäkologische Affektion, ruft im II. früher oder später eine Ureterschädigung hervor, und diese führt, wenn nicht behoben, im III. Stadium zu einem Nierenleiden, das in diesem Endstadium den chirurgis hen Eingriff erfordert. Zunächst wird die normale Topographie der pelvinen Ureterstrecke und des Parametriums besprochen und nach Erwähnung der durch eine Harnleitersperre möglichen Nierenleiden die Pathologie der Ureter und Niere geschildert. Dann zeichnet der Verf. an einem übersichtlich geordneten Material von 9 Fällen das klinische Bild solcher Nierenerkrankungen, größtenteils Hydronephrosen und Pyonephrosen. Die operativen Erfolge waren zwar gute. Es wird aber gefordert, auf Grund rechtzeitiger Diagnose mit der dann wesentlich einfacheren Therapie der Ureterbougierung bereits im II. Stadium einzusetzen, d. h. so lange die Niere noch keine irreparable Schädigung erlitten hat.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 46. 12. November 1927.

Maligner Nierentumor (Osteo - Adeno - Papilloma destruens) und Schwangerschaft. Stoeckel.
Hydronephrose einer dystopen Verschmelzungsniere als Geburtshindernis. Idel.
Uretero-vesikaler Reflex nach Blasenverätzungen. Andler.
Schädigungen der Harnblase durch die Geburt usw. Ottow.
Blasen-Bauchdeckenfistel usw. infolge Röntgenverbrennung. Ottow.
Zangengeburt nach Goebell-Stockelscher Harninkontinenzoperation. Calmann.
Heilung der Harninkontinenz durch vag. Korpusamputation. Samuel.
Operative Behandlung von Schrumpfblasen- und Blasenmißbildungen. Naegeli.
Klistierspritzenansatz in der Harnblase. Johannsen.
Urinauffanggefäß für Säuglinge und Kleinkinder. f Haselhorst.

Nr. 47. 19. November 1927.

Grundumsatz und spezifisch-dynamische Nahrungswirkung in Bez. zur Ovarialfunktion. Hornung.
Zangengeburt im Röntgenbild. Lüttge.
* Entstehungsursache des Hautemphysems unter der Haut. Joseph und Rabau.
Kohlensäureeinblasungen und Lobelin-Injektionen nach Operationen. Hellendall.
Hernia uteri gravidi retroflexi usw. Fischer.
* Lebensbedrohliche intraperitoneale Myomblutungen. Alexander.

Zur Entstehungsursache des Hautemphysems unter der Geburt. Berichtet wird über einen typischen Fall von Hautemphysem sub partu bei einer Erstgebärenden mit rachitischer Beckenverengerung, der durch das heftige Mitpressen in der Austreibungsperiode hervorgerufen wurde. Das Emzhysem trat während der heftigen Preßwehen schon 10 Minuten vor dem Partus auf. Da sich in dem beschriebenen Fall keinerlei Anhaltspunkt für eine vorhergegangene Lungen- oder Pleura-Affektion ergab, so neigen die Verf. zu der Ansicht, daß das Hautemphysem durch Platzen eines oder mehrerer Lungenbläschen und Fortleitung der Luft auf dem Wege des Mediastinum anterior entstanden sei. Die auslösende Ursache ist die exspiratorische Druckerhöhung beim Mitpressen. Der mediastinale Verbreitungsweg des Emphysems ist röntgenologisch in einem Fall von Keuchhusten festgestellt, bei dem sich Luft im vorderen Mediastinum nachweisen ließ.

Ueber lebensbedrohliche intraperitoneale Myomblutungen. Daß plötzlich auftretende intraperitoneale Blutungen in erster Linie an das Vorliegen einer geplatzten Extrauteringravidität denken lassen, ist bekannt. Weit seltener ist die Ursache einer intraperitonealen Blutung ein Uterusmyom. Es kommen 2 Fälle von lebensbedrohlichen inneren Blutungen zur Besprechung, bei denen die Diagnose beide Male nicht gestellt werden konnte, da die alarmierenden Symptome denen der geplatzten Extrauteringravidität so ähnlich waren, daß ein sofortiger operativer Eingriff dringend indiziert war und also die Fehldiagnose ohne verhängnisvolle Nachteile für die gefährdeten Patientinnen blieb. In einem Fall war eine subperitoneal über ein fast kindskopfgroßes intramural entwickeltes Myom verlaufende Vene infolge einer lokalen Schädigung lädiert worden und hatte Veranlassung zu der intraperitonealen Blutung gegeben. Im zweiten Fall, der durch eine Schwangerschaft von wenigen Wochen konstiziert war, kam es infolge Stieldrehung zu einer Blutung, die sich durch die Tuben in die freie Bauchhöhle entleerte. Durch die Mitteilung der beiden Fälle wird erneut die Aufmerksamkeit auf diese wichtigen Myomkomplikationen gelenkt.

Schwab, Hamburg.

Archiv für Gynäkologie.

130., Heft 1, Oktober 1927.

* Ueber die Beeinflussung des Scheidenchemismus durch Geburt und Wochenbett. R. Kessler (Kiel).
Das Verhalten des Harnquotienten C:N in der Schwangerschaft, unter besonderer Berücksichtigung der N-Bilanz. A. Bock (Berlin).
Die Calciumresorption bei Schwangeren nach oraler Zufuhr. A. Bock (Berlin).
Ein Fall von multiplem Myom mit maligner Degeneration in einigen Knoten. K. Ulesco-Stroganowa (Leningrad).
* Ein Drüsenpolyp vom Bau der Dickdarmschleimhaut in der Fossa navicularis eines zwölfjährigen Mädchens. J. Schiffmann (Wien).
* Uterusschleimhauthyperplasie und Ovarialgeschwülste. A. Babes (Bukarest).
Haemangioma uteri. H. O. Neumann (Marburg a. d. L.).
* Beiträge zur Frage der ovariogenen Blutungen. A. v. Fekehe (Budapest).
Ueber ein Schwellungsphänomen des Uterus in vermutlichem Zusammenhang mit der Ovulation. R. Joachimovits (Wien).
Ergibt die Leukozytenschätzung aus dem Blutausstrich und dem dicken Tropfen brauchbare Ergebnisse für die Klinik? W. Haagen (Kottbus).
Ueber den Zeitpunkt von Wendung und Extraktion an Hand der klinisch-geburtshilflichen Materials von 20 Jahren. K. Lundwall (Graz).
* Klinisch-Statistisches zur Frage des Geburtstraumas. H. Günther (Gießen).
Heteroplasie der Tubenschleimhaut. W. Mestiz (Wien).

Die Beeinflussung des Scheidenchemismus durch Geburt und Wochenbett. Die Untersuchungen Verf's. ergeben, daß die Geburt für den Chemismus und damit auch für die Biologie der Scheide ein erhebliches Trauma darstellt. Mit dem Beginn der Wehen, also bei dem Schleim- und Blutabgang des Zeichnens, insbesondere dann nach dem Blasensprung, beginnt in der Scheide eine grundlegende Umstellung Platz zu greifen. Diese Umstellung erreicht kurz nach der Geburt durch den starken Abgang von Lochialsekret, d. h. Windsekret mit Leukozyten, Dezidualfetzen usw. — den Höhepunkt. Die Störung liegt also in erster Linie in dem Zufluß von oben, zweitens aber auch in der Gewebsschädigung der Scheide selbst durch den Durchtritt des Kindes. Bei dem nässigen Zufluß aus der Uteruswundhöhle muß die notwendige Folge eine starke Verdünnung des normalen Scheideninhalts sein, ferner aber auch bei der alkalischen Reaktion dieses Windsekrets eine mehr oder weniger weitgehende Neutralisation oder gar Alkalisierung. Es wird also der Nährboden für die Scheidenkeime grundlegend geändert. Die Keimauswahl, die durch Schaffung eines starken Säuremediums getroffen wird, ist verhindert. In einem schwach sauren oder gar alkalischen Nährmedium können eben wesentlich andere Keime gedeihen, als bei der normalen Scheidenreaktion. Die puerperale Scheide wird so lange zum Tummelplatz einer bunten Mischflora, als sie sich nicht zurückfindet zu normalen chemischen Verhältnissen. — Die Rückkehr zur Norm wird dadurch sehr erschwert, daß ein in den meisten Fällen auftretender post-partaler Zervikalkatarrrh auch nach Aufhören des Wundsekretabflusses keine genügende Säurebildung zuläßt. Dieser Zervikaltkatrrh hört, wie Verfassers Beobachtungen zeigen, nicht vor der 4. bis 5. Woche post partum auf; zu dieser Zeit und wenig später macht sich dann tatsächlich eine Besserung bemerkbar an den zunehmenden Zuckermengen und dem Säuregrad. Das Schicksal der Scheide entscheidet sich etwa in der 4. bis 6. Woche. Wird sie vor oder während dieser Zeit in ihrem physiologischen Ausheilungsprozeß aufgehalten, durch Geschlechtsverkehr insbesondere, so ist die Folge eine langdauernde Entzündung von Scheide und Zervix. Es muß also das o b e r s t e G e s e t z nach jeder überstandenen Geburt sein: unbedingte Fernhaltung exogener Schädigungen der Scheide (Spülungen, Koitus usw.) für mindestens 6 Wochen nach der Geburt. Nur dann hat man die Gewähr, bei ante partum normalen Scheidenverhältnissen zu dieser Zeit schon wieder normale Zustände anzutreffen. Diese Mindestzeit von 6 Wochen wird auch bei Vermeidung des vaginalen Geburtsweges, also bei der Schnittentbindung nicht wesentlich herabgesetzt, da sich auch hier der störende Einfluß der Lochien in einer völligen Umstellung der chemischen und biologischen Scheidenverhältnisse bemerkbar macht.

Beiträge zur Frage der ovariogenen Blutungen. An Hand eines großen Materials kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß ein Teil der starken oder unregelmäßigen Uterusblutungen durch lokale Prozesse am Uterus, ein andrer durch Störung höherer Organsysteme hervorgerufen wird; bei der restlichen Gruppe von Patientinnen findet man im Ovairum Veränderungen, die zur Störung des regelmäßigen Ganges der Hormonproduktion und -resorption geeignet sind und

auf diese Weise zu unregelmäßigen Blutungen führen. In Verbindung mit chronischen, entzündlichen Prozessen fand Verf. bei 57,1%, bei kleinzystischen Ovarien, Follikel- oder Corpus luteumcyste bei 55%, bei proliferierenden Tumoren bei 32,5% starke oder unregelmäßige Blutungen. Außerdem rufen noch die extrauterine Gravidität, das Haematona ovarii, das Ovarialkarzinom und die Adnextuberkulose einen ähnlichen Prozeß hervor. Zur Heilung des mit Blutung verbundenen Symptoms genügt die Abrasio gewöhnlich nicht, bei einzelnen Krankheitsprozessen ist sie sogar mit großer Gefahr verbunden. Wenn palliative Verfahren nicht zu einem Ergebnis geführt haben, besonders wenn nicht mit voller Sicherheit die extrauterine Gravidität ausgeschlossen werden kann, ein proliferierender Tumor oder starke Schmerzen vorhanden sind, kommt die Laparotomie in Frage. Bei zystischer Entartung des Ovariums muß man wenigstens das eine Ovarium zu erhalten trachten, die Implatation aus dem andern Ovarium vornehmen. Unter ungünstigen Umständen muß man sich wenigstens an die Implantation halten. Die Ovariumimplantation übt anscheinend auch auf die Tätigkeit des in situ belassenen Ovariums einen günstigen Einfluß aus. — In der Terminologie der unregelmäßigen Blutungen kann die „Metropathia haemorrhagica" nur als Uebergangsbenennung beibehalten werden, ein Teil der so bezeichneten Fälle ist rein funktioneller Natur (juvenile und klimakterische Blutungen), ein anderer Teil ist durch die pathologischen Veränderungen des Ovariums bedingt, die die Störungen der Hormonresorption hervorrufen (Entzündung, Degeneration, Tumor, Hämatom, Tuberkulose, extrauterine Gravidität), bei einem dritten Teil der Fälle bilden die Verdickung der Uteruswand und die Vergrößerung des Cavum uteri (Hypertrophia uteri) die Grundlage der unregelmäßigen Blutungen.

Klinisch-Statistisches zur Frage des „Geburtstraumas". Die einwandfreie Beurteilung der Frage, welcher Anteil dem Geburtstrauma an der Sterblichkeitsziffer des Neugeborenen zufällt, ist zur Zeit noch nicht möglich. Die an einem 8 Jahre umfassenden Material der Gießener Universitäts-Frauenklinik angestellten Erhebungen ergaben, daß allerhöchstens ⅙ der Gestorbenen überhaupt für eine Geburtstrauma als Todesursache in Frage kommt. Die Gegenüberstellung von „normaler Geburt" und „Geburtstrauma" in bisheriger Weise ist nicht berechtigt. Es wirken bei beiden Kräfte, die in der Anlage gleich sind, und die der Aufgabe dienen, die Geburt zu fördern. Eine „normale" Geburt ohne jede Gewebsschädigung gibt es nicht. Der Uebergang von „normaler" zu „traumatischer" Geburt muß daher fließend sein. Unter allen geborenen Kindern sind die Frühgeburten des 7. Fötalmonats am stärksten bedroht. Die Sterblichkeit ist bereits im 8. Monat erheblich geringer und nimmt weiterhin in Reihenfolge des 6., 11., 9. und 10. Monats ab. Die Gefährdung der Frühgeborenen findet im 7. Monat vorwiegend durch das Geburtstrauma, im 6. und 11. Monat vorwiegend durch andere Ursachen statt. Im 8., 9. und 10. Monat ist die Sterblichkeit durch Geburtstrauma und durch andere Ursachen annähernd gleich.

Die Kalziumresorption bei Schwangeren nach oraler Zufuhr. Experimentelle Untersuchungen an 9 Personen (3 Normalpersonen, 6 Schwangere) haben ergeben, daß nach oraler Zufuhr bestimmter Kalziummengen eine Aufnahme des Kalziums in die Blutbahn stattfindet. Diese Kalkaufnahme in die Blutbahn, die sich in den Schwankungen des Blutkalkspiegels ausdrückt, läßt sich nur dann erkennen, wenn der Kalkspiegel in periodisch kurzen Zeitabständen nach der Kalkzufuhr geprüft wird; denn nach peroraler Zufuhr kommt es nur zu einer zeitlich streng begrenzten vorübergehenden Kalzämie. Diese vorübergehende Kalzämie erreicht nach etwa ¾ Stunden ihr Maximum. Dann sinkt der Kalziumspiegel allmählich wieder zur Norm ab; die nach 12 Stunden regelmäßig erreicht ist, meist schon früher. Unterschiede im Resorptionsablauf bei Schwangeren und Nichtschwangeren haben sich nicht erkennen lassen; die bisherige Annahme einer vermehrten Kalziumresorption vom Darm her während der Schwangerschaft erscheint nach den vorliegenden Untersuchungen des Verfassers nicht mehr berechtigt. Der vermehrte Kalziumbedarf während der Schwangerschaft kann somit ausschließlich durch vermehrte Kalziumretension geregelt werden, was noch durch weitere Bilanzversuche geprüft werden soll.

Ein Drüsenpolyp vom Bau der Dickdarmschleimhaut in der Fossa navikularis eines zwölfjährigen Mädchens. Verfasser hat bei einem zwölfjährigen, noch nicht menstruierten Mädchen, in der Fossa navicularis einen kirschkerngroßen Polyp festgestellt, dessen dünner, 3 mm langer Stiel knapp kaudalwärts vom Ansatz des ringförmigen, wohlerhaltenen Hymens wurzelt, und dessen Oberfläche sammtartig rot ist. Der Polyp wird abgetragen. — Die Untersuchung ergab einen Polypen vom Bau der Dickdarmschleimhaut und R. Meyer, dem die Präparate zur Begutachtung vorgelegt wurden, gab sein Urteil über die Genese des Polypen dahin ab, daß es sich in diesem Falle wahrscheinlich um Persistenz eines Restes des Kloakenganges handle. Ein solcher Rest dicht an der Kommissur könne wachsen und sich polypös verstülpen.

Uterusschleimhauthyperplasie und Ovarialgeschwülste. Verf. fügt der sehr geringen Zahl von veröffentlichten Fällen, bei denen es sich um Ovarialgeschwülste mit einer gleichzeitigen Hyperplasie der Uterusschleimhaut handelt, einen weiteren, selbst beobachteten hinzu. Hier bestand ein Sarkom beider Ovarien, verbunden mit einer charakteristischen Uterusschleimhauthyperplasie. — Die Statistik der bisherigen Fälle zeigte, daß 3 Geschwulstarten mit einer Hyperplasie verbunden waren: Follikulome, Sarkome oder Fibrome und zwar alle Gruppen in etwa gleichem Verhältnis. — Verf. versucht eine Erklärung für das Erstehen einer Schleimhauthyperplasie in Fällen von Ovarialgeschwülsten zu geben. Dieselbe wird seiner Ansicht nach durch das im Ovarium im Ueberfluß befindliche follikuläre Material z. B. beim Follikulom verursacht, indem das Gewebe des Follikuloms, Sarkoms und des Fibroms eine mechanische Rolle ausübt, dadurch die Entwicklung der Follikeln und ihr Reifen hindert, die Bildung der follikulären Zysten begünstigt und die Corpus-luteum-Bildung stört.

Rudolf Katz, Berlin.

Dermatologische Wochenschrift.

85., Nr. 48, 26. November 1927.

Ueber Spätformen des Lichen ruber. In dem Verlaufe und den Erscheinungsformen des Lichen ruber drängen sich gewisse Vergleiche mit der Syphilis auf. Es kann die Krankheit mit einem solitären Primärherd beginnen, weiter disseminierte Exantheme und noch häufiger lokalisierte, gruppierte, auch annuläre Herde bilden, die in einem Zeitraume von 2—18 Jahren nach dem ersten Auftreten sich zeigen, und schließlich innerhalb von 10—40 Jahren nach dem Beginne der Krankheit girlandenförmige, gyrierte und serpiginöse Formen zeigen, die als Spätformen bezeichnet werden können. Aehnlichkeiten mit der Syphilis bietet auch das Befallenwerden der Schleimhäute, das epidemieartige Auftreten und die Reaktion auf ein spezifisches Mittel (Arsen). Schlüsse auf eine infektiöse Natur des Lichen ruber lassen sich indessen hieraus nicht ziehen.

Die Einspritzungen des Magisterium Bismuti als prophylaktische Konzeption. Wird Wismut in regelmäßigen Abständen eingespritzt, so steigt die aus den einzelnen Depots erfolgende Resorption allmählich an; da jedoch nach ungefähr 8 Wochen die Resorption aus dem ersten Depot beendet ist, bleibt von diesem Zeitpunkte an die Resorption ohne Rücksicht auf die zunehmende Zahl der Einverleibungen auf der gleichen Höhe. Es ergibt sich also die Möglichkeit, den Körper längere Zeit unter dem gleichbleibenden Einflusse der Wismuteinwirkung zu halten, wobei Schädigungen nicht beobachtet werden konnten. An bisher anscheinend noch nicht syphilitisch infizierten Prostituierten wurde nunmehr versucht, nachzuweisen, ob auf diese Weise der Organismus vor der drohenden Ansteckung bewahrt werden könne; dabei erkrankten in einem Zeitraume von 1½ Jahren von 60 prophylaktisch behandelten 2, von 50 nicht behandelten 20. Diese prophylaktische Behandlung mit Wismut ist auch der mit Salvarsan überlegen, weil dieses zu schnell aus dem Körper wieder ausgeschieden wird. Eine Schutzkraft kommt dem Wismut nur solange zu, als es angewendet wird, daher haben die Versuche nur eine theoretische Bedeutung.

Ueber das Verhalten des Blutzuckers bei Lues. Bei Lues II und III und Lues latens findet sich Hyperglykämie (zwischen 1,2‰ und 1,6‰), ohne Vorhandensein von Zucker im Urin, bisweilen auch Hypoglykämie (unter 0,65‰), die beide nach spezifischer Behandlung schwinden. Bei Individuen mit normaler Glykämie, Hyper- und Hypoglykämie und bei Diabetikern bewirkt intravenöse Darreichung von Neosalvarsan 0,45 einen Schock, der sich in wellenartigen glykämischen Schwankungen dokumentiert, die auf eine Reizung des vegetativen Nervensystems hinweisen. Die Leberinsuffizienz spielt beim Zustandekommen von Hyper- und Hypoglykämie im Verlaufe der Lues keine größere Rolle. Hyperglykämie ist als Ausdruck einer Reizung des sympathischen Nervensystems oder verminderter Erregbarkeit des Vagus aufzufassen, Hypoglykämie entsprechend der Hypoamphotonie des vegetativen Nervensystems.

85., Nr. 49, 3. Dezember 1927.

Ueber die Wirkung kleiner gehäufter Salvarsandosen (sogenannter Scholtzscher Schläge). Von Scholtz war angegeben worden, daß kleine, innerhalb 24 Stunden wiederholte Salvarsandosen von 0,075 zur Vernichtung der Spirochäten genügen, und daß damit eine keinesfalls größere, eher kleinere Dosis als bei Darreichung auf einmal zur Erreichung des gewünschten Zweckes verwendet wird. Die Nachuntersuchungen des Verf. können diese Anschauung nicht bestätigen, was z. T. auf verbesserte und intensivere Methode der Spirochätenuntersuchung zu beziehen ist. Die Behandlung mit Salvarsan in Refracta dosi ist abzulehnen, da sie die Ansteckungsfähigkeit in den meisten Fällen nicht beseitigt, während dies durch genügende Einzeldosis (bei 0,6 nur 4% Versager) erreicht wird.

Mit Inkretextrakten angestellte Ninhydrinreaktion (Lüttke-Mertz) bei einigen Dermatosen. Die mit zehnprozentigen Inkretextrakten angestellte Lüttke-Mertzsche Reaktion läßt auf Grund färberischer Abweichungen auf gewisse Dysfunktionen innersekretorischer Drüsen schließen. So fand sich Ausfall von Hypophyse, Thyreoidea, Thymus, Ovarium, Nebenniere, Hoden, Corpus luteum, einzeln oder in verschiedenen Kombinationen bei Psoriasis, Lichen ruber, Sklerodermie, Darier, Pityriasis rubra pilaris, Ichthyosis, Vitiligo, Albinismus partialis, Quinckeschem Oedem, Urtikaria.

Ernst Levin, Berlin.

Zahnärztliche Rundschau.

Nr. 46, 13. November 1927.

Einlagefüllungen. Ein Beitrag zur Amalgamfrage. Feiler.
* Ueber die akut entzündlichen Prozesse des Mundbodens (Schluß). Fritz Laband.
Zum Randschluß bei Jacketkronen. Theodor Russo.
Ein weiterer Beitrag zur Befestigung von Immediatprothesen. Richard Kleiner.
Paradentose und die Möglichkeit einer Therapie. Eine Anregung. Kurt Kapper.
Notwendige Forderungen für die Prüfung der Widerstandsfähigkeit und Formbeständigkeit plastischer Füllmaterialien, insbesondere der Amalgamfüllungen. Gustav Haber.
„Experimentelle Untersuchungen über die Behandlung der Pulpitis nach der Verkieselungsmethode von Schröder". Vorläufige Stellungnahme zu der Abhandlung von Dr. A. Marolt (Zürich). R. Rose.
Etwas zur Normung des zahnärztlichen Instrumentariums. Oehrlein.
Zahnarzt und Zähne in der schönen Literatur. IV. Granzow.

Ueber die akut entzündlichen Prozesse des Mundbodens. Die akut entzündlichen Prozesse des Mundbodens können von den verschiedensten Organen dieser Gegend ausgehen. In den weitaus meisten Fällen sind die Zähne die Ursache dafür. Sie können weiter verschieden große Ausdehnungen haben. Da sie, wie alle Abszesse, sich immer nach der Seite des geringsten Widerstandes entwickeln, ist ihr Weg, in bestimmten Variationen, vorgeschrieben. Er führt immer nach den interfaszialen Räumen. Welcher der anliegenden Räume ergriffen wird, hängt von der Stärke der dazwischenliegenden Faszie ab. Nach rein klinischen Gesichtspunkten kann man sondern: 1. die Prozesse, die auf ihren lokalen Herd beschränkt bleiben (52%); 2. die Prozesse, die neben den Lokalerscheinungen septische und metastatische Allgemeinerscheinungen hervorrufen (48%); 3. die Prozesse, die durch diese Allgemeinerscheinungen zum Tode führen (7%). Hat man die Aetiologie der Erkrankung erkannt, und ist man sich über die Ausbreitungsmöglichkeiten klar, so kann man sich, falls keine Fluktuation in der Submaxillargegend zu palpieren ist und keine Allgemeinerscheinungen nachweisbar sind, auf konservative Maßnahmen, wie Kataplasmen und Wärme, beschränken. Geht der Prozeß von einem Zahn aus und besteht nur mäßige Kieferklemme, so wird man zunächst den schuldigen Zahn, sei es in Lokalanästhesie, sei es im Rausch, entfernen, wobei man von Fall zu Fall entscheiden muß, welche Methode vorzuziehen ist. Keinesfalls soll man, falls eine starke Kieferklemme vorhanden ist, den Mund durch Sperren mit Gewalt öffnen, bevor man den vorhandenen Abszeß eröffnet hat. Dasselbe gilt für Prozesse, die von anderen Organen ausgehen. Auch hier soll man zunächst den akuten Herd angehen und dann erst, im subakuten Zustand, den ursächlichen Prozeß behandeln. Befindet sich der Patient schon im septichen Stadium, so richtet man seine Bemühungen darauf, die Sepsis mit den allgemein üblichen Maßnahmen zu bekämpfen und gleichzeitig den die Sepsis verursachenden Herd anzugehen, um nach Möglichkeit weitere Bakterienaussaaten zu verhindern. Dazu gehört Aufsuchung des Abszesses, oft auch Unterbindung der aus dieser Gegend abführenden Venen und, wenn es möglich ist, Beseitigung des ätiologischen Faktors. Im allgemeinen gehören diese Patienten auf jeden Fall in ein Krankenhaus.

Nr. 47, 20. November 1927.

* Die Frühdiagnose des Zungenkarzinoms und seine Behandlung — insbesondere Radiumbehandlung. Paul Lazarus.
Zur Kasuistik differentialdiagnostisch schwieriger Fälle von Munderkrankungen. Richard Spitzer.
Keramik in Amerika. Albert Rothschild.
Seltene Fälle von Dentinempfindlichkeit. Egon Düringer.
* Ein Fall von Trigeminusneuralgie, geheilt durch Atropingebrauch. N. Schroeter.
Bichlocoll. Untersuchungen und Ergebnisse. P. Krüger.
Erfahrungen mit Allional „Roche". J. Nachmias.
Zur Reform des zahnärztlichen Studiums. Bemerkungen zum Aufsatz Majuts in der Z. R. 1927, Nr. 44. B. Möhring.
Zur Frage der rechtlichen Grenzen der Tätigkeit Nichtapprobierter auf dem Gebiete der Mund- und Kieferkrankheiten. Erwin Goldmann.

Die Frühdiagnose des Zungenkarzinoms und seine Behandlung insbesondere Radiumbehandlung. Der häufigste Entwicklungsgang des Mundhöhlenkrebses führt von der Syphilis über den Tabakabusus zur Leukoplakie und von dieser über chronische Traumen zur Geschwürsbildung und zum Karzinom. Es ist zu fordern: Prophylaktische Assanierung der Mundhöhle bei allen Syphilitikern vor, während und nach allen Quecksilberkuren, bei Rauchern; sorgfältige Behandlung der Leukoplakien, Schonung des besonders gefährdeten Zungenepithels (Vermeidung von Diätschäden z. B. konzentrierter Alkohol, Säuren, zu heiße, scharf gewürzte Nahrung usw.). In den Frühstadien der Leukoplakie helfen alkalische Behandlung, bei den hypertrophischen Spätformen Elektrokaustik, insbesondere der Rhagaden und Geschwürchen, Skalpell-Dekortikation mit nachfolgender Thermokauterverschorfung, Radium-Mesothoriumbestrahlung oder Exzision. Das Zungenkarzinom beginnt in der Regel als Kankroid an der Zungenoberfläche. Frühzeitig zeichnete es sich durch seinen infiltrierten, wallartigen Rand, das nekrotische Geschwürszentrum, die Wachstumstendenz in die Zungentiefe, die ausstrahlenden Schmerzen, die Krebspfröpfe aus. Es blutet leicht und führt rasch zu einer Infektion der Lymphdrüsen. Im Gegensatz dazu sitzt das luetische Geschwür meist an der Spitze oder in der Mitte des Zungenrückens, hat einen scharfen, steilen, nicht indurierten Rand, ist speckig belegt, blutet nicht so leicht, wie das krebsig zerklüftete Geschwür und verschwindet rasch auf eine energische antiluetische Behandlung. Schwieriger zu diagnostizieren sind die prognostisch ungünstigeren intralingualen, infiltrierenden Karzinome, welche erst später durch die Schleimhaut durchbrechen und ulzerieren. Bei den seltener zur ersten Beobachtung kommenden noch operablen Fällen werden nur 10% dauernd geheilt. Das Röntgenverfahren hat gleichfalls versagt. Die Therapie der Wahl ist die Radiumbehandlung. Die Grundsätze der Radiumbehandlung sind: Assanierung der Mundhöhle, Ausschaltung lokaler Reizursachen, insbesondere schadhafter Zähne. Das ganze bedrohte Gebiet der Zunge, wie der zugehörigen Lymphdrüsenregion muß mit der zytoletalen Dosis belegt werden. Die Zerstörung soll lediglich den Krankheitsherd und die angrenzende Zone erfassen, während die natürlichen Abwehrbestrebungen des umgebenden Geschwulstbettes angeregt und der Organismus einer tonisierenden Behandlung unterzogen werden soll. Die Methodik der Radiumbehandlung besteht: 1. in einer intraoralen Kontaktbestrahlung, wobei die Strahlenträger an den Zähnen befestigt werden, 2. in einer intralingualen Einführung von Radiumnadeln oder -Röhren und 3. in einer extraoralen Methode durch Bestrahlung von der Haut aus. Für die Behandlung der Drüsen ist eine präoperative Bestrahlung zu empfehlen. Sie kann die inoperablen Drüsen operabel machen.

Ein Fall von Trigeminusneuralgie, geheilt durch Atropingebrauch. Ein fünf Monate bestehender Fall von reiner Trigeminusneuralgie wurde durch die interne Atropinkur nach Kulenkampff in drei Wochen geheilt. Nach Kulenkampff ist die Trigeminusneuralgie als vasomotorische Neurose aufzufassen, bei der durch Reizung übererregbarer Sympathikusfasern im Ganglion Gasseri Gefäßspasmen gelöst werden; die dadurch erzeugte plötzliche Abschneidung der Blutzufuhr wirkt dann auf die zum Ganglion gehörenden sensiblen Nerven als Schmerz erzeugender Reiz. Für frische Fälle empfiehlt Kulenkampff folgendes Rezept: Atropin. sulf. 0,01; Aqua dest. ad 10,0 S. dreimal täglich anfangend mit einem Tropfen und steigend bis zu 10 Tropfen. Um Ueberdosierungen zu vermeiden, soll erst nach drei bis vier Tagen die Tropfenzahl gesteigert werden.

Nr. 48, 27. November 1927.

Die Diagnose in der Zahnheilkunde. Richard Landsberger.
Keramik in Amerika (Schluß). Albert Rothschild.
Eine besondere Methode zur Herstellung einwandfrei mit dem Zahnfleisch abschließender Ring- oder Bandkronen. Richard Schönwald.
Das Amalgamproblem in der Vergangenheit und Gegenwart. Joachim Hochradel.
Die Auswertung der kinetischen Energie bei der Konstruktion von Zahnbohrern. Wilhelm Kampf.
Zur Carpule-Frage. Rudolf Dreher.
Ein Anschauungs- und Hilfsmittel bei Kronen- und Brückenarbeiten. Justin Westhoff.
Ein neues Instrument zum Arbeiten mit Separier- und Polierstreifen bei rückwärtigen Zähnen. H. Schöpfer.
Umsturz oder Entwicklung? O. Loos.

L. Gordon, Berlin.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 42, 20. Oktober 1927.

Zur Chirurgie des Liquorsystems. Denk.
Zur Klinik der Neubildungen in der hinteren Schädelgrube. Mensburger.
* Regeneration des Pankreas nach Röntgenbestrahlung. Rosenbaum.
In England entstandener und mittels der Impfbehandlung geheilter akuter knotiger Aussatz. Little und Hasson.
Die Erfahrungen der Klinik Eiselberg bei Tetanuserkrankungen. Hoche.
* Der selektive Kollaps des kranken Lungenteiles im Pneumothorax. Fleischner.
Ueber Inseln basophiler Grundsubstanz im wachsenden Knochen. Zawisch-Ossenitz.
Praktische Winke für die Auskultation der Lunge (Schluß). Winkler.
Zur Frage der Gasfüllung des Nierenbeckens (Pneumopyelographie). Burger und Fuchs.
Ueber die Anwendung des Kohlensäureschnees in der Kosmetik. Kren.
Wie behandelt man Kopfschmerzen? Schüller.

Regeneration des Pankreas nach Röntgenbestrahlung. Nach Röntgenbestrahlung des Pankreas kommt es zu einer starken Regeneration der Inseln, die zahlreiche Mitosen zeigen und gegen die normalen Inseln vergrößert sind. Diese experimentellen Ergebnisse könnten zur Erklärung der günstigen Erfolge von Bestrahlung des Pankreas bei Diabetikern herangezogen werden.

Der selektive Kollaps des kranken Lungenteiles im Pneumothorax. Beim Pneumothorax kommt es zu einem stärkeren Kollaps des erkrankten Lappens gegenüber den gesunden Lappen. Dies erklärt sich daraus, daß letztere an der Atmung teilnehmen, während im infiltrierten Gebiet die Luftreste resorbiert werden, ohne daß neue Luft nachströmt. Dieses Verhalten ist nicht so wichtig zur Vermeidung der Kollapsinduration der gesunden Teile, weil diese sich auch nach völliger Kompression wieder entfalten, als zur Hintanhaltung der Dehnung der erkrankten Partien bei Druckschwankungen im Verlaufe der Behandlung.

Nr. 43, 23. Oktober 1927.

* Beitrag zur Pathologie und Therapie der Nierentuberkulose. Löwenstein.
Zur Klinik und Behandlung der perniziösen und der schweren sekundären Anämie. Pal.
Pyelographie. Fritz und Merio.
Blutveränderungen bei der Wismut-Behandlung der Syphilis. Ein Beitrag zum Vorkommen der basophil-punktierten Erythrozyten. Herz.
Zur Behandlung des Kardiospasmus mit der Diathermiesonde. Brünner-Ornstein.
Ueber die Wirksamkeit des Antivirus (Besredka) im Tierkörper. Brumlik.
Ueber Hypertonie. Maliwa.
Zur Chirurgie des Liquorsystems (Schluß). Denk.
Ueber Malariakulturen. Pewny.
Vorschläge zur Epileptikerfürsorge in Oesterreich. Redlich.
Die Erfolge der Röntgenbehandlung bei den Erkrankungen der Drüsen und Knochen des Kindesalters. Freund.
Neuere Anschauungen über die Erkrankungen der Brustdrüsen. Moszkowicz.

Beitrag zur Pathologie und Therapie der Nierentuberkulose. Die Tuberkulose der Niere setzt ein Zirkulieren von Bazillen im Blute voraus. Diese Bazillämie kann ohne deutliche klinische Symptome bestehen. Wichtige Symptome sind das Auftreten von Tuberkuliden der Haut, Chorioiditiden und das Vorhandensein von Tuberkelbazillen im Harn, die manchmal ohne gleichzeitiges pathologisches Sediment ausgeschieden werden und deren Nachweis durch Züchtung und Tierversuch gelingt. Zur Züchtungsmethode braucht man keinen sterilen Harn; wichtig ist das Vorhandensein von möglichst viel Sediment als Ausgangsmaterial. Das ganze Sediment wird durch Zentrifugieren auf 5 ccm konzentriert, dazu kommen 10 ccm einer 15prozentigen Schwefelsäure. Dann wird durchgeschüttelt, nach 15 Minuten zentrifugiert und das Sediment mit sterilem Wasser ausgewaschen. Das Sediment wird auf eine alkalische Glyzerinkartoffel oder einen Glyzerin-Eiernährboden aufgetragen, das Röhrchen versiegelt. Manchmal treten Kolonien nach 8 Tagen, manchmal erst nach 5 Wochen auf. Für eine Bazillämie sprechen außer den erwähnten Symptomen das Auftreten chirurgischer Tuberkulose und langdauernde Fieberzustände, die den Eindruck einer milde verlaufenden Sepsis machen und durch Antipyretika nicht beeinflußt werden können. Bei einseitiger Nierentuberkulose ist die Exstirpation des erkrankten Organs die erfolgreichste Therapie, bei beiderseitiger Erkrankung wirkt die Erzeugung spezifischer kalter Abszesse durch Injektion abgetöteter Bazillen, die aus dem Harn des Patienten gezüchtet wurden, oft sehr günstig. Die nach der Injektion entstehenden Abszesse bleiben lange geschlossen, brechen später aber doch auf und heilen mit typischer blaßblauer Narbe aus. Der Vorgang der Ausheilung soll sich ungefähr zwanzigmal wiederholen, um den Organismus zur Ausheilung des Nierenprozesses anzuregen.

Biberfeld.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

Nr. 47, 19. November 1927.

* Erfahrungen mit vorwiegend chirurgisch orientierter Radiumbehandlung. Hermann Matti.
* Ueber die Anwendung von Blutegeln in der Behandlung von Phlebitiden. Albert Hamm und Alfred Schwartz.

Erafhrungen mit vorwiegend chirurgisch orientierter Radiumbehandlung. Grundsätzlich stellt sich die ganze Frage der Radikalheilung maligner Geschwülste für die Radiumtherapie wie für das reinchirurgische Vorgehen: sie ist eine Frage der Metastasierung. Für umschriebene regionäre Lymphdrüsenmetastasen ist die operative Entfernung, kombiniert mit interstitieller oder oberflächlicher Radiumanwendung heut das Verfahren der Wahl, wobei allerdings der Erfolg von zeitigem Eingreifen abhängt. Ohne Zweifel können durch Spickung aller verdächtigen Punkte und Blockierung der Lymphwege die Dauererfolge sekundärer Drüsenoperationen bedeutsam verbessert werden. In den Fehler allzu ausgedehnter, verstümmelnder Eingriffe sollte man allerdings bei diesen operativen Drüsenausräumungen nicht zurückverfallen. Weit vorgeschrittene, praktisch inoperable Drüsenrezidive sind, wenn überhaupt noch etwas geschehen soll, der Oberflächenbestrahlung zu reservieren. Ob die Distanzbestrahlung mit massiven Radiumdosen die Dauerresultate mit der Zeit heben wird, bleibt abzuwarten; einstweilen hat die Radiumbehandlung hier noch keine Erfolge zu verzeichnen. Die Kombination selbständiger chirurgischer Eingriffe mit Radiumapplikation ist der rein operativen Behandlung in vielen Fällen überlegen. Das erfordert ein intensives Zusammenarbeiten zwischen Chirurgen und Radiologen. Ein Hauptgewinn, den uns die Radiumbehandlung gebracht hat, ist die Ausschaltung verstümmelnder operativer Eingriffe, besonders im Bereich von Mundhöhle und Pharyen.

Ueber die Anwendung von Blutegeln bei der Behandlung von Venenentzündungen. Die Abortiobehandlung postoperativer und puerperaler oberflächlicher Venenentzündungen durch frühzeitiges Aufstehen erfeut sich heut vielseitiger Anerkennung. Bei den tiefsitzenden puerperalen Phlebitiden — und zwar sowohl bei den infektiösen wie bei der Phlegmasia alber dolens — ist die durch Blutegel erzielte Besserung unbestreitbar. Das Risiko der Embolie ist bei den postoperativen Phlebitiden kaum zu fürchten, es erhöht sich ein wenig bei den puerperalen. Die gute Wirkung des Blutegelsetzens erklärt sich nicht allein durch die gesinnungshemmende Wirkung des Hirudins, die dazu berufen ist, das Gleichgewicht zwischen Thrombin und Antithrombin wieder herzustellen, das durch Operation oder Wochenbett durchbrochen worden ist; augenscheinlich spielt die antifektiöse Wirkung des Hirudins, seine antispasmadische Kraft und die lymphagogen Eigenschaften eine erhebliche Rolle. Dieses Zusammentreffen wirksamer Faktoren regt dazu an, diese Behandlung auch auf andere Formen von Venenentzündung auszudehnen. Die moderne Klinik hat die Pflicht, experimentell den besten Anwendungsmodus der Blutegel zu präzisieren (in bezug auf Quantität, Periodizität, Begrenzung der Behandlung), uns über das Auftreten des Antihirudins beim Menschen zu unterrichten und muß mit den Bedingungen einer eventuell auftretenden Anaphylaxie bekannt zu machen.

Nr. 48.

Diagnose und Therapie der Konjunktivitis und Keratitis. Paul Knapp.
Synthalin. H. Staub.
Behandlung der subkutanen Unterschenkelbrüche. C. Kaufmann.
Encephalitis toxica. P. Wolfer.
Rhinosklerom in Graubünden. Chr. Schmidt.
Tetanus. E. Kummer.
Digitale Erweiterung des Muttermundes während der Entbindung. G. Bernhard.
Sokodu. H. Mooser.

Held.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

Nr. 18, II. 1927.

* Die Epidemiologie der postvakzinalen Enzephalitis in Niederland. J. Th. Terburgh.
* Kuhpockenimpfung und Encephalitis postvaccinalis. H. Aldershoff.
Die Heine-Medinsche Krankheit oder Kinderlähmung. E. Gorter.
Ein Fall von Haemangioma planum extensum. C. Postma.
Endometriosis recti. P. R. Michael.

Epidemiologie der postvakzinalen Enzephalitis. Die Enzephalitis nach Kuhpockenimpfung ist in Niederland bei viel mehr Fällen aufgetreten als in anderen Ländern Leider ist es bisher nicht möglich gewesen, über das Wesen der Krankheit etwas genaueres zu eruieren. Die Verbreitung und Verteilung der Krankheit

ist von dem Verfasser genau studiert worden, weil er der Ansicht ist, daß derartige Erhebungen vielleicht einmal dazu beitragen können, das Dunkel zu klären. Es liegt zuerst nahe, dem Pockenvirus, das durch die Impfung in den Körper gebracht wird, die Schuld an den Krankheitserscheinungen zu geben, jedoch muß man sich dann sofort weiter fragen, warum denn die Jennerimpfung bisher in vielen Millionen Fällen und solange Jahre hindurch niemals Enzephalitis verursacht hat. Sollte womöglich die Encephalitis vaccinalis doch schon früher, wenn auch selten vorgekommen sein und man hat sie nicht erkannt? Die neuesten epidemiologischen Tatsachen weisen nach Meinung Terburghs nicht auf eine direkte Beziehung zwischen Impfung und Enzephalitis. Einen absoluten Beweis für seine Behauptungen vermag er aber nicht zu bringen.

Kuhpockenimpfung und Encephalitis vaccinalis. Polemik gegen Gorter und Nederveen. Verteidigung der Hypothese: die Encephalitis postvaccinalis ist eine Affektion des Zentralnervensystems, verursacht durch ein bisher unbekanntes Virus, das zeitlich und örtlich in verschiedenem Maße vorkommt und insbesondere Krankheitserscheinungen bei Personen erzeugt, deren Widerstand durch eine vorangehende Impfung vermindert ist.

Nr. 19.

* Indikationen für die Synthalinbehandlung auf Grund klinischer Erfahrungen. A. H. A. Martens, Cornelie H. Koers, C. de Jong.
Randbemerkungen zu dem Artikel „Kuhpockenimpfung" von Gorter und Nederveen. D. H. Koetser.
Ueber Giemsafärbung von Blutpräparaten. J. Coenaes.
* Ueber die Schnelligkeit edr Blutbildung mit verschiedenen Diäten bei schweren Anämien. C. Elders.

Indikationen für Synthalinbehandlung auf Grund klinischer Erfahrungen. Die Autoren haben an der Klinik zu Middelburg elf Diabetiker mit Synthalin behandelt, in jedem Falle die Mac Leansche Zuckerprobe gemacht, die Duodenalflüssigkeit untersucht, um das Bilirubin quantitativ zu bestimmen und sich eine Vorstellung von der Leberfunktion zu machen, und den Urin auf Hrobilin und Urobilinogen untersucht, um zu sehen, ob die Leberzelle beschädigt war. Die Schlußfolgerungen aus diesen Untersuchungen lauten folgendermaßen:

1. Synthalin setzt den Blutzucker und Urinzucker herab.
2. 1 mgr Synthalin konnte 0,5—3,4 g Glykose verbrennen, daher stimmt die Gleichung von Frank: 1 mgr Synthalin gleich 1 E Insulin nicht immer.
3. Synthalin ist nicht nur bei leichten und mittelschweren Fällen, sondern auch bei Azidosis nützlich, sei es nach vorausgeschickter Insulinbehandlung, sei es kombiniert mit dieser. Bei zwei Kranken gab das Synthalin sogar schönere Resultate, als Insulin.
4. Es dringend wünschenswert, daß in jedem Falle vor der Synthalinbehandlung die Leberfunktion untersucht wird. Hierbei muß der Bilirubingehalt des Duodenalsafts, der ein Urteil über die sekretorische Leberfunktion zuläßt, als wertvoller gelten, als die Mac Leansche Blutzuckerkurve, die einen Rückschluß auf die Speicherungsfunktion zuläßt. Hohe Bilirubinziffern geben eine gute Prognose für die Synthalintherapie, ungünstige Zuckerkurven geben manchmal doch noch gute Resultate. Die Mac Leansche Ansicht, daß die Muskulatur bei Glykose und Glykometastase eine untergeordnete Rolle spiele, erscheint nicht völlig richtig.
5. Urobilin- oder Urobilinogenerhöhung zeigten die Synthalinpatienten fast nie, auch dann nicht, wenn sich etwa Nebenwirkungen bemerkbar machten, sie ist also keine Kontraindikation für Synthalin.
6. Oft kommt es zur Abmagerung nach Synthalin.
7. Nebenwirkungen sind vorübergehender Art und von kurzer Dauer, sie verlangen keinen Abbruch der Behandlung, Fraktionieren der Dosis genügt.
8. Jedes Cholagogum wirkt günstig zur Bekämpfung der Nebenwirkungen.
9. Gute Magenfunktion ist keine Vorbedingung für Synthalinwirkung.
10. Manchmal erhält die Zuckerkurve nach Synthalin einen günstigeren Verlauf, dies würde nach Mac Lean auf eine Besserung der Speicherungsfähigkeit der Leber hinweisen.
11. Die engen Beziehungen zwischen Leberfunktion und Synthalinwirkung machen ausführlichere Leberfunktionsuntersuchungen nötig.
12. Die Diabetestherapie mit Synthalin ist eine individuelle Methode, mehr noch als die mit Insulin.

Ueber die Schnelligkeit der Blutbildung mit verschiedenen Diäten bei schweren Anämieen. Elders hat schon in dem Jahre 1918 in einer Broschüre: Ueber die Behandlung und die Ursachen von indischem Sprue und den damit wahrscheinlich ätiologisch verwandten Symptomkomplexen dargelegt, daß perniziöse Anämie und diese in Indien vorkommenden, mit Stomatitis aphthosa einhergehenden Blutkrankheit mit einander nahe verwandt sind und beide durch Diät gebessert werden können. Er veröffentlicht jetzt zwei Hämoglobinkurven von Murphy und Mitarbeitern einerseits, und von ihm selbst andererseits. Die amerikanischen Untersucher behandelten die perniziöse Anämie mit Leberdiät und Fleisch, Elders mit Fleisch, bzw. Fleisch, Eiern und Leber. Vergleicht man diese Kurven miteinander, so haben sie einen sehr ähnlichen Verlauf, alle zeigen rasche Steigerung des Hämoglobingehalts in vier bis fünf Monaten. Elders ist der Meinung, daß 250 g gekochte Leber in der Diät von Kranken mit Anämieformen, die früher als unheilbar galten, in bezug auf die Blutbildung nicht bessere Resultate ergibt als eine gut durchgeführte Beafsteakkur, deren Wirkung er bei manchen Patienten Jahre hindurch verfolgt hat. Zweifellos ist die Leberdiät ein Gewinn für die Therapie und man kann die Diät für die Patienten vielleicht doch abwechselnder gestalten, indem man Leber- und Fleischdiät kombiniert. Elders fand jedenfalls, daß seine Patienten mit Appetit monatelang Beafsteak aßen; auch die Leberdiät muß Monate hindurch fortgesetzt werden, wenn man bleibende Resultate erzielen will. Da es sich herausgestellt hat, daß mit ungefähr derselben Diät perniziöse Anämie und indischer Sprue in der gleichen Zeit im gleichen Grade gebessert werden können, ist die Vermutung, daß die beiden Krankheiten miteinander identisch sind, wieder wahrscheinlicher geworden. Die Einteilung von Krankheiten nach ätiologischen Gesichtspunkten ist die einzig richtige. Es ist wahrscheinlich, daß die wirksamen Bestandteile bei Leber und Fleisch bei perniziöser Anämie und Sprue dieselben sind. Elders gibt auch noch die Kurven anderer holländischer und französischer Untersucher. (Bekanntlich haben die guten Erfolge der Leberdiät Schottmüller dazu veranlaßt, bei der Fabrik Promonta ein Präparat herstellen zu lassen, das Leber in pulverförmiger Substanz enthält. Von diesem Hepatopson genannten Pulver entsprechen 100 g einer Menge frischer Leber von 500 g. Das Pulver wird mit Apfelmus, oder anderen Korrigenzien zusammen genommen. In Amerika gibt es jetzt sogar einen Leberkocktail. Ref.)

Kurt Heymann, Berlin.

Hospitalstidende.

Nr. 37, 15. September.

Einige Untersuchungen über das Krankheitsverhalten mit besonderen Hinblick auf die Tuberkulose und einige Bemerkungen in betreff des Upernivik-Distriktes (Nordgrönland). Kai Hrolo.
* Ein Fall von perniziöser Anämie im Kindesalter mit eigentümlichem Verlauf. Tage Christiansen.

Perniziöse Anämie im Kindesalter. Bei einem 14jährigen Knaben wurde seit 7 Jahren bis zum Tode das Bild der Biermerschen Anämie beobachtet. In diesen 7 Jahren traten drei starke Rezidive und zwei kombiniert mit hämorrhagischer Diathese auf. Der Verlauf war ein stetiger unter Remissionen und Exazerbationen. Ikterus fehlte. Das Blutbild glich dem der Biermerschen Anämie. Die Salzsäuresekretion des Magens war hier erhalten.

Nr. 38, 22. September.

Behandlung der Hautkrankheiten mit α- und β-Strahlen. Sv. Lomholt und J. C. Jacobsen.
Ueber den Nachweis von Tuberkelbazillen nach intrakutaner Einimpfung bei Meerschweinchen. Hans Kjaergaard und Knud Winge.
Baashup-Johnsens Röntgendosimeter. H. M. Hansen.

Nr. 39, 29. September.

* Meine Erfahrungen über Leukämie. S. T. Sörensen.
Myopie und Koreaflecke. Ejler Holm.
Ein Fall von spontaner Desinvagination. Kristian Overgaard.

Erfahrungen über Leukämie. Sechs Fälle von Leukämie werden eingehend beschrieben. Die Zahl der roten Blutkörperchen betrug einmal weniger als ½ Mill. pro cmm, dreimal 2 bis 2,9 Mill. pro cmm. Entsprechend der geringen Zahl der Erythrozyten traten schwach anämische Symptome, so parenchymatöse Degeneration verschiedener Organe (auch Nephritis), Blutungen und tödlicher Ausgang ein, sobald die Zahl der roten Blutkörperchen unter ½ Mill. gesunken war. Dyspnoe infolge der leukämischen Drüsenschwellung an der Bifurkation war in einem Falle auffallend. Entzündliche Erscheinungen am Peritoneum, Pleura, Perikard kamen ebenfalls vor, auch kapillare Blutungen, Stomatitis gangraenosa, hämorrhagischer Hydrothorax. Ein bestimmtes Virus war nicht festzustellen, wohl aber eigenartige Bazillen.

Nr. 40, 6. September 1927.

* Ueber sarkomähnliche Geschwülste im Magen. Frans Djörup und Harald Okkels.

Sarkomähnliche Magengeschwülste. Die Verff. weisen hier auf das Vorkommen eigenartiger, sarkomähnlicher Magengeschwülste hin, die mit Dyspepsie und okkulten Blutungen und sehr protrahiertem Verlauf einhergehen, teils als Ventrikelsarkome, teils als

Fibrome beschrieben sind. Dieselben schwächten den Kranken sehr, geben bei der Röntgen-Untersuchung einen unförmigen Schatten und zeigen bei der Entfernung einen runden, oft breitstieligen Tumor mit Ulzerationen an der Oberfläche. Die operative Entfernung führt zu schneller, dauernder Heilung. S. Kalischer.

Medycyna doswiadczalna i spoleczna.

7., Heft 5/6, Warzawa 1927.

Physiologie und Pharmakologie der angeschnittenen Iris. Emil Leyko.
Ueber die sog. Pechkarzinoide beim Kaninchen. J. Laskowski.
* Untersuchungen über die Titration der Antimeningitisseren. A. Biernacki.
Das Meerschweinchenserum beim experimentellen Skorbut. M. Hryniewicz und A. Lawrynowicz.
* Die Sensibilisierung auf Ipecacuanha. P. Baumritter.
Tuberkuloseuntersuchungen in der Staatsanstalt für Geistes- und Nervenkranke in Kobierzyn (bei Kraków). W. Terajáwicz.
Der gegenwärtige Stand der Wissenschaft über Lyssa und die Heil- und Schutzimpfungen. Zenon Karlowski.

Untersuchungen über die Titration der Antimeningitisseren. Die Titration der Seren mittels der Flockungsreaktion mit Alkoholextrakten aus Meningokokken gibt gute Resultate nur mit Benzoësantigen, wogegen die Extrakte ohne Lipoidzusatz und mit Cholesterin viel schlechtere Ergebnisse bieten. Der Flockungstiter entspricht nicht dem Agglutinations- bzw. Komplementablenkungstiter, welch letztere Reaktionen mit einer Bakterienemulsion und Alkoholextrakten angestellt wurden. Durch die Absorptionsmethode kann man die flockenden Antikörper von den Agglutininen absondern. Die Flockungsreaktion ist für die Meningokokkenbakterien, aber nicht für die einzelnen Gruppen spezifisch.

Die Sensibilisierung auf Ipecacuanha. 10 für Ipecacuanha nicht sensiblen Kindern wurde dieses Mittel in Form einer Abkochung (1 : 100) gemischt mit Schweineserum ana 0,1 5 bis 8 Tage lang intrakutan injiziert, wonach eine deutliche Sensibilisierung für Ipecacuanha entstand, die durch Injektion des Mittels allein, weder des Schweineserums allein nicht erzeugt werden konnte. Die hervorgerufene Sensibilisierung wurde nur auf die Haut begrenzt, denn die Kinder reagierten nicht bei Einatmung des Mittels.

Cierzynski, Warszawa.

Pediatria Polska.

7., Heft 4, Juli/August 1927.

* Ergebnisse der Scharlachbehandlung mit spezifischem Serum. Dabrowski und Sobocińska (Warszawa).
Ueber die Scharlachprophylaxe. M. Michalowicz (Warszawa).
Beitrag zur Prognose und Therapie schwerer Herzkomplikationen im Verlauf der Chorea minor. J. Wiszniewski (Warszawa).
Beitrag zur Tetanustherapie bei Kindern. E. Ziegler (Lódź).
* Immunisierung gegen Scharlach mit Anatoxin. J. Celarek und H. Sparrow (Warszawa).
Halbseitenlähmung und Lues beim Kinde. W. Mikulowski (Warszawa).

Ergebnisse der Scharlachbehandlung mit spezifischem Serum. Im Herbst 1926 wurden von 523 Scharlachkranken 116 mit spezifischem Serum behandelt. Die mit Serum behandelten Schwerkranken wiesen eine um die Hälfte kleinere Sterblichkeitsprozentzahl auf als die ohne Serum behandelten Schwerkranken. Der Einfluß des Serums auf die Allgemeinintoxikation war positiv. Man beobachtete aber keinen deutlichen Einfluß auf die Temperaturerniedrigung, noch auf das Auftreten von Komplikationen.

Immunisierung gegen Scharlach mit Anatoxin. Um die bisherige Scharlachimmunisierung kürzer zu gestalten, bereitete Dr. Porelski durch Zusatz von 0,5 Formalin zum vielwertigen Scharlachtoxin und sechswöchiges Stehenlassen im Brutschrank ein Anatoxien, welches die Verfasser 201 Kindern in Mengen von 1 und 2 ccm in Abständen von 7 bis 14 Tagen injizierten. (Ein Kubikzentimeter dieses Anatoxins enthält 20 000 Hautimmunisierungseinheiten.) Nach den bisherigen noch nicht vollständigen Beobachtungen vermuten die Verfasser, daß das einmalige Einverleiben von großen und dabei unschädlichen Antigendosen die Immunisierung nicht nur früher eintreten, sondern auch mehr dauernd bleiben wird.

Cierzynski, Warszawa.

Russkaia Klinika, Moskau.

7., Nr. 36, 1927.

Zur Geschichte der Chirurgie und der medizinischen Bildung in Rußland vor Peter dem Großen. W. N. Ternowsky (Kasan).
* Die Rolle der Intuition in der heutigen Chirurgie und Endokrinologie. W. Oppel (Leningrad).
Die Rolle des Laboratoriums in der Chirurgie. M. A. Egorov (Moskau).
* Ueber den Basedowtod. Olga Bokastoff (Moskau).
* Ueber somatische Zyklothymie. D. Pletnev (Moskau).
* Ueber neuromuskuläre Ueberarbeitung. Par. W. C. Choroschko (Moskau).
* Zur Frage der Selbstheilung maligner Neubildungen. A. D. Prokin (Moskau).
Zur Frage über die Registrierung der Dauerresultate nach Behandlung maligner Geschwülste. A. Zabludowsky (Moskau).
Der Zungenkrebs nach dem Material der Fakultätsklinik der 1. Moskauer Staatsuniversität. G. E. Steblin-Kaminsky (Moskau).
* Die chirurgische Behandlung des postenzephalitischen Parkinsonismus. W. Rosanoff und S. Tschugunoff (Moskau).
* Ueber die chirurgische Behandlung der Angina pectoris. W. Dobrotworski (Leningrad).
Zur Röntgendiagnostik der abgekapselten Pleuraergüsse. N. M. Kudriavzewa (Moskau).
Zur Frage der Spätresultate nach operierter postoperativer Brüche. W. R. Chesin (Moskau).
Ein möglicher Grund von Rezidiven nach Leistenbruchoperationen. P. P. Sitkowsky (Taschkent).
* Ein operativ behandelter Fall von inkarzerierter Diaphragmahernie. E. Hesse (Leningrad).
Zur Frage der Peritonitis chronica incapsulata (Polyserositis, Zuckergußdarm). N. Blumenthal (Moskau).
Zur Kasuistik nichtkarzinomatöser Geschwülste des Magens. J. W. Silberberg (Odessa).
* Beobachtungen über das Ulcus pepticum postoperativum. W. L. Pokotilo (Odessa).
Ueber die Verengerung der gastroenterostomischen Oeffnung. E. Molodaya (Moskau).
* Zur Lehre von den Blutungen aus dem Magendarmtraktus bei Operationen außerhalb des Magens. I. G. Rufanov (Moskau).
Darmverschluß durch Gallensteine. Dr. M. Kontchalovsky.
Operationen wegen Gallensteinrezidiven. N. Terebinsky (Moskau).
* Zur Pathogenese cholämischer Blutungen. I. I. Grekov (Moskau).
Ueber einige Streitpunkte in der Appendizitisfrage. A. J. Abrikossoff (Moskau).
Zur Frage der Aneurysen der Aorta abdominalis. W. A. Schaack (Leningrad).
* Veränderungen in den Nebennieren nach Kastration. J. Zchwetadse (Moskau).
* Zur Frage über die Geschwülste der Nebennieren. N. L. Gladirevsky (Moskau).
Operationen bei niedrig sitzenden Ureterensteinen. S. P. Fedoroff (Leningrad).
Die Gefahren der Urinleiterverlegung in den Darm. A. Smitten (Rjasan).
Diagnose und Resultate der gonorrhoischen Samenblasenentzündung. R. Fronstein (Moskau).
* Periorchitis prolifera cum corpore libero. E. Waschkewitsch (Moskau)
Ueber eine plastische Methode zur operativen Behandlung nicht heilender subkapitaler Oberschenkelhalsfrakturen. W. Braizef (Moskau).
Ein Apparat zur dauernden Tropfinfusion. W. Tokarev (Moskau).

Rolle der Intuition in der Chirurgie. Auf Grund seiner persönlichen Erfahrungen (besonders auf dem Gebiete der gangränösen Spontanea und Erkrankungen der endokrinen Drüsen) kommt Verf. zu dem Schlusse, daß die Intuition der Chirurgie und der Endokrinologie eine bedeutende Rolle spielt. Viele Theorien, die jetzt allgemeine Anerkennung gefunden haben, seien ursprünglich als Phantasien entstanden.

Ueber den Basedowtod. 5 Todesfälle nach Basedowoperationen. Todesursachen: 1 Fall von Pneumonie, 2 Fälle akuter Hyperthyreoidismus, 2 Fälle von Status thymico-lymphaticus. Verfasser sieht die eigentliche Ursache des Todes in Störungen der Hormonalfunktionen.

Ueber somatische Zyklothymie. Außer der Zyklothymie, deren Charakteristikum im Wechsel des Seelenlebens besteht — Cyclothymia psychica gibt es pathologische Zustände, deren Charakteristikum in Schwankungen des somatischen Zustandes besteht — Cyclothymia somatica. Im allgemeinen werden die physischen Symptome bei der Zyklothymie von psychischen Symptomen begleitet. Die physischen Symptome gehören gleich wie die psycho-pathologischen zu den Haupterscheinungen der Erkrankung. In einem Teile der Fälle gehen die physischen Symptome den psychischen parallel, in anderen verlaufen beide Arten der Symptome dissoziiert. In einem Teile der Fälle stehen physische, in anderen — psychische Symptome im Vordergrunde. Die Ursache der physischen Symptome liegt in Veränderungen der harmonischen Funktion des neuro-endokrinen Apparates. Es ist wahrscheinlich, daß den psychischen Symptomen der Zyklothymie ebenfalls Veränderungen des neuroendokrinen Apparates zugrunde liegen.

Zur Frage der Selbstheilung maligner Neubildungen. Auf Grund eigener Beobachtungen (1 Oberschenkelsarkom und 1 Karzinom des rechten Ovariums) und ausführlicher Literaturbesprechung (Casper, Streit, Trinkler, Reichel, Bruns u. a.) kommt Verf. zum Schlusse, daß maligne Neubildungen in seltenen Fällen aus unbekannter Ursache einer Selbstheilung anheimfallen.

Die chirurgische Behandlung des postenzephalitischen Parkinsonismus. An neun Kranken, die nach epidemischer Enzephalitis Symptome der Parkinsonschen Krankheit darboten, wurde die periarterielle Sympathektomie an der Art. caroris int. angewandt. In drei Fällen wurde gleichzeitig das obere zervikale Ganglion extirpiert. Die Sympathektomie wurde an der entgegengesetzten Seite der schärfer ausgesprochenen Symptome (Muskelregiditāt, Tremor).

Ueber die chirurgische Behandlung der Angina pectoris. Die im Schrifttum niedergelegten (ca. 100) Fälle erweisen, daß totale (zer-

vikodorsale Sympathektomien viel gefährlicher sind, als partielle oder kombinierte (N. depressor + sympathicus) Eingriffe: 19% Mortalität bei Operationen der ersteren Reihe und 10,5% bei letzteren. Dabei sind die Fernresultate bei partiellen Unterbrechungen, laut ebendenselben Literaturangaben, nicht schlechter, sondern eher günstiger als bei totalen Sympathektomien. In Anbetracht dessen, daß typische Neurotomien allein des Depressor hauptsächlich bei Aortalgien indiziert sind, und die Auslese solcher Fälle aus dem Haufen klinischer „Angina pectoris"-Fälle nicht immer exakt möglich ist; und weil ferner ohne eine Durchschneidung des Depressor die Unterbrechung der sensiblen Bahnen unvollständig bleibt, kann behauptet werden, daß bei Angina pectoris am zweckmäßigsten kombinierte Methoden sein dürften: Neurotomie des Depressor + partielle Sympathektomien. Die Entfernung des Gangl. stellat. ist nicht erwünscht, da hierbei Akzellerationen ausgeschaltet werden, deren Funktion nicht bloß Beschleunigung des Rhythmus, sondern durch Kraftsteigerung der Herzkontraktionen ist. Außerdem hat die Exstirpation dieses Ganglions, nach Erfahrungen im Tierexperiment, degenerative Veränderungen am Myokard zur Folge. Obige Gesichtspunkte veranlaßten mich, ein kombiniertes Verfahren im nachstehenden Falle anzuwenden. Der 66jährige Patient leidet seit mehreren Jahren an Angina pectoris; die Anfälle sind in der letzten Zeit häufiger geworden und treten mehrmals täglich auf. Hochgradige Arteriosklerose; unbedeutende, röntgenoskopisch festgestellte Erweiterung des Aortenbogens und linken Ventrikels. Typische stenokardische Anfälle mit Ausstrahlung des Schmerzes in die rechte obere Extremität bis zu den Fingern. Operation am 12. 12 1926 unter örtlicher Betäubung. Schnitt am medialen Rand des linken Sternokleidomastoideus, weiteres Vordringen zwischen Vena jugul. und Karotis, entsprechend den Angaben von Fedorow und Saposhkov: 1. Bloßlegung und Resektion des N. depressor, welcher sich aus zwei Aesten, vom Ram. ext. n. lar. sup. u. vom Ganglion nodosum vagi zusammensetzte. 2. Durchschneidung des Raumes ext. n. lar. sup. 3. Durchschneidung des Ram. desc. hypoglossi. 4. Resektion der unteren Hälfte des oberen Halsganglions, oberhalb vom Abgang des Ram. card. sup. — Während der Operation, nach Freipräparieren der Nerven, elektrische Reizung derselben. Dabei reagierte der Kranke auf Reizung des oberen Ganglion symp. in keiner Weise; hingegen ergab die Reizung des Depressors charakteristische Schmerzgefühle in der Herzgegend und linker Kopfhälfte, gleichzeitig mit ausgesprochener Pulsverlangsamung. Nach der Operation. 1 Woche später, unvorsichtiges Verhalten des Patienten und mehrere leichte Anfälle. Hernach vollständiges Sistieren der Anfälle und Entlassung aus der Klinik in subjektiv geheiltem Zustande. Besonders hervorzuheben ist die gute Zugänglichkeit des N. depressor auf dem angegebenen Wege.

Ein operativ behandelter Fall von inkarzerierter Diaphragmahernie. Bericht über einen Fall von diagnostizierter und mit Erfolg operierter eingeklemmter Diaphragmahernie mit vorzüglichem sechsjährigem Dauerresultat. Der Fall wurde von anderer Seite zunächst für eine Appendizitis gehalten und erfolglos appendektomiert. Anamnese ergibt Schrapnellverletzung vor 1½ Jahren. 4 Monate nach der Verwundung traten die ersten Anzeichen der inneren Einklemmung auf. Röntgendurchleuchtung ergibt das Kolon über dem linken Zwerchfell. Thorakotomie. Resektion der 8. und 9. Rippe. In der Pleura liegt das geblähte Colon transversum, ein Teil des großen Netzes mit der großen Kurvatur des Magens. Transdiaphragmale Paparotomie. Reposition der Baucheingeweide. Naht des Zwerchfellschlitzes. Pneumopexie. Postoperativer Verlauf durch Pneumonie und zirkumskripte eitrige Pleuritis kompliziert. Völlige Heilung. Nach 6 Jahren volles Wohlbefinden.

Betrachtungen über das Ulcus pepticum postoperativum. Verf. beobachtete 6 Fälle von Ulcus pepticum postoperativum. In allen 6 Fällen wurde eine Verengerung des Pylorus bei der Operation festgestellt (operativ angelegt oder narbig entstanden). Die Diagnose ante operat. ist nicht leicht. Verf. kommt zu der Ueberzeugung, daß man keine Resektion der Anastomose vornehmen soll und keine neue Anastomose anlegen, die Schließung der Anastomose erscheint auch nicht angebracht, da daraus ein neues Ulkus entstehen kann. Als einzig rationelle Operation bei Magenulkus empfiehlt Verf. die Magenresektion (Haberer, Finsterer).

Zur Lehre von den Blutungen aus dem Magendarmtraktus bei Operationen außerhalb des Magens. Nach Appendektomie (2 Fälle), Herniotomie, Nephrektomie und Hämorrhoidenoperation beobachtete Verf. Magenblutungen (5 Fälle), wobei diese Blutungen in 2 Fällen das Leben der Pat. bedrohten. In einem Falle wurde relaparotomiert, jedoch konnte die blutende Stelle nicht entdeckt werden. In 4 Fällen wurden gewisse symptomatische Abwehrmaßregeln angewandt. Alle 5 Patienten genasen. Was die Aetiologie anbetrifft, so handelt es sich größtenteils um Thrombose und Embolie, die infolge von Operationstrauma entstehen, auch Intoxikation ist von Bedeutung. Zur Vorbeugung dieser Komplikation empfiehlt Verf. „zartes Operieren".

Zur Pathogenese cholämischer Blutungen. Auf Grund eigener Beobachtungen kommt Verf. zur Ueberzeugung, daß, in manchen Fällen Ursache cholämischer Blutungen, die Entziehung der Galle aus dem Verdauungsprozeß, angenommen werden kann. In solchen Fällen kann als Therapie das Verabreichen von Galle gutes leisten.

Ueber einige Streitpunkte in der Appendizitis-Frage. Verf. berührt drei, noch bis hierzu, unaufgeklärte Fragen: 1. Die Aetiologie der Appendizitis; 2. Die pathologische Anatomie der chronischen Appendizitis; 3. Die Nichtübereinstimmung der klinischen Diagnose suchung der entfernten Appendix. Zur ersten Frage spricht sich der „Appendizitis" mit der nachfolgenden mikroskopischen Unter-Verf. für ein enterogenes Eindringen der Mikroorganismen in die Appendixwand aus, wobei er als begünstigendes Moment hierfür die Verhaltung von Fäzes in der Appendix, was seinerseits von der Atonie seiner Muskulatur abhängt, ansieht. Was die chronische Appendizitis beriffi, so lehnt Verf. die Existenz einer idiopathischen chronischen Appendizitis ab und sieht die meisten als chronische Appendizitis bezeichneten Veränderungen als Involutionserscheinungen der Appendix an. Die Differenz zwischen Klinik und pathologisch-anatomischer Untersuchung, endlich, hängt der Meinung des Verf. nach, davon ab, daß der klinische App. nicht immer entzündliche Veränderungen zugrunde liegen. Es kommen dabei zwei Möglichkeiten in Betracht: entweder stammen die appendikulären Schmerzen von der Kotverhaltung in dem atonischen Wurmfortsatz ober aber stehen sie in keinem Zusammenhang mit der Appendix, sondern werden von der gestörten Funktion des übrigen Dickdarms ausgelöst oder auch von einer veränderten Funktion des vegetativen Nervensystems.

Veränderungen in den Nebennieren nach Kastration. Verf. untersuchte die Nebennieren bei 7 Kaninchen, die 1½ bis 4½ Monate nach der Kastration getötet wurden. In 2 Fällen einseitige, in 5 beiderseitige Kastration. Die histologischen Veränderungen in der Nebennierenrinde können in drei Stadien geteilt werden. Im ersten Stadium (1½ bis 2 Monate und 6 Tage nach der Kastration) sind die Knäuel schlecht ausgesprochen und gehen in Stränge, die aus Zellen der Zon. fascicul bestehen, über; im zweiten Stadium (bis 3 Monate) erscheint in der Zon. reticul. und Z. fascicul. eine ganze Anzahl von großen Zellen mit schaumigem Protoplasma, reichlich von Lipoiden gefüllt. Am Ende des Experimentes (bis 4 Monate und 20 Tage) wird in der Z. reticul und Z. fascicul. eine vollständige Atypie beobachtet: an Protoplasma arme Zellen, mit kleinen pyknotischen Kernen sind ohne jede Ordnung fest aneinander gelagert: alle Schichten der Rindsubstanz sind an Lipoiden außerordentlich reich.

Zur Frage über die Geschwülste der Nebennieren. Bei einer 30jährigen Patientin wurde transperitoneal eine große maligne (Hypernephrom) Geschwulst der rechten Nebenniere entfernt. Nach einem Jahre stellte sich Pat. gesund vor. Auf Grund von Literaturnachprüfungen kommt Verf. zum Schlusse, daß solche Geschwülste selten sind und meistenteils vor der Operation nicht diagnostiziert werden. Bei der Diagnosestellung können evtl. das Pneumoren und die Pyelographie herangezogen werden. Behandlung nur operativ, bei großer Geschwulst transperitoneale Entfernung.

Periorchitis prolifera cum corpore libero. Verf. berichtet über eine seltene Erkrankung der Tunica vaginalis propria testis, wo dieselbe, wie auch der Hoden von vielen Exkreszenzen papillärer Art bedeckt war. Im Zwischenraum befand sich ein freier Körper in der Größe einer Erbse.

Zeitschrift für experimentelle Biologie und Medizin, Moskau.

7., Nr. 16, 1927, Moskau.

* Ueber die Wirkung der osmotischen Bedingungen auf die Oxidationsgeschwindigkeit. B. N. Tarussof (Odessa).
* Kolloidchemische Bindungsreaktionen zwischen Bayer 205 und Eiweiß-Komplexen. J. Makarowa und H. Zeiss.
Ueber die Einwirkung von Stärke auf das Diphtherietoxin. M. Isabolinsky und W. Judenitsch.

Anwendung der Hypobromidmethode zur Bestimmung kleinster Ammoniakmengen, insbesondere zur Rest-N-Bestimmung im Blute. Versuch, den Anwendungsbereich der jodometrischen Hypobromitmethode auf kleinste NH_2-Mengen auszudehnen. Es erwies sich als gut möglich, Mengen von 0,02 mg NH_2-N und weniger mit einer Genauigkeit von einigen Tausendstel Milligramm zu bestimmen. Die Recht-N-Bestimmung in 0,1 ccm Blut gestaltet sich folgendermaßen: in ein Zentrifugenglas werden 3,9 ccm Wasser abgemessen, hierher 0,1 ccm Blut (mit einer Mikropipette aufgefangen) gegeben, 1 ccm 25% Trichloressigsäure zugesetzt und zentrifugiert. Vom klaren Abguß wird ein aliquoter Teil (etwa 3 bis 4 ccm) in den Kjeldahlkolben übertragen und unter Zusatz von 0,5 ccm reinster H_2SO_4, ohne Zugabe von Katalysatoren (Cu, H_2O_2) verascht. Nach Abkühlen wird mit etwa 5 ccm Wasser verdünnt, und gegen Kongo- oder Methylrot (wässerige, nicht alkoholische Lösung) mit ca. 2-norm. Natronlauge unter Kühlung vorsichtig und genau neutralisiert. Dann wird 1 ccm n/100 NaBrO in n/10 NaOH zugegeben, nach 10 Minuten Stehen mit je 0,5 ccm 5% KJ und 1 ccm etwa 1-norm. HCl versetzt und das ausgeschiedene Jod mit 0,005 norm. Thiosulfat titriert. 1 ccm 0,005 n. Thiosulfat entspricht 0,0333 mg N. Das Titrieren geht auf 0,01 ccm genau. Die ganze Bestimmung dauert etwa 1 Stunde; Parallelbestimmungen stimmen gut überein, in Zusatzversuchen findet man den zugesetzten Stickstoff quantitativ zurück.

Das Austreten der Galle in den Darmkanal. Das Austreten der Galle in den Darmkanal geschieht nur beim Uebergang der Nahrung aus dem Magen in das Duodenum. Mechanische Reizung der Mündung des D. choledochus ruft keinen Gallenaustritt hervor; psychische Reizung verkürzt die Latenzperiode. Plötzlicher Schmerz vermag auf reflektorischem Wege die Gallenabsonderung bedeutend zu steigern. Die Latenzperiode hängt von der Art der Nahrung und von der Individualität des Versuchstieres ab. Beim Oeffnen der Mündung des Gallenganges tritt periodisch etwa 25mal pro Stunde Gallenabsonderung auf; die Dauer des Offenbleibens ist recht kurz — 1 bis 5 Sekunden. Im ganzen bleibt die Mündung während einer Stunde Gallenabsonderung nur etwa eine Minute offen. Die übrige Zeit ist die Mündung durch ihren Sphinkter geschlossen.

Ueber die Wiederbelebung des isolierten und getrockneten Froschherzens. Das isolierte Froschherz wird im Exsikkator über Schwefelsäure ausgetrocknet, um nachher durch Einlegen in Ringersche Lösung belebt zu werden. Das Verweilen des isolierten Herzens im Exsikkator darf nicht mehr als 3 Stunden dauern, wobei es bis 25% seines Gewichts verliert. Nach der oben genannten Behandlung beginnt das Herz in 5 bis 10 Minuten nach dem Anfange der Durchströmung von Ringerlösung zu pulsieren. Solch eine Tätigkeit des Herzens kann mehrere Stunden dauern, wobei aber die Intensität und die Frequenz der Schläge dennoch die Norm nicht erreichen (siehe Abb 1. Die normale Pulsation des isolierten Herzens 2, 3, 4, 5 und 6. Die Pulsation desselben Herzens, nachdem es getrocknet und wiederbelebt worden ist). Die Intensität und die Frequenz der Schläge eines solchen Herzens werden durch Durchströmung mit dem L. Haberlandtschen „Hormon der Herzbewegung" scharf gesteigert. Die Wirkung des Hormons ist in unserem Falle analog mit der Wirkung, welche es auf das normale isolierte Herz ausübt. (Siehe Abb. 1 und 2, wo das Kreuz X den Moment der Hormoneinführung angibt. In beiden Fällen entspricht die obere Kurve der ersten Hormoneinführung, die untere der zweiten Applikation des Hormons.) Die histologische Untersuchung zeigt einen ganz befriedigenden Zustand der Gewebe. Es lassen sich höchstens eine unbedeutende Hydratation der Muskelfasern und pyknotische Veränderungen einer geringen Anzahl von peripherisch gelagerten Kernen der Herzmuskulatur bemerken.

Selektive Lokalisation der Rekurrens-Spirochäten im Nervengewebe. Die Spirochäte des Rückfallfiebers ist nur ein temporärer Blutparasit und besitzt einen ausgesprochenen Neurotropismus. Eine vergleichende Untersuchung an Gehirn, Milz, Leber, Nieren auf ihren Gehalt an Spirochäten nach durchgemachter somatischer Infektion bei experimentellem Rückfallfieber hat eine ausschließlich selektive Lokalisierung der Spirochäten im Nervengewebe festgestellt.

Ueber die direkte Hemmung der Nervenerregungswelle durch den Induktionsstrom. Die Nervenerregung besteht aus zwei Phasen: einer Störung des ruhenden Nerven-Gleichgewichts und einer Wiederherstellung des Gleichgewichts, welcher wahrscheinlich gewisse fermentative Prozesse zugrunde liegen. Die wiederherstellenden Prozesse können durch starke Reizung gehemmt werden.

Ueber Fixierung des Thyroxins in Keimdrüsen hyperthyreoidisierter Hühner. Akute experimentelle Hyperthyreose führt bei Hühnern zur Häufung des Schilddrüsenhormons nicht im Blute, in der Leber, in den Nieren usw., sondern auch in den Keimdrüsen. In den Keimdrüsen geschieht die Thyroxinfixikation in weit geringerem Maße, als in den drei Geweben der überwiegenden Hormonhäufung: Blutserum, Leber und Nieren. Damit ist die Hoffnung berechtigt, daß unter dem Einfluß der Schilddrüse funktionelle Störungen der Gonaden ohne scharfe anatomische Veränderungen hervorgerufen werden können. Männliche und weibliche Keimdrüsen scheinen in verschiedenem Maße der Thyroxinhäufung entgegenzuwirken. Dieser Umstand hängt vielleicht in bedeutendem Maße von der Jahreszeit ab, die bei Vögeln mit verschiedener Aktivität der Keimdrüsen verbunden ist.

Zur Lehre der Sepsis lenta. Zur Hämatologie der experimentellen Sepsis lenta. Die Infektion der Meerschweinchen durch das Blut an Sepsis lenta erkrankter Menschen, und Blutpassagen von einem Meerschweinchen zum anderen, ebenso wie die Infektion mit filtriertem Blut, rufen so andauernde Veränderungen im weißen Blutbilde bei den Versuchstieren hervor, daß dies mit Recht als chronische Infektion angesehen werden kann. Die erwähnten Veränderungen, welche lange Zeit anhalten (bis zu zwei Monaten) können somit nicht auf ein gewöhnliches Reagieren des Organismus auf fremdartige Eiweißstoffe zurückgeführt werden (Togunowa), um so mehr als dieselben Veränderungen auch bei den Passage-Meerschweinchen beobachtet wurden. Die Monozytose ist ein als charakteristisches Kennzeichen der für Sepsis lenta spezifischen Affektion des retikulo-endothelialen Apparates und besonders des Gefäßendotheliums anzusehen. Zwischen den Veränderungen bei Sepsis lenta und bei anderen experimentellen Infektionen (Flecktyphus) besteht eine weitgehende Analogie.

Ueber die Wirkung der osmotischen Bedingungen auf die Oxidationsgeschwindigkeit. Die Veränderungen des osmotischen Druckes des umgebenden Milieus, wobei der Wassergehalt der Gewebe sich verändert, haben keine schädliche Wirkung. Das erlaubt diese Wirkungen als einen reinen Effekt der Veränderung des Wassergehaltes anzusehen. Experimente haben gezeigt, daß in hypertonischen Salzlösungen die Oxidationsgeschwindigkeit abnimmt; in hohen Konzentrationen, wo die Erscheinung der osmotischen Starre auftritt, hören die Oxidationsprozesse ganz auf. Das gibt das Recht, diese Erscheinungen als „osmotische Anabiose" zu bezeichnen. Im Gebiete der hypotonischen Lösungen beobachtet man eine Zunahme der Oxidationsgeschwindigkeit. Die Bestimmung der Temperaturgrenzen des Lebens der Nereiden in hypo- und hypertonischen Lösungen hat gezeigt, daß die Grenzen in diesen nach oben, in jenen nach unten verschoben sind. Daraus kann geschlossen werden, daß hier eine weitgehende Hydratation und Dehydratation des lebenden Kolorits stattfindet.

Koloidchemische Bindungsreaktionen zwischen Beyer 205 — und Eiweißkomplexen. Germanin ist imstande, koloidchemische Bindungsreaktionen mit Eiweißkomplexen einzugehen. Es verankert sich an Cholera und Diphterieantitoxin, so daß deren Wirkung gehemmt oder aufgehoben wird. Der Nachweis gelingt im Plattenversuch mit Cholerafibrione, im Flockungsversuch mit Diphtherietoxin und antitoxischen Diphtherieserum und im Tierversuch nach Ehrlich. Der anaphylaktische Schock kann bei serumbehandelten Schweinchen praktisch so gut wie verhindert werden, wenn bei wiederholter Einspritzung dem Serum 2% Germanin zugesetzt werden.

British Medical Journal.

22. Oktober, Nr. 3485.

Gilbert, Bacon und Harwey. William Hale-White.
* Gewohnheit des Rauchens. W. E. Dixon.
Chronische fibröse Epiploitis. A. C. Maconie.
Tod nach Anaesthesie, Status lymphaticus. J. Acomb.
Cholezystitis mit begleitender Pankreatitis. Peris Brinckman.

Jahresversammlung der British Medical Association.
Abteilung für Radiologie.

* Röntgendiagnose der Geschwülste im Brustinneren. Stanley Melville.
Röntgenstrahlen und Radium bei der Behandlung des Brustkrebses. N. S. Finzi.

Gewohnheit des Rauchens. Der Tabakrauch enthält wie jeder bei der Verbrennung von Pflanzen entstehende Rauch Ammoniak und Pyridin (resp. Pyridinderivate). Die Stoffe sind für die Reizung der Schleimhäute verantwortlich zu machen und bedingen den morgendlichen Husten, die Lungen- und Kehlkopfreizung sowie die chronische Konjunktivitis des Zigarettenrauchers. Im Vergleich zum Nikotin besitzen die Pyridinbasen eine so geringe Giftigkeit — abgesehen von der irritativen Wirkung — daß sie für die Schädlichkeit des Rauchens nicht verantwortlich zu machen sind. Bei der

langsamen Verbrennung von Stoffen pflanzlicher Herkunft entwickelt sich Kohlenoxyd. In den mit Tabakqualm dicht angefüllten Räumen kann der CO-Gehalt bis 0,01% steigen und erreicht somit nicht den toxischen Wert von 0,05%. Auch für den Raucher selbst bedeutet die CO-Aufnahme kaum eine Gefahr, wenn auch beim Rauchen beträchtliche Mengen dieses Gases entstehen. Die Menge des entstehenden CO hängt von der Geschwindigkeit des Rauchens und der Dichtigkeit der Hülle ab, die den Tabak umgibt. Ohne Lungenzüge wird CO in nennenswerter Menge aus dem in den Mund gelangenden Rauch nicht resorbiert. Bei Inhalation von Zigarettenrauch, der 7 bis 25 Teile CO auf 10 000 Teile Luft enthalten kann, steigt häufiger die CO-Konzentration im Blut auf 6%. Freilich zeigen gesunde Menschen zumeist erst Intoxikationserscheinungen, wenn 15 bis 20% des Blutfarbstoffes von diesem Gas beschlagnahmt sind und wirkungsunfähig gemacht wurden. Doch gibt es auch gegen CO überempfindliche Menschen, die bei den im Blut nach Zigarettenrauchen vorhandenen Co-Mengen leichte Vergiftungszeichen aufweisen können. Als wesentlichster Bestandteil des Tabaks ist das Nikotin anzusehen, das für die Wirkungen des Zigarren- und Pfeiferauchens allein verantwortlich zu machen ist. Während des Rauchens zerfällt das im Tabak an organische Säuren gebundene Alkaloid zum größten Teil. Eine gewisse Menge fällt der Zerstörung anheim und ein Teil geht als freies Nikotin in den Rauch über. Je trockener der Tabak ist, und je kleiner die heiße feuchte Zone hinter dem Verbrennungspunkt beim Rauchen ist, desto mehr Nikotin verbrennt, so daß der Wassergehalt des Tabaks für den Raucher wichtiger ist als die ursprünglich vorhandene Menge Nikotins (Schädlichkeit dicker Zigarren, Rauch von Virginiazigarren enthält die doppelte Menge Nikotin als der von Zigaretten aus gleichem Tabak). Ueberhaupt gibt die Menge des im Tabak enthaltenen Nikotins keinen Aufschluß über die im Rauch sich vorfindende Alkaloidkonzentration. Diese erweist sich vor allem von der Geschwindigkeit des Verbrennens, von der Art der Tabakhülle abhängig. Es ist damit zu rechnen, daß ein Raucher nach 10 Zigaretten 20 bis 30 mg Nikotin aufgenommen hat, eine Menge, die einen starken physiologischen Effekt hervorrufen kann. Zigarrenrauch enthält im Durchschnitt die doppelte Menge Nikotin. Weitere Bestandteile des Rauches spielen praktisch keine Rolle (Zyan- und Sulfozyanverbindungen, Arsengehalt amerikanischer Tabake). Tödliche Nikotinvergiftungen sind bisher kaum beobachtet. Eine erstaunliche Tatsache, da eine Zigarre schon das Doppelte der Dosis lethalis (60 bis 120 mg) enthalten kann. Nur vereinzelt führten Einläufe mit Tabakabkochungen oder das Schlucken der Blätter zu tödlichen Vergiftungen. Die verschiedensten Versuche, dem Tabak das Nikotin zu entziehen oder das Alkaloid in eine unwirksame Form überzuführen, haben praktisch verwertbare Ergebnisse nicht gezeitigt. Im Gegensatz zu den meisten Alkaloiden, die selektiv auf das Zentralnervensystem einwirken, übt das Nikotin seine Reizwirkung auf alle Nervenzellen im Körper, auch aufs autonome System, aus. Die Dauer der Stimulation hängt im wesentlichen von der Absorption ab; sie hält daher nur während des Rauchens an. Auf die Stimulation folgt eine depressive Phase. Nikotin und Tabakrauchen bedingt so einen Speichelfluß sowie einen Anstieg der Magensekretion, auf die hin Trockenheitsgefühl im Munde sowie ein Absinken der Sekretionskurve erfolgen. Uebermäßiges Rauchen führt bei vorhandener Disposition zu einer dauernden Vermehrung der Magensekretion, zur Gastritis acida. Während des Rauchens kommt es durch Reizung des autonomen Systems zur Hemmung der Darmbewegungen, zur Kontraktion des Pylorus und des ileo-zökalen Sphinkters, auf die späterhin eine Periode gesteigerter Bewegungen mit Erschlaffen des Sphinkters sich einstellt. Die Hemmung der automatischen Bewegungen des Magens ist für die Aufhebung des Hungergefühls durch das Rauchen verantwortlich zu machen. Trotz völliger Hemmung der Magenbewegungen kann eine übermäßige Nikotinresorption Nausea und Erbrechen hervorrufen. Die Ansprechbarkeit des Verdauungstraktus auf dieses Alkaloid begünstigt bei geeigneten Individuen die Entstehung ulzeröser Prozesse.

Das Rauchen bedingt fast immer Veränderungen am Kreislaufsystem, die zu einem Teil keinen Anlaß zu subjektiven Störungen geben. Bei Gewohnheitsrauchern besteht — ohne erkennbare Nachteile — eine deutliche Pulsbeschleunigung, die zumeist von einer leichten Blutdrucksteigerung begleitet ist. Bei Neulingen und bei mäßigen Rauchern treten diese Symptome während des Rauchens deutlicher hervor. Gelegentlich erfolgt auf übermäßiges Rauchen hin eine starke Blutdrucksenkung (bisweilen mit Kollaps) nach anfänglicher Steigerung. Bei Rauchern steigt die Pulsfrequenz während einer Muskelarbeit stärker an als bei Abstinenten. Dieses Verhalten spricht in gewissem Sinne für eine verminderte Leistungsfähigkeit des Herzens der Raucher, wie sie auch das leichtere Auftreten von Atemnot bei körperlicher Anstrengung zu beweisen scheint. Ernstere Kreislaufstörungen zeigen sich bei jugendlichen Rauchern als Arrhythmien und Palpitation, die trotz Aufgebens des Rauchens noch monatelang fortbestehen können. In späteren Lebensjahren treten anginöse Zustände mehr hervor, die an Intensität kaum an die Angina pectoris heranreichen. Diese Vasomotorenstörungen erscheinen gewöhnlich nach Mahlzeiten oder nachts, weniger auf eine körperliche Anstrengung hin. Im Tierexperiment ist es möglich, durch Nikotin ausgesprochene arteriosklerotische Veränderungen zu erzeugen. Wie weit jedoch das Alkaloid die Entstehung der fünf organischen Gefäßerkrankungen des Menschen begünstigt, ist völlig ungewiß. Während die Einwirkung des Nikotins auf autonome Zellen zur Entstehung von Symptomen am Zirkulationsapparat und am Verdauungstraktus den Anlaß gibt, führt der Einfluß auf Gehirn und Rückenmark zu einer Reihe von anderen Erscheinungen. Reflexsteigerungen, Tremor (bes. zittrige Schrift) sowie der Fortfall von Hemmungen kommen so zustande. Im allgemeinen kommen diese nervösen Störungen nur bei übermäßigen Rauchern vor, besonders bei Neurasthenikern, bei denen sich anfallsweise Kopfschmerzen, Interkostalneuralgien, Schlaflosigkeit entwickeln können. Die experimentellen Untersuchungen über das Leistungsvermögen von Rauchern ergeben keine einheitlich zu wertenden Ergebnisse. Die Geschwindigkeit der Assoziation sowie die Ausführung fein abzustufender Bewegungen bei den psychologischen Prüfungen braucht keine Beeinträchtigung aufzuweisen. Die Gewohnheit des Rauchens und ihre weite Verbreitung erklärt sich durch die sedative Wirkung des Nikotins auf das Nervensystem. Sobald die Stimmungslage nach der manischen oder depressiven Seite abweicht und Unlustgefühle im Vordergrund stehen, bringt das Nikotin einen Ausgleich. In Reiz- und Erregungszuständen wirkt es beruhigend. Bei Müdigkeit (z. B. nach Schlafmittelgebrauch) und Verstimmung bringt es Erregung. Die sedative Wirkung des Nikotins wird unterstützt durch die rhythmische Wiederholung bestimmter einförmiger Bewegungen beim Rauchen, und durch die reflektorische Reizung der Sinnesorgane durch den Geruch und die optische Wahrnehmung des Rauches. Nikotin zählt nicht zu den üblichen Rauschgiften, da die sofort auftretenden Störungen eine dauernde Steigerung der aufzunehmenden Dosen verhüten und so eine Sucht nach dem Mittel nur in beschränktem Umfange möglich ist. Zu dem bedingt die Entziehung keinerlei wesentliche Abstinenzerscheinungen. Das schwerste Symptom der Nykotinvergiftung ist die Amblyopie infolge retrobulbärer Neuritis, die mit allmählicher Abnahme des Sehvermögens, zentralem Skotom, Pupillenerweiterung und Akkomodationsstörung einsetzt. Wenn erst eine stärkere Degeneration von Nervenfasern entstanden ist, geht die Sehstörung nach Tabakabstinenz nicht mehr zurück. Die axiale Neuritis wird besonders nach Rauchen schlecht getrockneter Tabake beobachtet, deren Nikotingehalt weit über den Durchschnitt hinausgeht. Auffallend ist die Geschwindigkeit, mit der sich eine gewisse Toleranz für Nikotin bei Rauchern entwickelt. Diese Toleranzsteigerung kommt nicht durch Behinderung der Resorption bei Gewöhnung zustande, sondern sie ist wahrscheinlich bedingt durch das Vermögen der Leber, größere Mengen rasch zu zerstören, ohne daß es zu einer Verminderung der narkotischen Wirkung kommt. Mit zunehmendem Alter sinkt die Toleranz ab, ebenso können Krankheiten diese erworbene Toleranz zerstören. Sobald erst einmal Zeichen einer Nikotinvergiftung aufgetreten sind — gleichgültig in welcher Form — führen gewöhnlich viel geringere Tabakmengen als vorher zum Erscheinen toxischer Symptome. Durch dieses Verhalten unterscheidet sich die Nikotinvergiftung grundlegend von den übrigen Intoxikationen durch dauernde Zufuhr von Rauschgiften. Bei der Bekämpfung des Nikotinmißbrauches ist zu bedenken, daß der Tabak für den Großstadtmenschen unentbehrlich ist und ihm die Beruhigung auf dauernde Nervenreize hin gewährt. Die Entscheidung der Frage, ob Tabak nützlich oder schädlich ist, hängt von der Beantwortung des Problems ab, in welchem Umfange die ständige Zufuhr geringer Nikotinmengen degenerative Gefäßveränderungen veranlaßt.

Röntgendiagnose der Geschwülste im Brustinnern. Die Unterscheidung benigner und maligner Geschwülste innerhalb des Thorax ist nur für den Pathologen von Interesse, denn jeder raumbeengende Prozeß im Brustinnern wird durch Durchwirkung für den Träger lebensbedrohlich. Von den sogenannten benignen, zumeist außerhalb der Lunge beginnenden Tumoren, verdienen die Fibrome besonderes Interesse. Röntgenologisch erscheinen sie als scharf umgrenzter, mehr oder minder abgerundeter Schatten, der von der hinteren Brustwand ausgeht und die Lunge vor sich herschiebt, ohne in sie einzudringen. Pleuritische Adhäsionen treten daher selten auf. Mit Zunahme des Wachstums werden Herz und Mediastinum zur anderen Seite gedrängt und das Zwerchfell nach unten gedrückt. Mit Hilfe des künstlichen Pneumothorax ist die Diagnose des frei beweglichen, extrapulmonalen Tumors sehr leicht zu stellen, wenn überhaupt dieses wertvolle diagnostische Verfahren zur Anwendung gelangt. Von den Fibromen unterscheiden sich die Dermoidzysten durch ihre Einwirkung auf die Pleura, wodurch es schwieriger ist, den Tumor von dem Lungengewebe abzugrenzen. Die Frühdiagnose ist selten möglich, da gewöhnlich uncharakteristische Symptome klinisch zunächst im Vordergrund stehen (Hämoptoe). Die von allen Seiten berichtete Zunahme der Lungenkrebse scheint für ein wirkliches Ansteigen der Frequenz dieser Karzinome zu sprechen. Sie gehen gewöhnlich von der Bronchialschleimhaut eines größeren Luftröhrenastes in der Nähe der Bifurkation aus und können klinisch lange latent bleiben. Am häufigsten machen sich Erscheinungen von

Bronchialstenose bemerkbar, oft begleitet von akut einsetzenden Entzündungserscheinungen. Röntgenologisch imponiert der Tumor als Verschattung im Lungengewebe, die sich allmählich ausdehnt und der gewöhnlich der Interlobärspalt Halt gebietet. Herz und Mediastinum sind gewöhnlich nach der erkrankten Lungenseite verzogen. Durch Zwerchfellnervenschädigung kommt es zum einseitigen Hochstand des Diaphragma. Schwieriger ist die Diagnose der in den Unterlappen sich entwickelnden Karzinome (Hinzutreten von Ergüssen). Ueberhaupt bedingen eine Mitbeteiligung der Pleura sowie das Hinzutreten degenerativer Veränderungen (Abszesse und Gangränherde) eine wesentliche Erschwerung, letztere häufig die Unmöglichkeit der sicheren diagnostischen Entscheidung. Ob Lungensarkome primär vorkommen ist nicht sichergestellt. Die Lymphogranulomatose ist zumeist leicht erkennbar, da die Drüsenvergrößerung kaum je nur im Mediastinum auftritt und der klinische Verlauf nebst Blutbild im allgemeinen genügend Anhaltspunkte gewähren. Sehr große, bisweilen unüberwindbare Schwierigkeiten bereitet die Unterscheidung des Aortenaneurysma von den mediastinalen Lymphosarkomen. Die üblichen Merkmale können völlig im Stich lassen. Der Nachweis einer Arrosion von Wirbeln spricht für das Vorliegen eines Aneurysmas. Die von der Schilddrüse ausgehenden Geschwülste sind bei seitlicher Durchleuchtung leicht zu erkennen.

Nr. 3486, 29. Oktober.

Krämpfe nach der Geburt durch Hypophysenextrakt. R. D. Lawrence und M. P. Shackle.
Inversio uteri. J. G. Hayes.
Komplizierte Humerusfraktur mit spontaner Heilung. C. R. Steel.
* Die „Aufrichteprobe" bei akuten abdominellen Erkrankungen. C. L. G. Chapman.
Kongenitaler Dünndarmverschluß. S. E. Croskery.

Jahresversammlung der British Medical Association. Abteilung für vergleichende Medizin und Pathologie.

Zusammenarbeit zwischen Spezialisten für menschliche und tierische Erkrankungen. J. Basil Buxton.

Abteilung für Chirurgie.

Behandlung des toxischen Kropfes.
* Stellung der Chirurgie in der Behandlung. T. P. Dunhill.
* Indikationen für chirurgisches Eingreifen. George R. Murray.

Abteilung für Therapie und Pharmakologie.

* Rolle des Calcium im lebenden Organismus. Francis R. Fraser.
Wirkung des Calcium bei Kindern. Leonhard G. Parsons.
Biochemische Gesichtspunkte bei der Calciumtherapie. C. P. Stewart.
Pharmakologische und therapeutische Gesichtspunkte. G. H. Percival.

Die Aufrichteprobe bei akuten abdominellen Erkrankungen. Beim Versuch, sich durch Anspannung der Bauchmuskeln bei seitlichen den Oberschenkeln angelegten Händen aus dem Liegen emporzurichten, verspürt der an einer akuten abdominellen Entzündung Erkrankte heftige Schmerzen. Dieses Zeichen ist häufig schon ausgeprägt, bevor eine Abwehrspannung zu erkennen ist und erleichtert den Entschluß zum operativen Eingreifen.

Stellung der Chirurgie in der Behandlung des toxischen Kropfes. Bei dem primären Morbus Basedow darf nicht zu früh operiert werden (frühestens nach halbjährigem Kranksein), solange noch Aussicht auf die Spontanheilung besteht. Die soziale Lage der Kranken ist eingehend zu berücksichtigen. Wenn eine Herzinsuffizienz besteht oder Vorhofsflimmern eingetreten ist — gleichgültig ob es sich um die primäre oder die sekundäre Form der Thyreotoxikose handelt — muß operiert werden, da weder Ruhe noch interne oder Strahlenbehandlung die Genesung herbeiführen können. Mit der Operation ist nicht länger zu warten, als bis die vorbereitenden Maßnahmen sich ausgewirkt haben. Wie kann das Ergebnis der operativen Behandlung am günstigsten gestaltet werden? Für die Behebung jeder anderen den Körper schwächenden Erkrankung ist Sorge zu tragen. (Entfernung septischer Herde!) Die Vorbehandlung mit Bettruhe und Jodmedikation ist strikte durchzuführen, um einen Rückgang der Tachykardie und eine Besserung des Allgemeinbefindens zu erzielen. Die Menge des bei der Operation zu entfernenden Schilddrüsengewebes ist dem Gesundheitszustand des Kranken anzupassen. Gegebenenfalls ist das zweizeitige Verfahren (trotz seine Nachteile) vorzuziehen. Zur Narkose ist die endotracheale Methode oder die rektale Aetherapplikation zu verwenden. Bei Vorhofsflimmern ist die Lokalanästhesie ratsam. Die Operationsmortalität schwankt je nach Auswahl des Materials, nach dem Zeitpunkt der Operation und der Dauer der Vorbehandlung sowie gemäß der Erfahrung des Operateurs in weiten Grenzen. Die Resektion eines Schilddrüsenlappens sowie die Unterbindung einer der den anderen Lappen versorgenden Arterien genügt zumeist nicht zu einer Dauerheilung. Der zurückbleibende Teil wird größer als die gesamte normale Drüse und sehr toxisch. Die Entfernung eines Lappens ist technisch leichter als die spätere operative Verkleinerung des zurückgebliebenen Teiles (Adhäsionen durch Narbengewebe, Blutreichtum). Mit der Ausschaltung der toxischen Sekretion durch Entfernung genügender Mengen von Drüsengewebe werden alle Krankheitserscheinungen wesentlich gebessert oder die normale Funktion völlig wiederhergestellt (langsamen Rückgang des Exophthalmus, Schwinden der Rhythmusstörungen und der Dekompensation des Herzens in 85%, Beseitigung oder erheblicher Rückgang der Glykosurie, Rückbildung hochgradiger psychischer Veränderungen). Wenn auch eine weitgehende Besserung in der überwiegenden Mehrheit der Fälle durch die Operation erzielt wird, so ist doch zu bedenken, daß es sich stets nur um eine Annäherung an den Normalzustand handeln kann, da das schädliche Organ nicht völlig entfernt werden kann und der zurückgelassene Teil kein normales Sekret in den Kreislauf gelangen läßt. So ist bei schwerem Morbus Basedow der Zustand — trotz augenscheinlichen Erfolges der Operation — im ganzen genommen niemals so wie vor Beginn der Erkrankung, wenn auch die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt wurde. Prognostisch ungünstig ist ein Zusammentreffen von starker Mazies mit der beim Morbus Based. ziemlich seltenen schweren Anorexie zu beurteilen.

Indikationen für chirurgisches Eingreifen beim toxischen Kropf: Praktisch ist eine gewisse Einteilung der Formen des toxischen Kropfes — im Gegensatz zu den nur mechanisch durch Druck auf benachbarte Organe schädlichen Kröpfen ohne Erzeugung allgemeiner Krankheitserscheinungen — notwendig, wenn auch Uebergänge zwischen den einzelnen Gruppen relativ häufig zu beobachten sind. Zu den primären Fällen sind alle Erkrankungen zu zählen, bei denen der Eintritt toxischer Symptome dem Erscheinen des Kropfes vorangeht oder gleichzeitig mit ihm erfolgt. In der Gruppe sekundärer, toxischer Kröpfe entwickeln sich die Allgemeinsymptome, nachdem ein Kropf — gleichgültig welcher Form — schon jahrelang bestanden hat. Bei dem primären Hyperthyreoidismus, der Forme fruste des Morbus Basedow, ist die Indikation zur Operation nur selten gegeben, wenn plötzlich eine wesentliche Steigerung aller Symptome einsetzt und Herzstörungen hinzutreten. Die Operation ist auch dann auszuführen, wenn die Thyreoidea gar nicht oder wenig vergrößert ist. Denn trotz Fehlens einer tastbaren Organanschwellung können weitgehende mikroskopische Veränderungen vorhanden sein, die sogar zum Tode führen können. In leichten und mittelschweren Fällen von Morbus Basedow erweist sich die interne Therapie in weitaus der Mehrzahl der Fälle — bei einer Behandlungsdauer von 6 Monaten — als wirksam. Zeichen von Herzinsuffizienz sind nicht — wie früher angenommen wurde — ein Hinderungsgrund für das operative Vorgehen, sondern geben eher eine Indikation für die Operation ab. Den Vorteilen der Operation beim Morb. Based., dem Zeitgewinn durch rasches Eindämmen der Thyreotoxikose, der Möglichkeit völliger Heilung einiger und der erheblichen Besserung vieler Fälle, sowie der Verhinderung des Entstehens einer thyreotoxischen Myokarditis, diesen günstigen Faktoren gegenüber sind die nachteiligen Möglichkeiten im Einzelfall sorgfältigst abzuwägen, die unmittelbare Lebensgefahr der Operation, die Unmöglichkeit, die unbedingt zu entfernende Menge von Drüsengewebe genau abzuschätzen und so ein optimales Operationsresultat zu erzielen, sowie die Neigung zu Rezidiven innerhalb Jahresfrist, die eine weitere interne oder chirurgische Behandlung erforderlich machen. Bei dem zu einem Kolloidkropf oder zu einer parenchymatösen Struma ohne ersichtlichen Grund oder nach Aufregungen hinzutretendem Hyperthyreoidismus bietet die konservative Behandlung nicht so günstige Aussichten wie bei der primären Form. Zwar können die toxischen Symptome trotz unveränderter Größe des Kropfes an Intensität nachlassen. Doch ist nach drei Monaten vergeblicher therapeutischer Versuche die Thyreoidektomie anzuraten. Der Begriff „toxisches Adenom" ist in den Fällen anzuwenden, wo ein adenomatöser oder adeno-parenchymatöser Kropf, der zystisch degeneriert sein kann, nach mehrjährigem Bestehen zu toxischen Erscheinungen führt. In solchen Fällen stehen die Störungen von seiten des Herz-Gefäßsystems gewöhnlich klinisch im Vordergrund, wenn auch Gewichtsabnahme, gastro-intestinale Symptome stark ausgeprägt sein können. Die Röntgenbestrahlung kann im Verein mit interner Therapie nur zu einer kurzdauernden Besserung führen. Deshalb ist die operative Behandlung bei dem toxischen Adenom so bald wie möglich durchzuführen. Eine Sondergruppe bilden die Fälle, in denen die charakteristischen Symptome des Morbus Based. sich nach jahrelangem Bestehen einer Struma — ungeachtet ihrer Form — entwickeln, ein an sich seltenes Ereignis. Auch hier sind die Ergebnisse der internen Behandlungsmethoden nicht sonderlich günstig. Die Myokardschädigung schreitet nur zu rasch fort und bedingt völliges Siechtum oder den tödlichen Ausgang. Mit dem chirurgischen Eingriff ist daher nicht lange zu warten. Bei der septischen Struma, der Infektion eines Adenoms oder einer Zyste kommt es ohne Hyperthyreoidismus gelegentlich zur allgemeinen Toxämie, die eine sofortige operative Behandlung notwendig macht. Im allgemeinen spielen Sepsisherde bei der Entstehung oder der Verschlimmerung einer Thyreotoxikose keine so wesentliche Rolle, wie vielfach angenommen wird. Doch sind septische Herde im Einzelfall nach Möglichkeit unschädlich zu machen. In der Mehrzahl der Fälle erscheint die einzeitige subtotale Thyreoidektomie mit Entfernung von $^{7}/_{8}$ des Drüsengewebes als zweckentsprechendste Maßnahme. Die jetzt übliche Vorbehandlung

macht zumeist vorbeugende Operationen wie Arterienunterbindungen unnötig. Stets ist zu bedenken, daß selbst nach gelungener Operation der Kranke von einer Heilung weit entfernt ist und noch monatelang weiterbehandelt werden muß.

Rolle des Kalzium im lebenden Organismus. Bei Kalziumbestimmungen im Blut ist zu bedenken, daß von den gewöhnlich in 100 ccm Serum enthaltenen 10 mg nur 2 mg in ionisierter Form vorhanden sind, daß überhaupt nur 6 mg imstande sind, Membranen zu durchwandern und daß die übrigen 4 mg nicht diffusibel sind (z. T. unionisierte Salze, z. T. an Eiweißkörper gebunden). Ein normaler Wert für den Gesamtkalziumgehalt des Blutes besagt daher nichts über die Menge des vorhandenen funktionstüchtigen Kalzium. Solange es noch an Methoden fehlt, die Menge des im Organismus verwertbaren Kalziums zu errechnen, sind für die Bewertung der Kalziumtherapie feste Grundlagen nicht vorhanden. Unter den neueren Indikationen für die Kalziumzufuhr ist die Nephritis zu nennen. Bei den mit schweren Oedemen einhergehenden Nephritisformen findet sich eine deutliche Verminderung des Kalziums im Serum, die nicht als Folge der Verwässerung des Blutes aufzufassen ist, da sie auch nach Ausschwemmung der Oedeme betehen bleibt. Gleichzeitig besteht eine beträchtliche Verarmung des Serums an Eiweißkörpern in solchen Fällen. Durch Darreichung von Kalziumchlorid in ausreichenden Dosen sind oft günstige Resultate zu erzielen. Diese sind nicht direkt auf eine Erhöhung des Kalziumspiegels im Serum zu beziehen, und sind nicht die Folge einer spezifischen Kalziumwirkung. Vielmehr gehen diese Erfolge auf eine Verschiebung im Ionengleichgewicht der Körperflüssigkeiten zurück. (Freiwerden von Cl-Ionen, die eine vermehrte Azidität hervorrufen und zur Ausscheidung von NaCl, zur Kochsalzdiurese führen.) Ammoniumchlorid oder Nitrat wirkt in ähnlicher Weise. Bei den Fällen ausgeprägter Azotämie, wo neben einer Kalziumverminderung der nichtorganische Phosphor an Menge stark vermehrt sich zeigt, bleibt die Kalziumzufuhr nutzlos. Bekannt ist die Bedeutung der Kalziumarmut des Serums für die Pathogenese der postoperativen Tetanie. Nebenschilddrüsenextrakt vermehrt die Kalziummenge im Serum durch Mobilisierung des in den Knochen gespeicherten Kalziums, ohne Beeinflussung der Kalziumresorption im Darmkanal. Daher ist — außer in dringlichen Fällen — bei der in Begleitung der Rachitis auftretenden Tetanie oder Spasmophilie trotz erniedrigtem Kalziumspiegel des Blutes die Verabfolgung von Parathyreoidea-Präparaten kontraindiziert. Denn diese würden nur noch mehr Kalzium aus den kalkarmen Knochen entfernen. Die Darreichung von Lebertran oder von Kalziumsalzen per os genügt, um den Kalziumgehalt des Blutes auf normaler Höhe zu halten. Vermutlich ist der niedrige Phosphorspiegel im Blut bei der Rachitis für die Hinderung der Skelettverkalkung eher verantwortlich zu machen als die weniger konstante Kalziumarmut des Blutes, die auf Mangel an Kalksalzen in der Diät oder auf Fehlen von Vitamin D beruht. Niedrige Kalziumwerte im Blut sind bei den verschiedensten Hautkrankheiten (Lupus erythematodes, Lupus pernio) sowie bei chronischen Infektionszuständen angegeben worden. Vorläufig besteht kein Anhalt dafür, daß Kalziummangel in der Pathogenese dieser Erkrankungen von Wichtigkeit ist. Auch beeinflußt die therapeutische Steigerung des Kalziumgehaltes durchaus nicht regelmäßig den Krankheitsverlauf. Die Kalkzufuhr ist bei einer ganzen Reihe von Erkrankungen empfohlen worden, wo ein Kalziummangel nicht nachgewiesen ist. In solchen Fällen soll Kalzium spezifisch wirken oder durch Veränderung der Ionenzusammensetzung. Bei hämorrhagischen Diathesen, bei Blutungen aus den verschiedensten Organen — gleichgültig, ob eine Verlängerung der Gerinnungszeit vorhanden ist oder nicht — wird seit langem Kalzium zugeführt. Doch sind günstige Erfolge niemals mit Sicherheit zu erwarten. Außerdem verhindern es die vielen auf seiten des Kranken wirksamen Faktoren sowie die zumeist gleichzeitig getroffenen anderweitigen therapeutischen Maßnahmen, daß im Einzelfall eine klare Entscheidung über den Wert der Kalziumtherapie erlangt wird. Bisher finden sich noch keine Nachprüfungen in genügendem Umfange darüber vor, ob Kalzium durch eine digitalisähnliche Wirkung bei der Bekämpfung der Herzinsuffizienz von Nutzen sein kann. Bei der Behandlung entzündlicher exsudativer Prozesse (pleuritischen und peritonitischen Ergüssen) und von Transsudationen (kardiales Oedem, angioneurotisches Oedem, Urtikaria, Glottisödem u. a. m.) spielt Kalziumzufuhr eine große Rolle, ohne daß es bisher möglich war, die Wirkungsweise einwandfrei klarzulegen. Durch perorale Darreichung von Salzen ist der Kalziumgehalt im Serum durch Gaben 5 bis 10 g um 2 mg auf 100 ccm Serum zu vermehren. Dieser Effekt ist innerhalb von 3 Stunden erreicht und bleibt nur 12 Stunden bestehen. Zudem ist sein Eintritt nicht konstant. Um eine dauernde Steigerung des Kalziumgehaltes zu erlangen, müssen Nebenschilddrüsenextrakte zugeführt werden. Bei der Rachitis kommen im wesentlichen nur die indirekten Methoden zur Kalziumvermehrung in Frage (Lebertran, Sonnen- oder Ultraviolettlichtbestrahlung). Auch durch die intravenöse Injektion von Kalziumsalzen läßt sich eine zwar rasch eintretende, jedoch sehr schnell abklingende Wirkung erzielen, die zur Bekämpfung lebensbedrohlicher Zwischenfälle bei der Tetanie mit großem Nutzen zu verwenden ist. Biberfeld.

Le Scalpel.

Nr. 39, 24. September 1927.

Die Aetiologie der Harnretention. Gripekoven.

Nr. 40, 1. Oktober 1927.

* 8 Fälle von chronischer Lungeneiterung. De Vlov.
Vasomotorische Störungen in den unteren Extremitäten. Jean Goffin.
* Aktive Hyperämie und Intrarot in der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. P. Guns.

Acht Fälle von chronischer Lungeneiterung. Das allen acht Kranken gemeinsame klinische Symptom war eine mehr oder weniger abundante Expektoration (bis zu 800 g tgl.) von schleimigpurulenten Massen (foetide oder auch nicht), in denen auch die sorgfältigste Laboratoriumstechnik keine Tuberkelbazillen entdeckte. Den Sitz der Eiterung aufzufinden, gelingt durchaus nicht immer, teils wegen der Tiefe, teils wegen der begleitenden Komplikationen. Welche Mittel besitzt nun die Chirurgie, um dieser chronischen Eiterungen Herr zu werden? Der Angriff erfolgt teils auf indirektem Wege, indem man versucht, den Eiter zu evakuieren durch Kollapstherapie, Pneumothorax, Thorakoplastik, Phrenicotomie, teils auf direktem Wege durch Pneumotomie, Kauterisation, Ligatur der Lappenarterie oder selbst durch Lobektomie. Die Behandlung der acht Fälle, deren Krankengeschichten kurz wiedergegeben werden, haben folgendes gelehrt: 1. Der Pneumothorax mißglückt fast immer (sechsmal unter sieben Fällen), zudem kann er gefährlich werden wegen der Adhäsionen und Perforationen. 2. Die Thorakoplastik ist nicht von Erfolg gekrönt, 3. die Pneumotomie — nur möglich, wenn der Herd lokalisiert ist — hat einmal eine Besserung, einmal eine Heilung zur Folge.

Aktive Hyperämie und Infrarote Strahlen in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Die aktive Hyperämie (erzeugt durch Sollux-Lampe), die bisher einen etwas vernachlässigten Bestandteil des therapeutischen Rüstzeugs in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde bildete, verdient mehr und mehr, den sonst gebräuchlichen Heilmitteln an die Seite gestellt zu werden. Andrerseits haben wir auf dem Gebiet der noch wenig erforschten Infrarotbestrahlungen weniger gute Resultate gehabt. Das soll aber kein Anlaß sein, diese Behandlungsart aufzugeben. Im Gegenteil, man soll versuchen, ihre Domäne zu erweitern und Untersuchungen in diesem Sinne sind erwünscht.

Nr. 41, 8. Oktober 1927.

Ramikotomie und periarterielle Sympathektomie in der Behandlung von Spasmen der Skelettmuskeln. G. Lemoine.
Sterilisierung von Injektionsmaterial. Delcourt-Bernard.
* Pyeloskopie. Die Pyelographie in Serien. Ihre Indikationen. F. Stobbaerts.

Die Pyeloskopie. Die Pyelographie in Serien; ihre Indikationen. Durch eine Pyelographie in Serien wird der Grad von Kontraktilität sichtbar, dessen eine Niere fähig ist. Das ist besonders wichtig bei Hydronephrosen. Bei den vorgeschrittenen Hydronephrosen ist die Kontraktilität aufgehoben; solch ein Organ zu erhalten, ist wertlos; die mittleren Formen weisen nur eine verzögerte Kontraktilität auf, wogegen die kleinen Formen eher eine Vermehrung erkennen lassen. Man kann sagen, daß diese Nierenbecken Sitz einer Hyperagitation sind, wahrhaft titanischer Krisen. In der Bekämpfung dieser Spasmen durch krampfstillende Mittel ist die Behandlung der kleinen Hydronephrosen gegeben. Bevor man eine hydronephrotische Niere exstirpiert, wird man sich durch Pyeloskopie davon überzeugen, daß die andere Niere nicht den gleichen pathologischen Veränderungen unterliegt. Held.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 90, 9. November 1927.

* Urtikaria bei Morphiumentziehung. E. Jolkain, D. Moral und J. Ley.
* Das Problem der Calciumfixation im Organismus. C. Serong.

Urtikaria bei Morphiumentziehung. Bei jedesmaligem Versuch einer Morphiumentziehung brach sofort eine generelle Urtikaria aus, die sofort wieder verschwand, sobald von neuem Morphium gegeben wurde. Zuweilen wurden auch Asthmaanfälle mit dem Urtikariaausbruch zugleich beobachtet. Die deutliche Störung im vegetativen System wurde dauernd beseitigt durch Scopolamin und Garderal, während Pilocarpin nur eine vorübergehende Besserung gebracht hatte.

Das Problem der Calciumfixation im Organismus. Calcium findet sich im Organismus in anorganischer Verbindung mit Phosphaten und Karbonaten; kleine Quantitäten auch in organischen mit Laktaten, Azetaten, Formiaten, Uraten, Sulfaten usw., ebenso mit Proteinen, Kasein, Fibrin usw. In allen Verbindungen ist es beständig vom Magnesium begleitet, das von großer biologischer Wichtigkeit ist. Beim jungen und normalen Organismus überwiegen die Phosphate über dem Cholesterin, beim erwachsenen und erkrankten ist es umgekehrt, z. B. ist das Cholesterin der eigentliche rachitische Faktor; da es durch den verlangsamten Stoffwechsel nicht genügend absorbiert wird. Bei solchen Kindern ist der Alkaligehalt im Blut erhöht, da die Kohlensäure vermindert ist. Bei der Kalktherapie muß immer Magnesium zugefügt werden; subkutan ist Calcium lacticum zu verwenden, oral Calciumphosphat, daneben muß aber Cholesterin oder organischer Phosphor zugefügt werden, um diese in den Geweben aufzuspeichern und selbstverständlich Schilddrüsen- oder andere in Frage kommende endokrine Therapie.

Haber.

La Gynécologie.

26. Jahrg., August 1927.

* Beitrag zum Studium des Plazentarkreislaufs bei Mehrlingsschwangerschaften mittels Sterioradiographie. M. K. Kadjar.
Ueber Brustplastik, die künstliche Beseitigung genitaler Unwegsamkeiten in bezug auf die Mutterschaft. Petit-Dutaillis.

Beitrag zum Studium des Plazentarkreislaufs bei Mehrlingsschwangerschaften mittels Sterioradiographie. Verfasser beobachtete unter 3629 Entbindungen 67 Zwillingsschwangerschaften und zwar 43 zweieiige und 24 eineiige. Die meisten Plazenten wurden bezüglich ihres Kreislaufes untersucht. Die alten Methoden der Injektion mit Quecksilber oder gefärbtem Talg genügten nicht, um die feinen Gefäßverbindungen zu studieren. Erst seit Einführung der Radiographie waren die Resultate besser, gaben jedoch noch zu Irrtümern Anlaß wegen der Ueberlagerung von Bildern. Um dies zu vermeiden, verwandte Verfasser die Radiostereoskopie. Sofort nach Ausstoßung der Plazenta wird sie durch Injektion von kaltem Wasser ausgewaschen, dann wird eine Mischung, bestehend aus 300 g Bleioxyd, 100 g Leinöl und 20 g Terpentin eingespritzt und die Nabelschnur abgebunden. Nach Härtung in Formalin wird das stereoskopische Bild gemacht. Das Studium der Bilder gestattet, festzustellen, welche Art Schwangerschaft vorliegt, sowie bestimmte Einzelheiten der Zwillingsschwangerschaft klarzulegen. Bei eineiigen Zwillingen gibt es nur eine Plazenta mit einem Chorionsack, jedoch entweder mit 1 oder 2 Amnionsäcken. Letzteres ist häufiger. Auf 16 Fälle kamen nur 2 mit einem Amnionsack. Bei eineiigen Plazenten wurde infolge der Anastomosen kein Unterschied in der Verfärbung der beiden Plazenten beobachtet, während bei zweieiigen Plazenten es sich entweder um völlig getrennte Lappen, die nur durch eine membranöse Brücke verbunden sind, oder um einen anscheinend einzigen Lappen handelte. Ersteres ist häufiger der Fall. Unter 27 zweieiigen waren 16 mal ganz getrennte und 11 mal anscheinend einzige Plazenten. Bei sorgfältiger Prüfung findet man, daß die Einheit nur scheinbar ist. Da Anastomosen fehlen, ist die Plazenta des einen Kindes viel stärker gefärbt. Jedoch fand Verf. in 4 Fällen eine Anastomose der zwei Plazenten. Bei zweieiigen Schwangerschaften kann die Insertion der Nabelschnur überall erfolgen, bei eineiigen ist sie abhängig von dem Bestehen eines oder zweier Amnionsäcke. Im ersteren Falle sind die beiden Insertionen sehr genähert, in letzterem sehr voneinander entfernt, so daß man daraus auf das Vorhandensein von einem oder zwei Amnionsäcken schließen kann. Der höchste Grad der Annäherung ist der Vorläufer zu Doppelmißbildungen. Die Arterien unterscheiden sich von den Venen durch ihr kleineres Kaliber und zeigen nie Knoten oder Schnürfurchen im Gegensatz zu den Venen. Bisweilen bilden sie zusammen ein Netz. Bei eieiigen Zwillingen bestehen innere Gefäßanastomosen, die oberflächlich gleichartig, aber in der Tiefe arteriovenös sind. Die Kapillaranastomosen sind auch bei Fehlen der oberflächlichen stets vorhanden. Die Verbindungen zwischen Venen allein sind selten, solche der intervillösen Räume häufig. Die Ungleichheit zweier Teile dieses Kreislaufs ist die Ursache des häufigen Hydramnios, der sich vor allem bei Eineiigen findet. Diese Gefäßanastomose ist auch als die Ursache für die Ungleichheit zweier Foeten angesprochen worden. Bei zweieiigen Zwillingen sind Mißbildungen ohne jede Beziehung zur Mehrlingsschwangerschaft, bei eineiigen ist meist ein direkter Zusammenhang festzustellen. Verf. kommt zu dem Schluß: die Radiostereoskopie gestattet, beim Studium des Plazentarkreislaufs die tiefen Anastomosen zu erkennen.

Kosminski, Berlin.

Bruxelles Médical.

Nr. 1, 6. November 1927.

Beitrag zum klinischen Studium einer interessanten Abart des Epithelioms, die „Pagets Disease" sehr nahesteht. M. Per u. R. Braude.
Autohämotherapie in der Behandlung des Magenulkus. Ceri.
* Prolongierte postoperative reflektorische Anurie. Gripekoven.
* Ein Fall von generalisierter purulenter Peritonitis, der mit mit einem kontinuierlichen intraperitonealen Sauerstoffstrom behandelt wurde. Marc Roussiel.

Prolongierte postoperative reflektorische Anurie. Eine Patientin, die an einem Fibrom des Lig. lat. operiert worden war, wurde unmittelbar nach der Operation anurisch. Am 3. Tag einseitige Nephrotomie: die inzidierte Niere beginnt einige Stunden später zu arbeiten, die andere blieb längere Zeit hindurch lethargisch, um dann wieder eine ganz geregelte Funktion aufzunehmen. Dieser Fall verdient aus mehreren Gründen seine Veröffentlichung: 1. vom Standpunkt des Operationsergebnisses aus; 2. wegen des Mechanismus dieser Anurie, die hier unzweifelhaft reflektorischer Natur war, da ja die von ihr betroffenen Organe anatomisch völlig unverändert waren; 3. wegen der langen Synkope einer Niere, die sie doch nicht gehindert hat, nachher wieder ganz normal zu arbeiten.

Ein Fall von generalisierter Peritonitis purulenta, die mit einem kontinuierlichen intraperitonealen Sauerstoffstrom behandelt wurde. Wird der Chirurg erst am 3. oder 4. Tage zu einer generalisierten akuten purulenten Peritonitis gerufen, so ist die Prognose fast immer sehr trübe. Verf. teilt einen solchen Fall aus seiner Praxis mit: ein 13jähriges Mädchen mit allen Anzeichen einer foudroyanten Peritonitis wird ihm in ziemlich desoratem Zustand zur Operation gebracht. Durch eingelegte Drains leitet er 96 Stunden lang einen kontinuierlichen Sauerstoffstrom, der, unter einem gewissen Druck stehend, in die ganze Bauchhöhle diffundiert und die Eiterflüssigkeit zum Abfluß durch die Drains bringt. Die Herzkraft konnte durch Campher aufrecht erhalten werden. Als am 8. Tage die Drains entfernt wurden, hatte sich das Allgemeinbefinden bedeutend gebessert. Nicht einmal die Entwicklung einer Coccalfistel, die sich als ernste und nicht seltene Komplikation der Appendicitis gangraenosa einstellte, konnte die definitive Heilung aufhalten. Verf. ist davon überzeugt, daß die Patientin ihre Wiederherstellung der raschen und vollkommenen Drainage verdankt.

Held.

La pediatria.

35., Heft 21, 1. November 1927.

* Beeinflussung der Senkungsgeschwindigkeit roter Blutkörperchen und der Kutanreaktion durch Tuberkulintherapie. Michele Miraglia.
* Ueber die Aetiologie und Pathogenese der Exantheme bei Diphtherie. Girolamo Pausini.
* Ueber das Vorhandensein von Bakteriophagen im Mekonium im Säuglingsstuhl. S. Castorina.
* Ueber einen Fall von postmorbillöser Enzephalitis. Felixe de Marce.
* Ueber einen Fall von intrakranieller und spinaler Blutung. Luigi Amitrano.

Beeinflussung der Senkungsgeschwindigkeit roter Blutkörperchen und der Kutanreaktion durch Tuberkulintherapie. Untersuchungen nach der Methode von Linzenmeyer ergeben, daß die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen durch die Therapie nicht beeinflußt wird, obwohl die Kutanreaktion negativ wird und der Allgemeinzustand sich wesentlich bessert.

Ueber die Aetiologie und Pathogenese der Exantheme bei Diphtherie. Bei den mit Heilserum behandelten, an Diphtherie erkrankten Kindern sah Autor unter 503 in 144 Fällen ein Exanthem auftreten, darunter 28 mal ein einfaches Erythem, 6 mal ein skarlatiniformes, 24 mal ein urtikarielles, 9 mal ein morbilliformes Exanthem 2 mal ein Erythema marginatum. Während das von Pirquet und Schik beschriebene urtikarielle Serumexanthem zwischen dem 6. bis 14. Tag nach der Seruminjektion mit der größten Häufigkeit am 8.—9. Tag auftritt, sieht Autor das urtikarielle Exanthem seltener, dagegen am häufigsten, wie bereits ausgeführt ein skarlatiniformes Exanthem, oder einfaches Exanthem, das hauptsächlich in den lumbosakralen und Glutealgebieten in den vier ersten Tagen nach der Seruminjektion auftritt. Marfan nennt zwar dieses Exanthem metadiphtherisches Skarlatinoid, es hat aber mit Scharlach nicht das geringste zu tun, sondern ist ebenfalls als ein Serumexanthem zu betrachten, das wahrscheinlich durch Reizung sympathischer Zentren durch parenterale Serumzufuhr und darauf reflektorisch erfolgende segmental abgegrenzte, vasomotorische Reizerscheinung zu erklären ist.

Ueber das Vorhandensein von Bakteriophagen im Mekonium und Säuglingsstuhl. Untersuchungen über das d'Hérellesche Phänomen der Bakteriolyse ergeben, daß im Mekonium keine bakteriophage Substanz nachzuweisen ist; dagegen im Stuhl über 5 Tage alter Neugeborener regelmäßig anzutreffen ist. Somit dürfte die bakteriophage Substanz am 5. bis 6. Lebenstag im Stuhl erscheinen.

Ueber einen Fall von postmorbillöser Enzephalitis. Beschreibung eines Falles bei einem vier Jahre alten Knaben, der vor Ausbruch des Masernexanthems an tonisch-klonischen Krämpfen erkrankte, die wohl im Eruptionsstadium aufhören, aber nach Schwinden des Exanthems mit Somnolenz, neuerlichem Fieberanstieg und meningealen Reizerscheinungen vergesellschaftet wiederkehren. Eine Meningitis wird durch Liquoruntersuchung ausgeschlossen. Der Fall wie alle in der Literatur bekannten Fälle heilen nach kurzer Krankheitsdauer vollkommen aus.

Ueber einen Fall von intrakranieller und spinaler Blutung. Bei einem normalen Neugeborenen (Zangengeburt) werden am zweiten Lebenstag ständig tonisch-klonische Krämpfe, Hypertonie, Reflexsteigerungen und Tremor beobachtet. Der Liquor ist am zweiten Tag blutig, am dritten Tag gelb gefärbt. Nach wenigen Tagen erfolgt vollständige Heilung, nachdem das Kind eine Woche lang fieberte (keine anderen Gründe) und einige Tage mit der Sonde ernährt werden mußte. Eugen Stransky, Wien.

Long Island Medical Journal.

21., Nr. 10, September 1927.

Die Heilung des Schwindels. J. J. Walsh.
* Verbrechen und Wahnsinn. F. W. Meagher.
* Nieren-Tuberkulose. F. L. Senger.
Geh' zum Arzt! D. B. Armstrong.

Verbrechen und Wahnsinn. Vor etwas weniger als 7 Monaten ermordete in Brooklyn ein Mann einen Arzt, der das Kind des Mörders behandelte. Als der Arzt das erste Mal kam, war das Kind bereits zwei Tage krank und bei seinem zweiten Besuch, der 12 Stunden später erfolgte, war das Kind bereits kurz vorher ganz unerwartet gestorben. Obwohl das meiste Interesse für die Psychiater und Spezialisten auf medizinisch gesetzgeberischem Gebiet darin besteht, daß das Opfer ein praktizierender Arzt war, der durch einen rachedürstigen Angehörigen getötet wurde, so ist eine genauere Betrachtung dieses Falles von allgemeinem Interesse für die Angehörigen des medizinischen Berufes. Es ist interessant, vom Verf. zu erfahren, daß innerhalb der letzten 25 Jahre dies der vierte Mord in Brooklyn gewesen ist. Man hat diesen Fall genau untersucht und Maegher ist der Ansicht, daß sowohl private wie auch öffentliche Rache in der modernen Kriminologie keinen Platz findet. Gewiß müßte der Mörder, so meint Verf., bestraft werden; aber es ist doch festgestellt worden, daß er nicht im vollen Sinne des Gesetzes für zurechnungsfähig betrachtet werden konnte. Wenngleich die Justiz in diesem Falle ihre Pflicht tat, so fragt man sich doch, welches die beste Strafmaßnahme für soziale Notwendigkeit im vorliegenden Falle ist. Wenn Hinrichtungen vorgenommen werden, um die Gesellschaft zu erhalten, so sagt Maegher, daß man mehr wirkliche gefährlichere und antisoziale gewohnheitsmäßige Verbrecher hinrichten sollte.

Nieren-Tuberkulose. Die Tuberkulose des Urogenitaltraktus ist fast ausschließlich eine Sekundärerkrankung nach Tuberkulose in anderen Organen des Körpers. Die begünstigste Lokalisation ist die Niere, welche öfter befallen wird, als alle anderen Organe des Urogenitaltraktus zusammengenommen. Für gewöhnlich sehen wir die Nieren-Tuberkulose nur einseitig; aber wenn sie vernachlässigt bzw. nicht behandelt wird, so sehen wir im Endstadium eine bilaterale Erkrankung. Die Diagnose der renalen Tuberkulose ist oft sehr schwierig und sie wird sehr häufig übersehen, wenn das Allgemeinbefinden des Pat. gut ist und die wesentlichen Symptome verschleiert sind. Die frühesten Anzeichen haben wir immer in Form einer obstinaten Zystitis vor uns und dieses Moment sollte stets bestimmend für eine vollkommene diesbezügliche Untersuchung sein. Das Pyelogramm gibt häufig einen weitgehenden Aufschluß über die Pathologie. Das Vorkommen Koch'scher Bazillen im Urin ist strikte beweisend für Nieren-Tuberkulose, welche als lokale Erkrankung betrachtet und behandelt werden soll. In zweifelhaften Fällen erscheint es Verf. zweckmäßig, wiederholte Schweineimpfungen vorzunehmen. Einige Autoritäten, so sagt Senger, rechnen von den vorhandenen Nierentuberkulose 47% aus als bilaterale Infektion.

Hofbauer Berlin.

The American Review of Tuberculosis.

XV., Nr. 2, Februar 1927.

* Die anatomische Struktur des Tuberkels von der Histogenese bis zur Kaverne. A. E. Krause.
Der tuberkulöse Anfall beim Manne. L. Bernard.
Irrtümer und Schwierigkeiten bei der Diagnose der Lungentuberkulose. Fr. von Müller.
Ueber die wichtigsten Symptome für die frühe klinische Diagnose der Lungentuberkulose. F. M. Pottenger.
Beobachtungen über einzelne breite Phasen der Tuberkulose. W. H. Park.
Tuberkulose und Wohnung. V. Cepulic.
* Die Arten der Tuberkelbazillen bei der menschlichen Tuberkulose. L. Rabinowitsch-Kempner.
Bemerkungen über atypische Formen des Tuberkelbazillus. E. Pribram.
Die Variierung der Lokalisation der Tuberkulose in den Organen der verschiedenen Tiere. IV. Der Zellularfaktor in der Aufnahmefähigkeit der verschiedenen Organe. H. J. Corper und M. B. Lurie.
* Ueber das Plasmakalzium bei tuberkulösen Erwachsenen. E. M. Greisheimer und C. C. van Winkle.

Struktur des Tuberkels. Verf. will ganz exakt genommen eine typische Knotenbildung verstanden haben, welche durch die verschiedensten Bedingungen entsteht. Der Tuberkel ist das typisch definierte und charakteristische Produkt der Aktivität der Tuberkelbazillen in Form dieses nodulären Gewebes. Beim Tuberkel haben wir zwei Formen zu unterscheiden, und zwar die noduläre und die nicht-noduläre. Der noduläre Tuberkel stellt die ursprüngliche anatomische Reaktion dar, mit welcher die Gewebe auf die Tuberkelbazillen antworten. Die nicht-noduläre Form repräsentiert eine neu erworbene, allergische anatomische Antwort auf die Tuberkelbazillen. Bei der morphologischen Beschreibung des Ursprungs und der frühen Evolution des primären nodulären Tuberkels ist zu bemerken, daß er sich in milder Weise und ohne besondere Erscheinungen entwickelt. Des weiteren ist er scharf umgrenzt von den Geweben, in welchem er sitzt. Die inflammatorischen Anzeichen beginnen nach der Konsolidierung des nodulären Tuberkels. Der Charakter des Prozesses, welcher den nodulären Tuberkel wachsen läßt, wird von der Tatsache bewirkt, daß es sich überhaupt um eine Proliferation von Zellen in situ handelt. Wir haben es also mit Mikroorganismen zu tun, welche aus uns noch unbekannten Gründen leben und sich vermehren können; diese Tuberkelbazillen sind von sehr widerstandsfähiger Konstitution, die wahrscheinlich darauf zurückzuführen ist, daß sie einen hohen Gehalt von Lipoidsubstanzen haben. Wenn wir nun zum Schluß noch kurz anführen, was Verf. über die Behandlung sagt, so geht seine Ansicht dahin, daß die Hauptwirkung der Therapie eine bakterizide sein muß. Wir müssen eine Methode finden, welche die zelluläre Proliferation erhöht; denn die Gefahr liegt nach Ansicht des Verf. darin, daß die Gewebe zur Tumor-Formation neigen. Ferner brauchen wir ein Hilfsmittel, um die toxischen Produkte der allergischen Reaktion zu neutralisieren, und es wäre nach Ansicht von Krause ein Vorteil, wenn es nicht spezifisch wäre, da man es auch dann bei anderen Infektionskrankheiten anwenden könne. Ferner fordert er zum Schluß ein Mittel zur Neutralisierung der giftigen Produkte, welche vom Tuberkelbazillus an sich ausgehen.

Die Arten der Tuberkelbazillen bei der menschlichen Tuberkulose. Die Tuberkulose bei den Erwachsenen, speziell die Phthisis pulmorum, wird in den meisten Fällen durch den Typus humanus der Tuberkelbazillen hervorgerufen. In einer großen Anzahl von Fällen jedoch speziell bei Kindern muß man den Typus bovinus auch als Ursache von recht schweren Infektionen ansehen. Gelegentlich finden wir Fälle von menschlicher Tuberkulose, die durch Tuberkelbazillen verursacht wurden, welche die Eigenschaft des Typus avianus haben. Eine genaue Unterscheidung der einzelnen Typen ist nicht immer möglich, weil wir auch häufig atypische, intermediäre Erscheinungen vorfinden, und zwar sehen wir diese häufig bei Fällen von Hauttuberkulose (Lupus). In einem Fall von Dermatomyositis recurrens sind von der beteiligten Lunge und dem Intestinum Kulturen isoliert worden, welche zeigten, daß Tuberkelbazillen des Typus bovinus vorhanden waren und auf der Haut wurden Bazillen mit den biologischen Eigenschaften des Typus avianus gefunden. Die Möglichkeit ist natürlich nicht ausgeschlossen, daß unter gewissen Bedingungen eine Transformation des ersten Typus im menschlichen Körper vor sich gehen kann, und es wird für die definitive Entscheidung der Frage des Typus ein weiteres Studium der atypischen Tuberkelbazillen dringend erforderlich sein.

Ueber das Plasmakalzium bei tuberkulösen Erwachsenen. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, daß die Tuberkulose nicht durch eine Entmineralisierung charakterisiert wird. Die höheren Werte, welche bei dieser Prüfung gefunden wurden, rühren wohl mehr vom Plasma aus den Lebergefäßen her als vom Serum. Die Pat., welche eine beliebige Menge Milch regelmäßig trinken, pflegen einen höheren Kalziumwert aufzuweisen, als solche, die keine Milch zu sich nehmen. Lebertran vermehrt das Plasmakalzium bei tuberkulösen Erwachsenen nicht in besonders bemerkenswerter Weise, und ebenso ist es mit dem Bestrahlen mit Höhensonne. Auch in bezug auf männliche und weibliche Kranke ist eine konstante Differenz im Kalziumgehalt nicht festzustellen. Dasselbe gilt auch für das Alter, obwohl die Tendenz so ist, daß der Kalziumgehalt mit steigendem Alter sinkt.

Hofbauer, Berlin.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Bergmann 2732 u. 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post ¼ Jahr 6,— Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 7,— Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter und National-Bank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 52 BERLIN, DEN 30. DEZEMBER 1927 45. JAHRGANG

Inhalt des Heftes:

Magensyphilis, Karzinom vortäuschend, durch Bismogenol (Tosse) geheilt.

Die syphilitische Natur der Erkrankung innerer Organe ist häufig nur schwer zu diagnostizieren. Das gilt ganz besonders von der Sypilis des Magens und auch der Speiseröhre, welche oft verkannt wird und Karzinom vortäuscht. Und doch ist es außerordentlich wichtig, daß gerade diesen Kranken die Wohltat spezifischer Behandlung zuteil wird. Ein diagnostisches Hilfsmittel aus dem Blutbefund (geringe Anämie und Lymphocytose) gibt Böning (Med. Kl. 1927, Nr. 46) an, um Magenlues von Karzinom zu unterscheiden. Er berichtet über einen Fall, bei dem durch den Blutbefund die bisherige, auch röntgenologisch bestätigte Diagnose inoperables Karzinom des Oesophagus und des Magens umgestoßen und der Kranke einer Jod-Bismogenol-Behandlung zugeführt werden konnte. Durch eine achtwöchige Kur wurde der schwerkranke, um 40 Pfund abgemagerte Mann vollständig gesund. Der anfänglich hochgradig veränderte Magen zeigte nach der Kur im Röntgenbild wieder eine normale Silhouette: eine fast vollkommene Striktur im mittleren Teil des Oesophagus wurde beseitigt. Bereits während der Kur betrug die Gewichtszunahme 14 Pfund. — Einen ähnlichen Fall von Heilung einer schweren Magensyphilis durch Bismogenol (Tosse) hat Cohn vor einiger Zeit mitgeteilt (Med. Kl. 1926, Nr. 7). Auch hier lautete die Diagnose inoperables Magenkarzinom. Lediglich durch Bismogenol, sogar ohne gleichzeitige Jodzufuhr, erfolgte, wie Cohn berichtet, Restitutio ad integrum.

Ueber das Verhalten des Vitamins A

(nach Hoppe-Seilers Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. 170 [1927])

liegen neue für die Therapie äußerst wichtige Untersuchungen aus dem Physiologischen Institut Berlin, von Prof. H. Steudel, vor.

Frischgehirn enthält nach seinen Versuchen Vitamin A und vermag keratomalaziekranke Ratten in 10 Tagen zu heilen. Vorversuche, um die Gehirnlipoide in eine haltbare Form zu bringen, zeigten, daß der Vitamingehalt durch direkte Trocknung im Vakuum bei 40° und 15 mm Druck eine starke Beeinträchtigung erfährt. Besser war die Wirkung, wenn die Trocknung im Luftstrom bei Zimmertemperatur erfolgte. Gegen Hitze ist der Wachstumsfaktor, wie er im Gehirn vorliegt, also außerordentlich empfindlich. Therapeutisch gelangen Organlipoide in dem bekannten Präparat Promonta (Hersteller: Chemische Fabrik Promonta, Hamburg 26) zur Anwendung. Eine Prüfung ergab, daß das Wachstum vitaminfrei ernährter Tiere bei Promontazulage überraschend gut verläuft und bei weitem das der übrigen, auch der mit Butterzusatz ernährten Tiere, übertrifft. Gleichzeitig wurde das Präparat auch auf das fettlösliche antirachitische Vitamin, soweit es an Organlipoide gebunden ist, untersucht. Pflanzenlipoidstoffe enthalten nach den Untersuchungen Steudels keine oder nur ganz minimale Mengen von Wachstumsfaktoren. Dasselbe gilt insbesondere von den abgetrennten und rein dargestellten Lezithinen, gleichgültig ob sie pflanzlichen oder tierischen Ursprungs sind. Im Promonta wurde nun tatsächlich das antirachitische Vitamin in ausreichendem Maße gefunden, wie in Abbildungen und Röntgenaufnahmen gezeigt wird. Steudels Versuche erweisen die von Rubner betonte Lebenswichtigkeit der Lipoide für den Organismus, über die auch eingehende neuere Untersuchungen von Stepp und Wheeler-Hill vorliegen. Letztgenannter wies nach, daß ein bei bestimmter Kost auf Stickstoffminimum eingestellter Organismus Körpereiweiß einschmilzt, falls die Kost von Lipoiden befreit wird, daß aber die Einschmelzung sofort aufhört und die Bilanz positiv wird, wenn das reichlich Lipoide enthaltene Präparat Promonta gereicht wurde. Die rationelle und zweckmäßige Herstellung von „Promonta" ermöglicht es, das Wachstums-Vitamin und besonders auch den antirachitischen Faktor der Organ-Lipoide in dauernd haltbarer Form und voller Aktivität — auch ohne Bestrahlung — zu erhalten und macht dieses Präparat dadurch für die Therapie besonders wertvoll.

Zur Therapie der Magen-Darmstörungen.

Bei schweren konstitutionellen und Infektionskrankheiten treten infolge der toxischen und autotoxischen Produkte sehr oft schwere Magen-Darmstörungen auf.

In der Medizinischen Welt habe ich eine Studie über Affektionen im Magen-Darmtrakt bei Malaria veröffentlicht. Aus einer längeren Versuchsreihe konnte ich folgern, daß die anämischen Schädigungen wie Appetitlosigkeit, Magendrücken, Sodbrennen, die als Folgeerscheinung einer schlechten Durchblutung auftreten können, vollständig behoben werden, wenn es gelingt, die toxischen Produkte zu eliminieren und auszuschwemmen.

In Malaria-Gegenden ist es ein alter Brauch, daß in bestimmten Zeitabschnitten, im Frühling, Sommer und Herbst drastisch wirkende Abführmittel genommen werden, um das Blut, wie der Laie sagt, von dem Malaria-Gift zu befreien. Die Tatsache zeigt, daß danach alle Magen- und Darmbeschwerden schwinden.

Für die Behandlung mit Drastika konnte ich mich beim kultivierten Menschen nicht entschließen. Das Karlsbader Salz, über dessen Wirkung ich in der Rivista malariologica berichtet habe, befriedigte mich nur teilweise.

Das Mittel der Wahl mußte indifferent sein, die Eigenschaften der sulfatischen Quellwässer besitzen und andererseits dem Organismus die von der Zitronenkur her bekannten alkalischen Valenzen zuführen. Bei meinen ausgedehnten Untersuchungen entspricht das Uricedin all den gestellten Anforderungen.

Bei Magen- und Darmkatarrhen verflüssigt Uricedin den zähen Schleim und bewirkt eine tiefgreifende Osmose der Darmschleimhaut. Dadurch werden auch die Vertiefungen der Darmzotten mit ausgezogen und infolge der gleichzeitig peristaltikanregenden Wirkung eine gründliche Reinigung des Darmes erzielt.

Die SO_4-Ionen des Uricedin paaren sich mit den giftigen Phenolen zu unschädlichen Stoffen. Die Zitrate erhöhen die Alkalireserve des Blutes, wodurch dieses die Toxine besser zu eliminieren vermag.

Bei Acchylie genügten Dosen von 5 g pro Tag in einer zweimonatigen Kur, um wieder normale Werte an freiem HCL zu erhalten [1]). Der Grund ist wohl darin zu suchen, daß die Zitrate des Urizedin die gestörte Pepsin-Eiweiß-Verdauung wieder einleiten und daß das Präparat gleichzeitig eine physiologische Zellumstimmung hervorruft. In dem Moment, in dem die Reaktion des sauren Harnes durch das Mittel amphoter oder alkalisch wird, tritt auffallenderweise auch eine subjektive Besserung des Kranken ein.

Bei Hyperazidität binden die Na-Ionen des Uricedin die überschüssige Magensäure ab; die dabei in Freiheit gesetzte Zitronensäure wird vom Magen reizlos in obigem Sinne vertragen. So wirkt Uricedin als Puffer der Acchylie und Hyperazidität gegenüber.

Bei akuten Durchfällen werden zunächst zur gründlichen Reinigung während zwei Tagen größere Dosen warmer Uricedin-Lösungen (15/250) gegeben und erst dann mit einer den Durchfall zum Stillstand bringenden Therapie begonnen.

Bei chronischen Durchfällen brachten kleine Dosen Uricedin, nüchtern genommen, zufriedenstellenden Erfolg.

Bei habituellen Obstipationen zeigten warme Uricedin-Lösungen auch in veralteten Fällen überraschenden Erfolg. Abends läßt man je ¼ Liter Lösung trinken, die je nach dem Fall am Anfang in stärkerer und bei eintretender Besserung in kleinerer Dosis zu verwenden ist.

Zusammenfassung: Uricedin, eine Kombination der Frucht- und Brunnenkur, wird verwendet: Bei allen Magen- und Darmstörungen, besonders wenn diese mit Acchylie oder Hyperazidität verknüpft sind.

Bei Obstipationen wird Uricedin in großen Dosen mit viel Flüssigkeit warm genommen.

Bei Erkrankungen im uropoetischen System stimmt Uricedin die saure Reaktion des Harnes nach der alkalischen bzw. amphoteren Seite hin um, was besonders bei saurer Zystitis, Pyelitis und Konkrementbildung von therapeutischem Vorteil sein kann.

Infolge seiner indifferenten Zusammensetzung wird Uricedin auch von empfindlichen Kranken gut vertragen.

Dr. Weselke,
Univ.-Inst. f. exper. Pathol., Zagreb.

Kurse- und Kongreß-Kalender.

* (bedeutet Kongresse)

* 1928: Deutscher Balneologen-Kongreß in Baden bei Wien.
5. bis 17. März 1928: Kursus für Chirurgie und Orthopädie mit besonderer Berücksichtigung der Gynäkologie der Akademie für ärztliche Fortbildung in Dresden.
* Anfang April 1928: Internationaler Kongreß für psychische Hygiene in Washington.
* September 1928: Internationaler Kongreß für Gewerbekrankheiten und Unfallwesen in Budapest.

———



Patentschau

Mitgeteilt vom **Patentbüro Firma Ing. Müller & Co. G.m.b.H., Leipzig, Härtelstraße 14**
Spezialbüro für Erfindungsangelegenheiten



Angemeldete Patente.

30 d, 23. R. 68 750. Richard Rath, Stuttgart, Königstr. 58. Verbandskasten, insbes. für Automobile und Flugzeuge.

30 h, 12. M. 95 808. Metallchemische Fabrik Akt.-Ges., Berlin W 50, Bamberger Str. 61. Verfahren zur Herstellung eines Amalgams, besonders für zahnärztliche Zwecke.

30 k, 3. B. 131 174. Dr. Alfons Breit, Hamburg 13, Rothenbaumchaussee 83. Injektionsspritze.

30 k, 9. L. 65 337. Renee Marie Louise Lemoine, geb. Trouillet, Perriers-sur-Andelle, Eure, Frankr. Flüssigkeitszerstäuber.

Erteilte Patente.

454 130. M. Woelm A.-G. Spangenberg. Doppelampulle.

Gebrauchsmuster.

1 012 576. Josef Winter, Jungingen. Augendruckmesser.

1 013 893. Karl Keiner, Frankfurt a. M.-Eschersheim. Hügelstr. 167. Klemm-Nasenfilter.

1 013 053. Walter Unverschrt, Aachen, Peterstr. 1. Orthopädische Fußschiene mit federnder Gelenkverbindung.



Sachverzeichnis III. Quartal

(Heft 27—39)

1927

O = Originalarbeit; T = Therapeutische Mitteilung; B = Buchbesprechung; R = Referat; C = Citat; OS = Sondernummer Originalien.

O = Originalarbeit; T = Therapeutische Mitteilung; B = Buchbesprechung; R = Referat; C = Citat; OS = Sondernummer Originalien.

O = Originalarbeit; T = Therapeutische Mitteilung; B = Buchbesprechung; R = Referat; C = Citat; OS = Sondernummer Originalien.

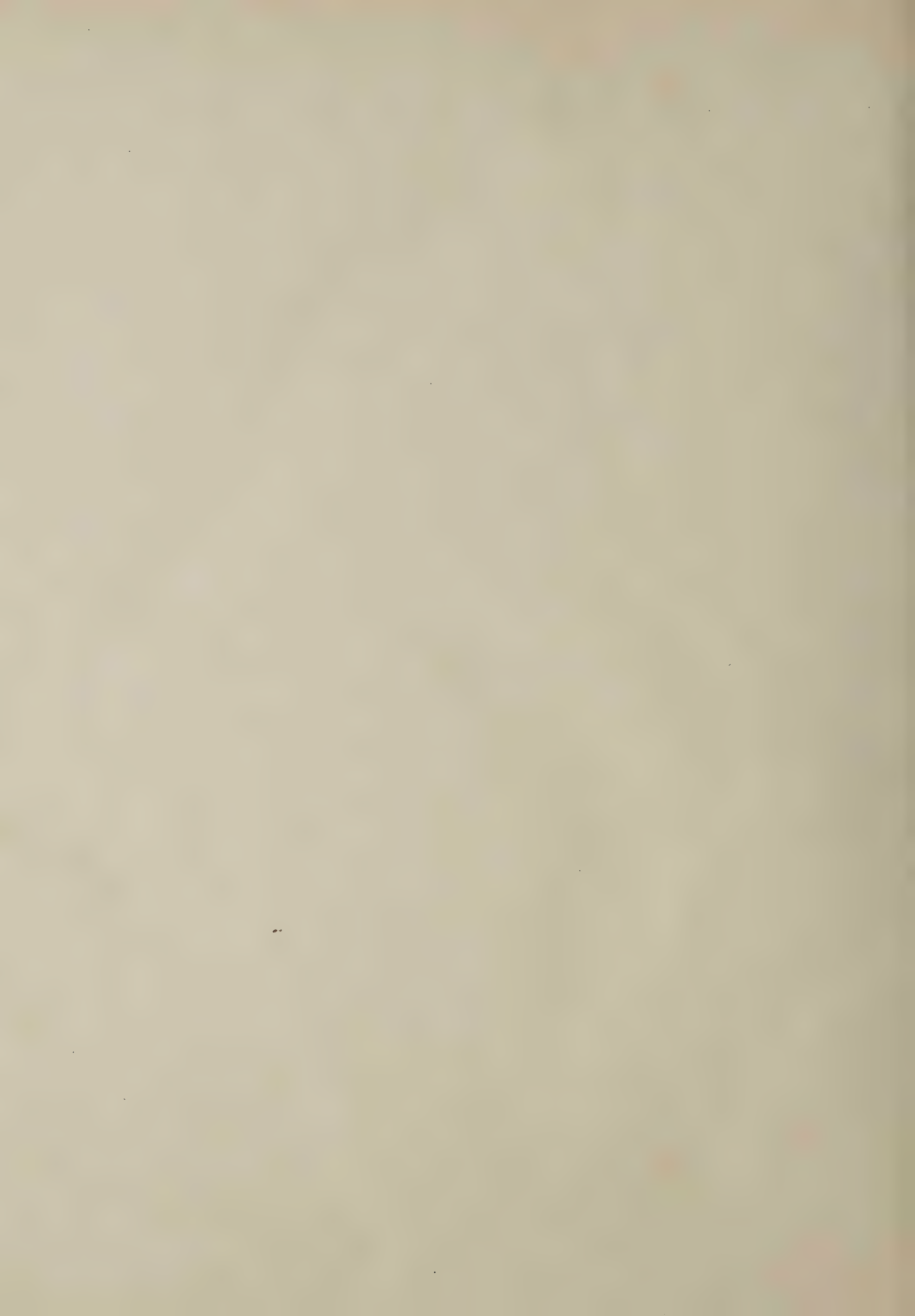
O = Originalarbeit; T = Therapeutische Mitteilung; B = Buchbesprechung; R = Referat; C = Citat; OS = Sondernummer Originalien.

O = Originalarbeit; T = Therapeutische Mitteilung; B = Buchbesprechung; R = Referat; C = Citat; OS = Sondernummer Originalien.

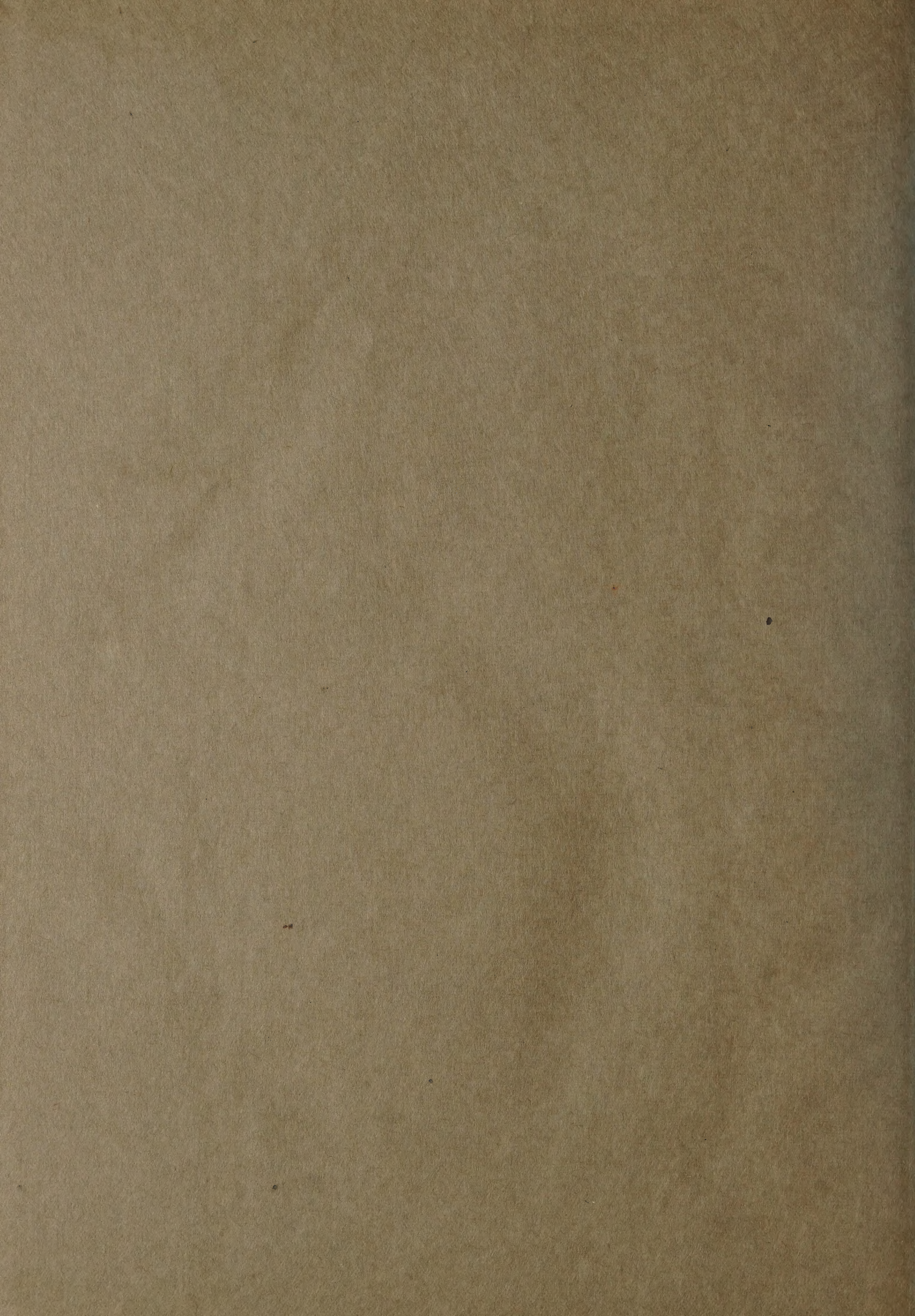
O = Originalarbeit; T = Therapeutische Mitteilung; B = Buchbesprechung; R = Referat; C = Citat; OS = Sondernummer Originalien.

Sarkom, osteogenes des linken Femur (Scannell und Mallory) 76 (C).












UNIVERSITY OF ILLINOIS-URBANA
3 0112 111929557